

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE REAPERTURA DE FRONTERAS AÉREAS DE
COSTA RICA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Posgrado en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud

CINTHYA MELISSA MADRIGAL RODRÍGUEZ

B79764

ADRIANA SALAZAR GONZÁLEZ

B79766

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

DEDICATORIA

A nuestras familias, las cuales, por medio de su guía desde los primeros años, nos ayudaron a forjar nuestro carácter y tenacidad, empujándonos a trazarnos objetivos y anhelos. Su acompañamiento y amor han sido parte fundamental de los caminos recorridos hasta este momento.

AGRADECIMIENTO

A nuestro equipo asesor. Martha, Cindy y Carlos, gracias por la paciencia y tiempo dedicado. Sabemos que estos no son procesos sencillos, y que hubiera sido muy fácil decirnos que no contaban con disponibilidad. Estaremos siempre agradecidas por sus observaciones, comentarios y recomendaciones.

A los expertos consultados. Rebeca, Raquel y Carlos, sus aportes fueron fundamentales para llenar los vacíos de información que encontramos mientras avanzamos.

A Cinthya, amiga y compañera inigualable en este proceso. Hacer este trabajo juntas ha sido una de decisiones más sencillas de tomar y con un resultado inigualable.

A Adriana, por ser compañera y amiga, por representar desde el principio una guía y una motivación para terminar esto juntas.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud.

Dra. Mariela Arias Hidalgo
**Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**

M.Sc. Martha Romero Poveda
Profesora Guía

M.Sc. Cindy Valverde Manzanares
Lectora

M.Sc. Carlos Salguero Mendoza

Lector

M.Sc. Sylvia Vargas Oreamuno

Directora del Programa de Posgrado en Salud Pública

Cinthy Madrigal Rodríguez

Sustentante

Adriana Salazar González

Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
HOJA DE APROBACIÓN	iv
TABLA DE CONTENIDO	vi
RESUMEN EN ESPAÑOL	x
ABSTRACT	xii
LISTA DE TABLAS	xiv
LISTA DE FIGURAS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS	xvi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.2.1. Comportamiento del COVID-19 a nivel mundial	3
1.2.2. Comportamiento del COVID-19 en Costa Rica	5
1.3. Estado del arte	8
1.3.1. Nivel internacional	8
1.4. Justificación	17
1.5. Pregunta de investigación	18
1.6. Objetivos	19
1.6.1. Objetivo General	19
1.6.2. Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	20
2.1 Política Pública	20

2.2	Estrategia	22
2.3	Salud y salud pública	23
2.4	Salud internacional y salud global	26
2.5	Determinantes sociales de la salud	30
2.6	Reglamento Sanitario Internacional	35
2.7	Interdependencia compleja	42
2.8	Globalización	45
2.9	Corporativismo y neocorporativismo	47
2.10	Enfermedades infecciosas	49
2.11	Coronavirus	50
2.12	Síndrome respiratorio agudo grave (SARS)	51
2.13	COVID-19	53
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		56
3.1	Marco Metodológico	56
1.1.1	Paradigma	56
1.1.2	Enfoque de investigación.....	57
1.1.3	Tipo y diseño de investigación	58
1.1.4	Técnicas de investigación	59
3.2	Criterios de validez y tratamiento de la información	61
3.3	Población de estudio	64
3.4	Categorías de análisis	65
3.5	Limitaciones del estudio	68
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS		69
4.1	Descripción de la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas, a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020	69

4.1.1	Recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante la pandemia por COVID-19 en el 2020	69
4.1.2	Estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 durante el 2020 en el contexto de apertura de fronteras aéreas.	79
4.2	Descripción de la participación de los actores involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica	96
4.2.1	Abordaje interinstitucional de la pandemia	96
4.2.2	Posicionamiento de algunos sectores golpeados por la pandemia.....	103
4.2.3	Mapeo de actores involucrados en el proceso de apertura de fronteras.....	109
4.3	Análisis de las experiencias de los actores involucrados en el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.....	111
4.3.1	Desafíos enfrentados por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.	111
4.3.2	Fortalezas percibidas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.	112
4.3.3	Oportunidades de mejora identificadas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas, con miras a situaciones futuras similares.....	113
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		116
5.1	Conclusiones.....	116
5.2	Recomendaciones.....	119
Referencias.....		121
Anexos		133
Anexo 1. Consentimiento informado para consulta.....		133
Anexo 2. Guía de consulta a experto.		134
Anexo 3. Guía de revisión documental.....		135

Anexo 4. Guía para la revisión de informes.	136
Anexo 5. Cuadro de categorías de análisis.	137

RESUMEN EN ESPAÑOL

El abordaje de la emergencia nacional por COVID-19 llevó a las investigadoras a cuestionarse ¿cuáles lecciones aprendidas pueden extraerse del proceso de apertura gradual de fronteras aéreas de Costa Rica durante el 2020 en el marco de la pandemia por COVID-19, para la práctica de la salud pública? Con el propósito de responder esta interrogante, las investigadoras se propusieron identificar cuáles fueron las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la identificación de los elementos que incidieron en este proceso desde una perspectiva de salud pública.

A fin de cumplir con este planteamiento, la estrategia metodológica se centró en la comprensión del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, facilitando la identificación de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública. Este esfuerzo se realizó por medio de un enfoque cualitativo que permitió el análisis de actores y de contenido, a través de una revisión de documentos oficiales y la realización de entrevistas con algunos de los actores involucrados.

La presente investigación correspondió a un estudio fenomenológico, permitiendo la interpretación de la realidad a través de la forma en que los actores vivieron esos eventos.

El análisis planteado en la presente investigación se materializa a través de la descripción de *la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje integral del COVID-19 a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020, además de describir la participación e intervención de los actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica, para finalmente analizar las experiencias de los actores involucrados durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.*

La investigación se centró en la búsqueda de datos e información especializada en fuentes primarias y secundarias, los cuales fueron complementados con información recolectada por

medio de la realización de entrevistas con informantes clave. Estas diferentes fuentes de información se complementaron entre ellas, permitiendo la triangulación de métodos y datos.

Al concluir la investigación, es posible identificar que el accionar del Gobierno de Costa Rica demostró estar alineada a la mayoría de las recomendaciones internacionales por medio de esfuerzos realizados que estuvieron articulados de manera interinstitucional y apegados a la normativa. Sin embargo, no se contó con una estrategia formal, entendiéndose como estrategia formal aquella que define objetivos y recursos y plazos para responder a dichos objetivos. La ausencia de una estrategia formal pudo ser la razón por la cual Costa Rica fue uno de los últimos países en abrir fronteras, teniendo consecuencias en otros sectores productivos.

Además, esta investigación resalta la importancia de analizar el cierre de fronteras en el contexto de una pandemia desde una perspectiva de salud pública, dado que una medida adoptada desde esta perspectiva puede traer consecuencias considerables sobre el mismo sector que busca proteger. Tal fue el caso de las repercusiones sobre la cadena de suministros de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se vio afectado por el cierre de fronteras aéreas.

ABSTRACT

The approach to the national emergency triggered by the COVID-19 pandemic prompted researchers to inquire about the potential lessons that could be gleaned from Costa Rica's gradual reopening of its air borders in 2020, within the context of the pandemic, for the advancement of public health practices. To address this query, the researchers aimed to unearth the insights garnered from Costa Rica's process of reopening air borders during 2020 amid the COVID-19 pandemic, enabling the identification of factors influencing the process from a public health perspective.

In pursuit of this objective, the methodological strategy centered on comprehending the unfolding of Costa Rica's air border reopening during the COVID-19 pandemic in 2020, thereby facilitating the identification of elements impacting the process from a public health viewpoint. This endeavor was undertaken using a qualitative approach that permitted an examination of stakeholders and content, encompassing the review of official documents and interviews with select involved parties.

This investigative endeavor adopted a phenomenological study design, enabling an interpretation of reality through the lens of the actors' lived experiences during these events.

The analysis presented in this research revolves around describing the comprehensive COVID-19 approach undertaken by Costa Rica, which was based on recommendations put forth by international organizations and implemented throughout 2020. Furthermore, it delves into detailing the engagement and intervention of social actors who played pivotal roles in the decision-making and execution of actions throughout 2020, specifically concerning the reopening of air borders in Costa Rica. Ultimately, it examines the firsthand experiences of these stakeholders during the process of reopening air borders within the COVID-19 pandemic's framework.

This study centered on the collation of data and specialized information from primary and secondary sources, supplemented by insights drawn from interviews with key informants. These distinct information sources complemented one another, facilitating the triangulation of both methods and data.

Upon conclusion of the investigation, it becomes evident that the actions taken by the Costa Rican Government were largely in alignment with international recommendations. These efforts were undertaken through a collaborative inter-institutional approach that adhered to regulations. However, a formal strategy was notably absent – a formal strategy being one that outlines objectives, resources, and deadlines in response to said objectives. The absence of a formal strategy might have contributed to Costa Rica being among the last nations to reopen borders, which subsequently had repercussions on other sectors of productivity.

Additionally, this research underscores the significance of assessing border closures in the context of a pandemic from a public health perspective. Decisions made from this vantage point can yield substantial consequences for the very sectors they intend to safeguard. Such repercussions were evident in the supply chain of the Costa Rican Social Security Fund, which bore the impact of air border closures.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Casos confirmados y fallecimientos por COVID-19 a nivel mundial, según mes, 2020.	4
Tabla 2. Tipos de microorganismos.....	50
Tabla 3. Categorías de análisis.	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Casos confirmados de COVID-19 en Costa Rica según condición al 30 de diciembre de 2020.....	6
Figura 2. Tendencia de hospitalizaciones por COVID-19 según servicio al 30 de diciembre de 2020, Costa Rica.	7
Figura 3. Determinantes sociales de la salud.	35
Figura 6. Línea del tiempo del cierre y apertura de fronteras aéreas en América y Europa, 2020	82
Figura 7. Mesas sectoriales creadas en el seno del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), Costa Rica, 2020.	100
Figura 8. Llegadas internacionales a Costa Rica por vía aérea, 2016-2021	104
Figura 9. Mapeo de actores según posicionamiento ante la apertura de fronteras aéreas, Costa Rica, 2020	109

LISTA DE ABREVIATURAS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNE	Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ESPII	Evento de salud pública de importancia internacional
MCJ	Ministerio de Cultura y Juventud
MGP	Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública
MOPT	Ministerio de Obras Públicas y Transportes
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome respiratorio agudo grave

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El 30 enero de 2020, con la declaración del COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), por parte del director de la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos alrededor del mundo optaron por implementar diversas medidas y estrategias de salud pública para su contención, prevención y atención.

En la gran mayoría de los países, se optó por la implementación de medidas de salud pública apegadas a las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales, centradas en la restricción del movimiento de personas, la suspensión de actividades económicas y comerciales, cancelación de actividades masivas, reforzamiento de los sistemas de salud y sus instituciones, adquisición de equipo de protección personal, desarrollo de tratamientos, entre otras.

Sin embargo, en muy corto tiempo fue posible visualizar cómo las medidas y estrategias deberían mantenerse a lo largo de muchos meses, en virtud de la velocidad de propagación del virus, las características de las complicaciones generadas por este y la carga que los pacientes generaban sobre los sistemas de salud. Las medidas implementadas rápidamente generaron otra emergencia en sí misma: las restricciones impuestas aumentaron del desempleo, generaron mayor desigualdad y ensanchamiento de la brecha social, con la consecuente contracción de la economía, lo cual a su vez llevó a un desfinanciamiento del sistema de salud y por tanto un problema de salud pública.

La pandemia por COVID-19 llevó a la implementación de medidas a nivel mundial consideradas necesarias para prevenir, controlar y mitigar los efectos de la enfermedad en la población y su impacto sobre los sistemas de salud, incluyendo restricciones temporales a viajes internacionales. Si bien esta medida nunca fue recomendada por los organismos internacionales especializados, fue adoptada de forma generalizada por los países para retrasar la presencia de casos en sus territorios. Costa Rica no fue la excepción: el 17 de marzo de 2020, mediante el Decreto Ejecutivo N° 42238-MGP-S (Poder Ejecutivo, 2020b), se decretaron medidas sanitarias en materia migratoria para prevenir los efectos del COVID-

19, restringiendo de manera temporal el ingreso al territorio nacional de las personas extranjeras bajo la categoría migratoria de No Residentes, subcategoría Turismo, contemplada en el artículo 87 inciso 1) de la Ley General de Migración y Extranjería, siendo este ingreso por vía aérea, marítima, terrestre o fluvial.

En ese sentido, la presente investigación plantea un análisis del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19, permitiendo identificar las consideraciones desde el punto de vista de salud pública y otras áreas implicadas en el camino que guiaron dicho proceso.

El proceso de análisis contempló la descripción de los actores que estuvieron presentes en la decisión de cerrar y abrir las fronteras aéreas, mediante una revisión bibliográfica se identificó en qué consistieron los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud en el marco de la pandemia por COVID-19 y cuáles de estos fueron aplicables a un aeropuerto internacional en virtud de sus particularidades. Se describe cuál fue la evolución del marco normativo aplicable al proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica y, se identificaron los lineamientos internacionales estándar para la reapertura paulatina de un aeropuerto internacional en el marco de la pandemia de COVID-19.

1.2. Antecedentes

Para entender por qué se cierran fronteras en una pandemia, es importante comprender el comportamiento de los virus. Los virus, así como otros seres microscópicos, han estado presentes desde el primer instante del proceso evolutivo, llegando a ser identificados y clasificados conforme ha avanzado la técnica. Si bien existen diferentes grupos de virus, los cuales afectan a animales, plantas y a los seres humanos, recientemente el virus más popular a nivel mundial es el coronavirus.

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). (Junta Directiva de la

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 2020,p.4).

Como se mencionó anteriormente, en enero del 2020 se determina que el COVID-19 es una ESPII, la situación epidemiológica en Costa Rica presentó la misma dinámica que en otras partes del mundo caracterizándose por el crecimiento acelerado de casos, lo cual a su vez se tradujo en el endurecimiento de medidas restrictivas por zonas y franjas horarias, implementación de aislamiento obligatorio para casos confirmados, presentaran síntomas o no, búsqueda activa de contactos, implementación de procesos de compra de equipo de protección personal, de equipos e insumos hospitalarios, entre otros.

Tal y como sucedió en todo el mundo, la implementación de estas medidas sanitarias tuvo importantes consecuencias sobre el sector económico y productivo, afectando consecuentemente otras esferas, como la estabilidad económica y política, incluyendo las finanzas de la Caja Costarricense de Seguro Social, institución que presta servicios públicos de salud de atención directa a las personas.

1.2.1. Comportamiento del COVID-19 a nivel mundial

El primer caso de la enfermedad fue confirmado el 30 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan en la República Popular China, posteriormente la cantidad de casos y fallecimientos crecieron de manera exponencial a nivel mundial. De acuerdo con la plataforma interactiva creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 30 de diciembre de 2020 se contabilizan 80.773.033 de casos confirmados y 1.783.619 fallecimientos a raíz de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020q).

Tabla 1. Casos confirmados y fallecimientos por COVID-19 a nivel mundial, según mes, 2020.

Mes	Nuevos casos confirmados	Fallecimientos
Enero	14.643	305
Febrero	72.782	2.677
Marzo	1.087.359	63.363
Abril	2.193.043	179.352
Mayo	2.578.633	121.772
Junio	5.189.964	158.596
Julio	6.595.691	151.184
Agosto	9.366.480	201.353
Septiembre	8.251.165	154.630
Octubre	11.416.620	163.335
Noviembre	20.264.153	330.566
Diciembre ¹	17.294.225	308.556
Total	84.324.758	1.835.689

Fuente: elaboración propia a partir del WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, Organización Mundial de la Salud, 2020.

Como se detalla en la tabla anterior, los casos confirmados de COVID-19, así como los fallecimientos a cauda de esta enfermedad, aumentaron rápidamente a nivel mundial. Tan solo de enero a febrero, los casos confirmados se quintuplicaron, pasando de 14.643 en enero a 72.782 en febrero; para este mismo periodo, los fallecimientos se octuplicaron, pasando de 305 en enero a 2.677 en febrero. Estos saltos ascendentes se mantuvieron mes a mes a lo largo del 2020. Al desagregar la cantidad de casos según las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), observamos que, al 30 de diciembre de 2020, la Región de las Américas presentaba la mayor cantidad de casos confirmados, seguido de la Región de

¹ Contabilizados al 28 de diciembre del 2020.

Europa, la Región de Asia Sudoriental, la Región Mediterránea Oriental, la Región de África y, finalmente, la Región del Pacífico Occidental.

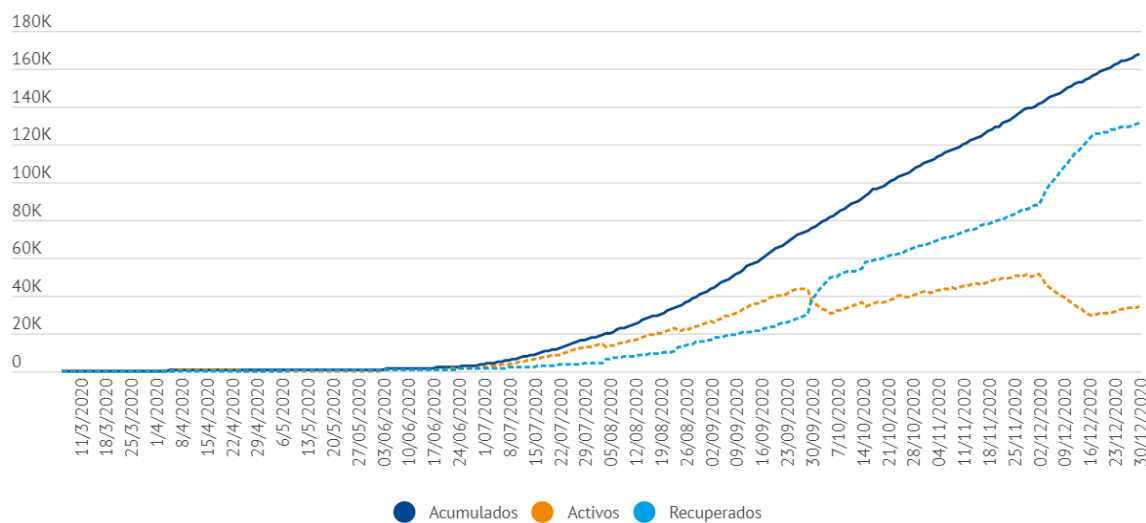
En términos de la mortalidad de la enfermedad a nivel mundial, la Región de las Américas se convirtió en el epicentro de la pandemia, acumulando al 30 de diciembre de 2020 un total de 848.883 fallecimientos, seguido de la Región de Europa, la Región de Asia Sudoriental, la Región Mediterránea Oriental, la Región de África y, finalmente, la Región del Pacífico Occidental.

Al iniciar el año 2021, la situación nacional por COVID-19 continuó variando, engrosándose el número de personas confirmadas positivas de COVID-19 por laboratorio, así como por nexo epidemiológico. Consecuentemente, se siguieron sumando fallecimientos a causa de la enfermedad, pero también personas recuperadas de la misma.

1.2.2. Comportamiento del COVID-19 en Costa Rica

El primer caso confirmado de COVID-19 en el país se registró el 6 de marzo de 2020, el cual fue importado vía aérea desde EE.UU. (Ministerio de Salud, 2020b). Sin embargo, tan sólo nueve días después, el Ministerio de Salud confirmó el diagnóstico de 35 casos por COVID-19 en las provincias de San José, Alajuela, Heredia, Guanacaste y Cartago (Ministerio de Salud, 2020a), tras lo cual se inició con la implementación de distintas medidas a partir de las recomendaciones de la OMS para la prevención y control de la enfermedad. De acuerdo con los datos publicados por el Ministerio de Salud, al 30 de diciembre de 2020 se reportaban 168.114 casos confirmados de la enfermedad y 2.171 fallecimientos (Ministerio de Salud, 2020e).

Figura 1. Casos confirmados de COVID-19 en Costa Rica según condición al 30 de diciembre de 2020.

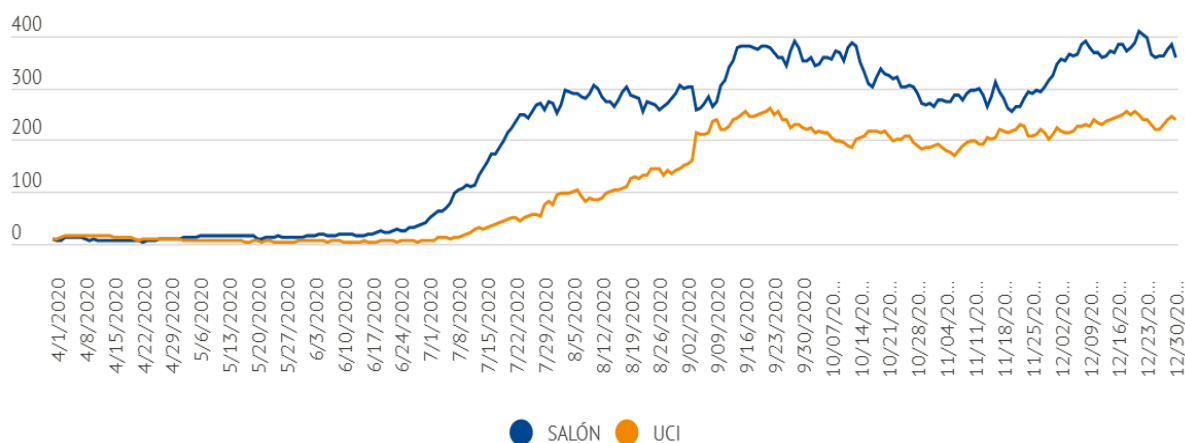


Fuente: Situación Nacional COVID-19, Ministerio de Salud, 2020c.

A partir del diagnóstico del primer caso positivo por COVID-19 se evidencia un aumento de casos positivos en el mes de julio, tal y como se muestra en la figura 1 Casos confirmados de COVID-19 en Costa Rica según condición al 30 de diciembre de 2020. Si bien es posible desagregar estos casos confirmados en casos activos y casos recuperados, lo cierto es que a partir de dicho mes estos casos presentan un aumento exponencial.

De acuerdo con la información puesta a disposición de la población por parte del Ministerio de Salud, es posible desagregar los datos al 30 de diciembre de la siguiente manera, evidenciándose una distribución de los casos similar entre hombres y mujeres, pero con claras diferencias en términos de los grupos de población. En términos de ocupación hospitalaria, al 30 de diciembre de 2020 se contabilizaban 598 personas hospitalizadas, de las cuales 238 se encontraban en Unidades Cuidados Intensivos (Ministerio de Salud, 2020f), manteniendo una tendencia ascendente desde inicios del mes de julio, tanto para las hospitalizaciones en salón como en la Unidad de Cuidados Intensivos (Ministerio de Salud, 2020e).

Figura 2. Tendencia de hospitalizaciones por COVID-19 según servicio al 30 de diciembre de 2020.



Fuente: Ministerio de Salud, *Situación Nacional COVID-19*, Ministerio de Salud, 2020c.

Según lo mostrado en la figura 2. Tendencia de hospitalizaciones por COVID-19 según servicio al 30 de diciembre de 2020 en Costa Rica, las hospitalizaciones presentaron un salto ascendente en el mes de agosto, a partir del cual la tendencia, tanto para hospitalizaciones en salón como en los servicios de cuidados intensivos, se mantuvo.

La hospitalización se distribuyó en todos los hospitales públicos y privados a nivel nacional, esto en virtud del esfuerzo realizado a nivel nacional para que todos los establecimientos de la red de servicios contaran con recursos para atender a pacientes con complicaciones por la enfermedad, sin que todo paciente tuviera necesariamente que ser trasladado a centros hospitalarios específicos. Sin embargo, esto no significó que todos los hospitales en el país contaron con la capacidad para atender aquellos casos más complejos.

Al desagregar los casos confirmados según grupos de edad, es posible observar que la población de adultos concentró la mayor cantidad de casos activos y recuperados, lo cual evidencia su mayor exposición al virus. Sin embargo, la población adulta mayor presentó la mayor cantidad de fallecimientos.

Finalmente, en términos de la distribución de los casos a nivel nacional, los datos disponibles al 30 de diciembre de 2020 indicaron que el virus y la enfermedad producto de este, estuvieron presentes en todas las provincias del país, con mayor presencia de casos activos y recuperados en la provincia de San José y Alajuela.

Al iniciar el año 2021, la situación nacional por COVID-19 continuó variando, engrosándose el número de personas confirmadas positivas de COVID-19 por laboratorio, así como por nexo epidemiológico. Consecuentemente, se siguieron sumando fallecimientos a causa de la enfermedad, pero también personas recuperadas de la misma. Sin embargo, para efectos de la presente investigación, se tomó en consideración únicamente el comportamiento de la enfermedad para los meses de marzo a diciembre del 2020.

1.3. Estado del arte

No se han realizado investigaciones desde la salud pública sobre los procesos de reapertura de fronteras aéreas en el marco de la pandemia de COVID-19 en el plano nacional. Siendo así, el estado del arte presenta resultados relacionados con el tema de investigación a nivel internacional y nacional.

1.3.1. Nivel internacional

En el artículo “COVID-19 and the collapse of global trade: building an effective public health response”, Pepita Barlow, May CI van Schalkwyk, Martin McKee, Ron Labonté y David Stuckler (2021) plantearon inicialmente que la pandemia por COVID-19 es fruto del comercio internacional, siendo este a la vez el sector más afectado por la pandemia dadas las restricciones implementadas por los países alrededor de mundo, impactando a su vez el abordaje de la pandemia (Barlow, van Schalkwyk, McKee, Labonté, & Stuckler, 2021). Si bien podría presumirse que el impacto de la pandemia en este sector no tiene relación alguna con el sector salud, los autores señalaron que

Estos cambios en el panorama comercial mundial tienen amplias consecuencias para la salud física y mental, ya que afectan el suministro de medicamentos y equipos médicos, la nutrición y la seguridad alimentaria, y los ingresos gubernamentales necesarios para pagar los servicios de salud. (Barlow et al., 2021,p.102).²

El abordaje de la pandemia implicó reducciones y aumentos en la oferta y demanda de distintos productos, dándose ambos fenómenos de manera simultánea. Insumos indispensables para la atención en los servicios de salud, tales como guantes, mascarillas,

² Traducción propia del texto original en inglés.

entre otros, fueron requeridos en cantidades nunca vistas por todos los países del mundo, mientras que otros bienes dejaron de ser consumidos por no ser bienes de primera necesidad. Esto produjo que unas industrias cerraran mientras que otras no daban abasto para suplir las necesidades, lo que llevó a muchos países a limitar y prohibir la exportación de los insumos médicos, elevando consecuentemente los precios de aquellos productos disponibles para exportar.

Los autores señalaron que los drásticos cambios en el comercio internacional afectaron la salud de dos maneras: la primera debida a la escasez de bienes y la segunda en virtud del impacto económico.

Durante más de un siglo, la fabricación se ha vuelto cada vez más globalizada, con cadenas de suministro complejas. Las interrupciones del comercio perjudican la producción de bienes que dependen de las importaciones (por ejemplo, para los componentes) y la exportación o importación de productos terminados.

(...)

Aunque los críticos de la liberalización del comercio cuestionan adecuadamente si los beneficios de la liberalización del comercio se distribuyen por igual entre los países y dentro de ellos, se acepta ampliamente que muchas empresas dependen del comercio para producir bienes y servicios y ampliar sus ventas y beneficios.³
(Barlow et al., 2021,p.102)

La imperiosa necesidad de los Estados por adquirir equipo de protección personal, ventiladores y medicamentos para la atención de los pacientes hizo que aumentara la demanda, pero no así la oferta, con lo cual se dio una escala de precios a nivel mundial. Aún en el caso de que la oferta llegara a igualar la demanda de estos bienes, las restricciones al comercio internacional, así como las restricciones a la movilización internacional de personas ocasionaron que fuera cada vez más difícil para los Estados adquirir los bienes requeridos, especialmente en aquellos países de ingresos bajos y medios, los cuales suelen depender de la industria extranjera para la adquisición de los insumos requeridos.

³ Traducción propia del texto original en inglés.

Por otra parte, el impacto económico del comercio internacional sobre la salud estuvo directamente relacionado con los mecanismos disponibles en los países para la obtención de recursos. En muchos países de ingresos medios y bajos, los recursos destinados al financiamiento de los sistemas de salud provinieron de los impuestos a las importaciones, los cuales se vieron seriamente afectados a raíz de la disminución del comercio internacional. Aunado a esto, “la recesión económica a raíz del colapso del comercio, y con ella las reducciones en los ingresos fiscales personales y comerciales, afecta a las economías desarrolladas y agrega más presión en las economías en desarrollo”⁴ (Barlow et al., 2021,p.103).

En su artículo “How U.S. Travel Restrictions on China Affected the Spread of COVID-19 in the United States”, Alex Nowrasteh y Andrew C. Forrester (2020) señalaron que en febrero de 2020, el Gobierno de Estados Unidos de América prohibió el ingreso a su territorio nacional de toda persona extranjera que hubiera permanecido en la República Popular China en los 14 días previos a su llegada al territorio estadounidense, con la excepción de residentes permanentes y aquellos estrechamente relacionados con ciudadanos americanos. No obstante, “las restricciones de viaje para prevenir la propagación de la influenza pandémica han sido ineficaces para detener o retrasar significativamente la propagación”⁵.

Para estos efectos, los autores utilizaron el método de control sintético (SCM según sus siglas en inglés) para estimar un número hipotético de casos de COVID-19 para los Estados Unidos en ausencia de la restricción de viaje impuesta en el mes de febrero. El SCM es particularmente útil cuando se examina cómo las intervenciones políticas afectan a los países. Este método mitiga la endogeneidad al crear un Estados Unidos sintético contrafactual basado en las mismas variables predictoras previas al tratamiento que afectan el número de casos de COVID-19. La única diferencia entre los Estados Unidos reales y los Estados Unidos sintéticos es la restricción de viaje de la República Popular China. Para el estudio se utilizaron cuatro variables de resultado diferentes para medir la cantidad de casos de COVID-19: la cantidad acumulada de casos nuevos de COVID-19, la cantidad acumulada de casos

⁴ Traducción propia del texto original en inglés.

⁵ Traducción propia del texto original en inglés.

de COVID-19 por millón, la cantidad de casos nuevos y la cantidad de casos nuevos por millón (Nowrasteh & Forrester, 2020,p.1-2).

Como resultado de la investigación, los autores indicaron que, si la medida de prohibición a los viajeros procedentes de la República Popular China hubiese sido efectiva, se hubiera visto una disminución de los casos en cada uno de los 16 modelos ejecutados. Sin embargo, esto no fue así.

Los hallazgos implican que las restricciones de viaje en respuesta al COVID-19 fueron ineficaces para contener su propagación. Cada especificación no revela una divergencia estadísticamente significativa en el número de casos de COVID-19 o la tasa de casos por millón entre los Estados Unidos reales con una prohibición de viajar desde China y los Estados Unidos sintéticos sin una prohibición de viajar desde China.

(...)

De manera similar, no encontramos evidencia empírica que sugiera que las restricciones de viaje entre Estados Unidos y la República Popular China ayudaron a atenuar la curva de crecimiento de la enfermedad en los Estados Unidos.

Independientemente de cómo definamos la fecha de intervención y de si la propagación del COVID-19 se mide por el número acumulado de casos, el número acumulado de casos por millón de residentes, el número de casos nuevos o la tasa de casos nuevos por cápita, encontramos que la prohibición de viajar no redujo la propagación del COVID-19 en los Estados Unidos. La prohibición del 2 de febrero de 2020 del Presidente Trump de viajar desde la República Popular China no hizo nada para frenar la propagación del COVID-19 en los Estados Unidos ⁶ (Nowrasteh & Forrester, 2020,p.6-7).

En su artículo “A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes”, Rabail Chaudhry., George Dranitsaris, Talha Mubashir, Justyna Bartoszko y

⁶ Traducción propia del texto original en inglés.

Sheila Riazi (2020), hicieron un análisis exploratorio a nivel de país para evaluar el impacto oportuno y el tipo de políticas/acciones nacionales de salud emprendidas hacia la mortalidad por COVID-19 y los resultados de salud relacionados. Para esto, recopilamos datos de los 50 principales países según el número de casos de COVID-19 al 1° de mayo de 2020, incluyendo información sobre las políticas para hacer frente a la pandemia y los resultados obtenidos, de acuerdo con lo publicado en sitios web y fuentes específicas de cada país. La ventana de tiempo fijada para la obtención de datos se extendió del 31 de diciembre de 2019, fecha en que China confirma su primer caso a la OMS, hasta el 1 de mayo de 2020, fecha en que la mayoría de los países inicia con la implementación de medidas menos estrictas.

Los datos de las políticas de salud pública de cada país fueron recopiladas a través de diversas fuentes. Estos incluyen tipos de restricciones de viaje:

- ninguna medida implementada;
- cierres fronterizos parciales, es decir, limitados a determinadas áreas o limitados a viajeros de determinados países de alto riesgo;
- cierre completo de la frontera, es decir, cierre a todos los viajeros excepto a los ciudadanos que regresan del país índice.

Del mismo modo, también se recopilaron datos para las medidas de contención:

- ninguna medida implementada;
- bloqueo parcial, es decir, solo medidas de distanciamiento físico;
- bloqueo completo, es decir, medidas de contención mejoradas, incluida la suspensión de todos los servicios no esenciales; y
- toque de queda implementado, es decir, órdenes de quedarse en casa con horarios claramente definidos.

Las fechas de implementación de estas políticas se utilizaron para determinar el tiempo desde el primer caso informado hasta los días que tardaron para la implementación en cada país. Para efectos de la presente investigación, cabe resaltar que:

Entre los 50 países incluidos en el análisis, 38 (76%) tuvieron un cierre total de fronteras, mientras que 10 (20%) tuvieron cierres parciales al 1° de abril de 2020. El tiempo medio hasta el cierre de una frontera desde el primer caso reportado en China fue de 78 días (77-80), o 23 días (18-24) a partir del primer caso en cada país. De los 50 países, 40 (80%) implementaron cierres totales a la fecha de referencia (1° de mayo de 2020), mientras que cierres parciales o toques de queda fueron aplicados por 5 países (10%). El tiempo medio hasta cualquier cierre desde el primer caso notificado en China o desde el primer caso en el país de referencia fue de 77,5 días (76-81) y 23 días (19-32) respectivamente⁷. (Chaudhry et al., 2020,p.4).

A partir del análisis de las variables, los autores señalan, entre otras cosas, que:

La política gubernamental de cierres totales (versus toques de queda o cierres parciales) estuvo fuertemente asociada con las tasas de recuperación. De manera similar, el número de días para cualquier cierre de frontera se asoció con el número de casos por millón. Esto sugiere que los bloqueos totales y los cierres fronterizos tempranos pueden disminuir el pico de transmisión y, por lo tanto, prevenir el exceso de capacidad del sistema de salud, lo que facilitaría mayores tasas de recuperación⁸ (Chaudhry et al., 2020,p.5).

(...)

En nuestro estudio, un número cada vez mayor de días hasta el cierre de fronteras se asoció con un mayor número de casos, y las medidas de salud pública más restrictivas (como un cierre total en comparación con las medidas parciales o sólo toque de queda) se asociaron con un aumento en el número de casos recuperados por millón de habitantes. Estos hallazgos sugieren que las prácticas de salud pública más restrictivas pueden estar asociadas con una menor transmisión y mejores resultados⁹ (Chaudhry et al., 2020,p.7).

En su artículo “Flight Bans and the Ebola Crisis: Policy Recommendations for Future Global Health Epidemics” Chelsea Ferrell y Pulkit Agarwal (2018) establecieron que “para tratar un

⁷ Traducción propia del texto original en inglés.

⁸ Traducción propia del texto original en inglés.

⁹ Traducción propia del texto original en inglés.

brote de enfermedades infecciosas de la manera más eficaz posible, los viajes aéreos deben estar regulados y los pasajeros que viajan por aire deben ser objeto de vigilancia y cuarentena”¹⁰ (Ferrell & Agarwal, 2018). Asimismo, los autores reconocieron que si bien las autoridades sanitarias tienen un rol preponderante en el abordaje del evento de salud pública que genera la epidemia, otros actores como los aeropuertos y las aerolíneas deben incluirse en el proceso, así como la autoridad aeronáutica nacional. Tal y como fue citado Poletto et al. por Ferrell y Agarwall (2018), “en el momento en que se identifica un brote de una enfermedad infecciosa, es necesario ampliar la respuesta internacional, coordinando la movilización de recursos financieros, experiencia técnica, profesionales de la salud, logísticos y otros servicios esenciales para el área afectada”¹¹, y es imposible lograr esto si no se incluye a estos otros actores, ajenos a los sistemas nacionales de salud. Los autores señalaron, muy acertadamente, que

Si bien las regulaciones internacionales guían teóricamente a las aerolíneas en caso de un brote, las emergencias sanitarias demuestran que, en la práctica, prevalecen una multitud de deficiencias entre el texto de las regulaciones y la implementación en el mundo real. Si bien los países ricos en recursos tienen la infraestructura para poder hacer cumplir las regulaciones y los protocolos previos a la salida para garantizar que los pasajeros enfermos no aborden los vuelos, los países con recursos limitados a menudo simplemente no pueden hacer cumplir las regulaciones o equipar a sus países con las medidas de control y vigilancia adecuadas¹² (Ferrell & Agarwal, 2018,p.5).

Asimismo, los autores hicieron un recorrido a través de las medidas adoptadas a nivel internacional en relación con la realización de vuelos comerciales en contextos con brotes de enfermedades como el SARS, Ébola y zika. En cada escenario los autores hicieron énfasis en que las aerolíneas, por su carácter lucrativo, no son parte del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), sino que sus acciones responden a intereses comerciales, gremiales, de accionistas, entre otros. Siendo así, no corresponde a las aerolíneas ejecutar las medidas definidas desde la perspectiva de la salud pública para la contención de casos durante un

¹⁰ Traducción propia del texto original en inglés.

¹¹ Traducción propia del texto original en inglés.

¹² Traducción propia del texto original en inglés.

evento de salud pública de importancia internacional. En el caso del virus del Ébola en países de África Occidental, únicamente dos aerolíneas continuaron brindando sus servicios, señalando los autores que, de no haber sido por estas dos aerolíneas, las restricciones impuestas pudieron haber convertido el brote en una pandemia, dado que los servicios brindados por estas dos aerolíneas se convirtieron en la única vía para hacer llegar al personal de salud los insumos necesarios para combatir los casos de la enfermedad.

Finalmente, señalaron que aún hay retos notables en términos de la regulación internacional. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) emiten guías para sus Estados Miembros, frecuentemente se presentan dos escenarios. En el primero de estos, los Estados Miembros optan por obviar las recomendaciones parcialmente o en su totalidad, en respuesta a los intereses y las presiones internas. En el otro escenario, los Estados Miembros no cuentan con las herramientas para poner en práctica las guías, dado que las mismas se elaboran desde la teoría, sin tomar en cuenta cuáles serán los requerimientos para su implementación efectiva, sin mencionar las brechas entre los Estados Miembros, y a lo interno de estos, lo cual puede impedir rotundamente que las guías puedan ser aplicadas con éxito.

En su artículo “Effectiveness of Border Screening for Detecting Influenza in Arriving Airline Travelers” Patricia C. Priest, Lance C. Jennings, Alasdair R. Duncan, Cheryl R. Brunton y Michael G. Baker (2015) plasmaron el resultado de un estudio que tuvo por objetivo estimar algunas características de la gripe que no se habían medido anteriormente en los viajeros internacionales, como la prevalencia de síntomas y la infección por el virus de la gripe (tanto sintomática como asintomática), durante una temporada invernal de gripe. Para estos efectos, se diseñó un estudio transversal que recopiló datos de viajeros que arribaron al Aeropuerto Internacional de Christchurch en Nueva Zelanda entre junio y septiembre de 2008, temporada invernal en el hemisferio sur, mediante un cuestionario de salud, medición de temperatura a todos los pasajeros y toma de muestras de vías respiratorias de manera aleatoria a aquellos pasajeros que presentaban síntomas de influenza.

En cuanto a los datos obtenidos, el 68% de los viajeros que llegaron por vía aérea a Christchurch en vuelos procedentes de Australia llenaron el cuestionario del estudio. De ellos, el 17% notificaron al menos un síntoma que podría ser causado por la gripe; los

participantes más jóvenes y los que habían estado en contacto con alguien que tosía o estornudaba en los 3 días anteriores tuvieron una prevalencia mayor de síntomas que los demás. Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron rinorrea u obstrucción nasal (10,1%) y tos (7,5%). En algunos viajeros, el aire seco y frío de la cabina del avión pudo haber causado estos síntomas, lo que limitaría su especificidad para la gripe. La prevalencia de la infección gripal en los participantes del estudio se estimó en poco más de 1%.

De acuerdo con los autores, medidas de salud pública basadas únicamente en el reporte por parte de los pasajeros no son necesariamente las más adecuadas. Según indicaron, se requiere de la realización de pruebas diagnósticas masivas, así como la implementación de cuarentenas a todos los pasajeros, tengan síntomas o no, mientras esperan los resultados de las pruebas de laboratorio. Más aún,

(...) la detección de síntomas mediante cuestionarios sobre síntomas tiene algunas limitaciones inherentes en cuanto a su sensibilidad y, en consecuencia, a su eficacia. No se detectará a los viajeros que no se reconozcan a sí mismos como sintomáticos, lo que incluye a quienes opten por no revelar sus síntomas o usen medicamentos para suprimirlos, así como a aquellos que sean asintomáticos o tengan síntomas muy leves al llegar a un país. (...) Por el contrario, la detección basada en los síntomas identificará a un buen número de viajeros con síntomas no causados por la gripe, lo que podría sobrecargar los recursos para realizar pruebas y aplicar cuarentena o aislamiento. (Priest et al., 2015,p.156)

(...)

Los recursos de salud pública, en particular el personal capacitado, son finitos, y el considerable esfuerzo necesario para la detección en las fronteras reduce el personal disponible para otros aspectos de la atención de las pandemias. Aunque la gravedad de una futura amenaza de pandemia pueda significar que se intente la detección en las fronteras, es probable que en la mayoría de las situaciones, la eficacia baja y los costos altos de oportunidad de los métodos actuales limiten su utilidad como una estrategia de respuesta ante pandemias (Priest et al., 2015,p.161).

1.4. Justificación

Si bien la apertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 ya se ha materializado, es de interés conocer en qué elementos se sustentó la estrategia implementada, cuáles fueron las consideraciones desde el punto de vista de salud pública y desde otras aristas que pudieron influenciar el proceso. Se parte del supuesto que el proceso de apertura de fronteras aéreas se fundamentó en las características de la enfermedad, la forma de contagio, las recomendaciones emitidas por organismos internacionales especializados como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI).

En el contexto de la globalización, los aeropuertos internacionales se convierten en eslabones indispensables de los encadenamientos productivos, dado que prácticamente todo proceso de importación y exportación de mercancía con socios relativamente lejanos requiere, necesariamente, de este tipo de establecimientos. Adicionalmente, para un país como Costa Rica los aeropuertos se convierten en el punto de inicio y finalización de la actividad turística internacional, siendo este un elemento fundamental para el proceso de reactivación económica.

A su vez, el comportamiento del COVID-19, tanto a nivel mundial como en nuestro país, evidencia la importancia de contar con medidas para la prevención, contención y control de eventos de salud pública que impactan severamente los sistemas de salud.

Tal y como fue posible evidenciar en las conferencias de prensa realizadas diariamente por las autoridades de gobierno, la apertura de las fronteras aéreas requirió de la articulación entre instituciones públicas y actores privados, a la vez que se vieron obligados a ejecutar actividades novedosas a partir de nuevas responsabilidades asignadas por las máximas autoridades.

Estas medidas deben gestarse bajo una visión de salud pública a fin de minimizar las consecuencias negativas del cierre o de la apertura de fronteras en el marco de una pandemia; la seguridad sanitaria nacional e internacional deben plantearse como norte, definida por la Organización Mundial de la Salud como la “necesidad de reducir la vulnerabilidad de la población mundial a riesgos sanitarios nuevos, agudos o de rápida propagación, en particular

a los que amenazan con traspasar las fronteras internacionales” (Organización Mundial de la Salud, 2007,p.1), la seguridad sanitaria internacional debe ser el pilar en contextos pandémicos.

Si bien este tipo de eventos no son nuevos, la globalización ha hecho que los riesgos se magnifiquen en virtud de las facilidades del transporte internacional aéreo, marítimo y terrestre. La globalización obliga a todos los Estados a estar siempre conectados y disponibles, en un contexto en el cual el Estado que más tarde en actuar, ya sea política, económica o sanitariamente, es el Estado que más consecuencias negativas tendrá. Bien fue señalado por la OMS en el Informe sobre la salud en el mundo 2007 al indicar que:

Ningún país, por más preparado que esté, o por más rico o tecnológicamente avanzado que sea, puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas para la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar inadvertidas desde una óptica nacional, requerir un análisis mundial para evaluar adecuadamente el riesgo, o exigir una coordinación eficaz a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, 2007,p.xxii).

En el caso de Costa Rica, el seguro público de salud es brindado por la Caja Costarricense de Seguro Social, financiado de manera contributiva a través del aporte de los empleadores, los trabajadores y el Estado, el cual se ha visto severamente afectado por el aumento en el desempleo producto de la disminución de la actividad económica. Si bien este siempre ha sido un elemento crítico, se tornó aún más crítico en un contexto en el cual las cifras de personas contagiadas en el país aumentaban día a día, requiriendo servicios altamente especializados, así como equipo de atención y protección personal para el personal de salud en la atención de los pacientes.

1.5. Pregunta de investigación

¿Cuáles lecciones aprendidas pueden extraerse del proceso de apertura gradual de fronteras aéreas de Costa Rica durante el 2020 en el marco de la pandemia por COVID-19, para la práctica de la salud pública?

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Identificar cuáles son las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la identificación de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública.

1.6.2. Objetivos Específicos

1. Describir la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas, a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020.
2. Describir la participación e intervención de los actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica.
3. Analizar las experiencias de los actores involucrados durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Política Pública

Según Roth Deubel (2002) existen cuatro elementos centrales que pueden considerarse decisivos para identificar una política pública: que haya implicación del gobierno, que se perciba uno o varios problemas, que haya definición de objetivos y definición de procesos. Se puede decir entonces, que hay presencia de política pública “siempre y cuando instituciones estatales asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar” la situación o estado que ha sido identificado como problema (Roth Deubel, 2007, p.27).

Se debe tomar en cuenta que cuando hay implicación del gobierno, es porque hay una acción gubernamental que se desenvuelve por y para actores sociales, es decir que “son seres humanos quienes la conciben, la deciden y la implementan, e igualmente los destinatarios de ella, directa o indirectamente” (Roth Deubel, 2007).

Por otro lado, según Subirats (2008), una política pública es un conjunto de decisiones y de acciones organizadas por una serie de actores, estos pueden ser tanto públicos como privados, siempre que las acciones estén dirigidas a la “solución de un problema público claramente delimitado” (Subirat, Knoepfel, Larrue, & Frederic Varonne, 2008, p.11). Para que un problema sea objeto de política pública debe ser reconocido como tal en la agenda gubernamental, “representa pues la respuesta del sistema político-administrativo a una situación de la realidad social juzgada políticamente como inaceptable” (Subirat et al., 2008, p.33).

Desde los postulados expuestos por Subirats et al (2008) en “Análisis y gestión de políticas públicas”, una política pública puede definirse como:

Una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar

la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Subirat et al., 2008, p.36).

Velásquez Gavilanes (2010) por su parte, aporta en la comprensión de las políticas públicas por medio de una propuesta y nueva definición del concepto de política pública:

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (Velásquez Gavilanes, 2009, p.156).

Dada esta definición, se puede decir que política pública resulta ser una herramienta del Estado para modificar algún elemento de la sociedad, la cual se encamina a disminuir, solucionar o prevenir una situación o problemática identificada con anterioridad. No obstante, no se debe asociar cualquier acción del Estado con el concepto de política pública. Para Aguilar y Lima (2009) es necesario hacer la diferenciación entre *politics* (política) y *policies* (políticas).

El primero es entendido como las relaciones de poder, los procesos electorales, las confrontaciones entre organizaciones sociales con el gobierno, el segundo, como las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009, p.2).

Dichas políticas se crean al reconocerse la existencia de una situación problemática que afecta a cierta población, la cual debe ser atendida en defensa de sus derechos. Por lo tanto, dicho problema se convierte en un problema público, es decir que intervienen “actores diferentes al gubernamental, como sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, empresas, iglesias, asambleas vecinales. Este ámbito público es el campo en el que los ciudadanos individuales, hacen política y hacen las políticas” (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009, p.7).

Por lo tanto, pueden reconocerse las políticas públicas como el “curso de acción de la gestión pública que institucionaliza la intervención pública en respuesta a un problema social identificado como prioritario, y que se convierte de esta manera en materia de política de

Estado” (Subsecretaría de Planificación Nacional Territorial y Políticas Públicas, 2011, p.10).

Para la formulación de una política pública se requiere de “insumos y recursos institucionales, informacionales, metodológicos y técnicos” (Subsecretaría de Planificación Nacional Territorial y Políticas Públicas, 2011, p.21) además de la decisión política que hace posible su ejecución.

Por parte del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), en lugar del término políticas públicas se maneja el concepto de intervención pública, este hace referencia a:

las sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones socialmente problemáticas, por tanto, se les puede denominar el conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por diversos actores con la finalidad de resolver un problema definido políticamente como público, el problema social es, desde este punto de vista, una construcción social y política (Salazar, 1995 y Subirats et al., 2007, en Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2017).

2.2 Estrategia

Según MIDEPLAN, una estrategia “responde o se construye en virtud de una cadena de resultados, al identificar los impactos, efectos y productos esperados para la generación de valor público en la sociedad” (2017, p.29).

La definición de estrategia ha tenido varios usos a través de la historia, estos se transforman según los contextos, se reconoce el concepto de estrategia desde los campos militares, hasta en aspectos políticos, económicos, administrativos, sociales y culturales. Conforma un aspecto relevante para la toma de decisiones de personas que están a cargo de un proceso, organización o grupo. (Contreras, 2013)

El concepto de estrategia, visto desde la planificación, corresponde a un proceso que puede ser de carácter cíclico y según Francés (2006), en Contreras (2013), es parte de un proceso que puede ser formal o informal. Formal si este responde a objetivos claramente planteados, con acciones que buscan el cumplimiento de estos, o informal si corresponde a un proceso más intuitivo y repetitivo.

Una estrategia entonces puede definirse, para efectos de la presente investigación, en el contexto de la salud pública, como el proceso a través del cual, una organización determina una serie de objetivos, con plazos y responsables, con recursos asignados, para el cumplimiento de una demanda de intervención del Estado.

2.3 Salud y salud pública

En 1948 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud declararon en la Constitución de la OMS que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2020a,p.7). Sin embargo, y a pesar del paso del tiempo, no parece haber un consenso sobre la definición de salud.

Por lo tanto, tampoco hay un consenso en la definición de salud pública, dado que la primera influye en la definición de la segunda. El qué se entiende por ambos conceptos ha variado a lo largo de los contextos sociales, económicos, políticos y epidemiológicos en los que se ubican quienes acuñan su definición. Por ejemplo, tanto en la antigua Grecia como en la antigua Roma, civilizaciones que se caracterizaban por estimular los procesos reflexivos, atribuían el estado de salud de una persona a factores mágicos o religiosos, siendo este el resultado de fuerzas externas a dicha persona. Durante la edad media, la influencia de la magia sobre el estado de salud disminuyó, tomando mayor fuerza la teoría de que cualquier desmejora de la salud se debía a fuerzas demoníacas, mientras que la mejoría se debía a la intervención divina.

Si bien otros muchos autores redefinieron el concepto de salud y salud pública según los avances de su época, para efectos de la presente investigación tiene vital importancia traer a colación la definición acuñada en 1920 por Winslow en su publicación “The untilled fields of public health”, define a la salud pública como

la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de

las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Winslow, 1920).

De esta manera, años antes de que la definición de la OMS fuera adoptada oficialmente, el debate alrededor de la salud pública ya contemplaba elementos que esta debe tomar en cuenta más allá de las causas biológicas del proceso salud – enfermedad. Asimismo, Hanlon y Pickett, en 1975, en su publicación “Public Health: Administration and practice”, plantean que:

La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con el conocimiento y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados; con el propósito de contribuir al desarrollo de la vida del individuo y de la sociedad (Hanlon, J.J., & Pickett, 1975).

De esta manera, es posible perfilar cómo, conforme avanza el desarrollo del conocimiento en muy distintas áreas, se fortalece la definición de salud y salud pública, complementándola con aportes desde diversas disciplinas, evidenciando así cómo se interconecta el desarrollo de la salud con el desarrollo personal y social. Lo anterior es visible en el artículo “La salud pública en período de crisis”, en el cual Cardona Osorio retoma la definición de salud pública acuñada por Milton Terris en 1990, quien conceptualiza a la salud pública como

La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Cardona Osorio, 1998).

Por otra parte, el Institute for Public Health de la Washington University in St. Louis define la salud pública como:

un enfoque en la ciencia, la práctica y el arte de los esfuerzos colectivos para prevenir enfermedades, promover la salud y prolongar la calidad de vida entre las poblaciones, al tiempo que se aseguran las condiciones en las que toda la gente puede estar sana. En lugar de ser una sola disciplina, la salud pública como profesión incluye las contribuciones de muchas disciplinas que impactan la salud de una población, incluyendo, pero no limitado a, epidemiología, ciencias del comportamiento, medicina, trabajo social, ingeniería, comunicación, negocios, derecho y salud global¹³ (Institute for Public Health Washington University in St. Louis, 2021).

Esta definición no sólo evidencia la importancia de la integración de otras disciplinas, sino que con esto trae a la luz las particularidades de la salud pública y que de ahí sea necesario el trabajo conjunto para poder incidir en los elementos que condicionan la salud de la población. Asimismo, durante la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997 en Yakarta, Indonesia, se incorporaron elementos más allá de los físicos y biológicos, considerándolos necesarios para comprender la integralidad del concepto de salud.

Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. (Organización Mundial de la Salud, 1997,p.5)

De acuerdo con los planteamientos de la Cuarta Conferencia Internacional, el incumplimiento de estos requisitos condicionará la posibilidad de que la población alcance el completo bienestar físico y mental, dado que el eje social presenta deficiencias. Estos elementos plasman claramente la articulación y dependencia de la salud para con sus determinantes sociales, los cuales condicionarán las posibilidades de cada individuo y sociedad para alcanzar la definición de salud plasmada en la Constitución de la OMS.

¹³. Traducción propia del texto original en inglés.

Más allá del debate existente alrededor de la definición oficial de la OMS, particularmente al ser en extremo ambiciosa al centrarse en el estado de completo bienestar, el cual puede verse afectado por un simple dolor de cabeza, es pertinente rescatar que esta definición procura, en alguna medida, incorporar en la discusión elementos que van más allá del determinante biológico, buscando que la construcción de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contemplen los otros determinantes.

2.4 Salud internacional y salud global

Como era de esperar, se presenta otro debate en relación con la definición de salud internacional y salud global, sin que necesariamente haya una clara diferenciación entre ambos conceptos. En su artículo “Reflexiones sobre salud pública internacional”, Antonio González Fernández (González Fernández, 2011) hace un recorrido sobre algunas definiciones recolectadas luego de realizar una revisión bibliográfica en fuentes documentales y virtuales sobre el tema. De dicha publicación es posible extraer las siguientes definiciones de salud pública internacional, entre ellas la planteada por Panisset y Rovere, quienes indican que la salud pública internacional es:

(...) el segmento de las Relaciones Internacionales, que estudia cómo los intercambios entre países pueden afectar las condiciones de vida de la población y por ende su estado de salud. Es el resultado de interacciones dinámicas de carácter social, cultural, político y económico y es considerada parte del aparato de la política exterior del Estado.

Los autores mencionados plantean que en el concepto de Salud Pública Internacional se distinguen dos elementos clave, o polos, que son: ‘la dimensión Internacional de la salud’ y ‘la salud como asunto internacional.’

La dimensión internacional de la salud vista desde el ámbito nacional es la que procura develar fenómenos o procesos de naturaleza internacional que aportan elementos de comprensión de la estructura, funcionamiento y dinámica de reproducción y transformación de los sistemas nacionales de salud, además, profundiza en cómo estos fenómenos internacionales afectan la salud en ese ámbito. La salud como asunto internacional, es la que existe como un recorte del vasto

campo de las relaciones internacionales de un Estado y comprende la compleja red de sistemas privados y estatales, organismos internacionales, temas sociales, económicos, producción, mercados, servicios, así como el proceso mismo de salud-enfermedad, en sus determinantes internacionales, en fin, cómo se proyecta la salud desde el espacio de un país hacia el exterior (González Fernández, 2011,p.374).

De esta manera, la definición de Panisset y Rovere incorpora dos elementos clave: el primero se centra en cómo la salud pública nacional se ve influenciada por los eventos que suceden fuera de las fronteras nacionales, dejando un espacio para asumir que estos pueden ser de cualquier naturaleza y no únicamente eventos en salud; de esta manera, eventos económicos, migratorios, sociales, políticos, ambientales, que suceden más allá de las fronteras nacionales pueden incidir sobre la salud pública nacional. El segundo elemento se centra en la relevancia que se otorga a nivel internacional a todo lo relativo a la salud pública, de ahí que se generen organismos internacionales dedicados al abordaje del proceso salud – enfermedad, generando a lo interno de los mismos espacios de discusión técnica y política para tratar de incidir sobre la salud pública y así tratar de contener el efecto de los eventos internacionales de salud sobre la salud pública local.

En pocas palabras, se trata de la dinámica de cómo lo internacional condiciona lo local, y de cómo a su vez lo local llevará a condicionar el accionar internacional. De esta manera, las acciones desarrolladas por un Estado en el plano internacional y relacionadas con la salud pública, se convierten en un brazo de la política exterior de dicho Estado, en la misma medida que la cooperación internacional se convierte en un brazo de su política exterior. Como es previsible, las condiciones y características del sistema de salud de dicho Estado, condicionarán la forma en que ese Estado se comporta en el plano internacional.

Asimismo, González Fernández retoma el planteamiento del Comité de Salud Pública Internacional del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, el cual utiliza el término salud global en lugar del término salud pública internacional, definiendo la primera como “los problemas de salud, desafíos y preocupaciones que trascienden las fronteras nacionales, que pueden ser influenciados por circunstancias o experiencias en otros países, y que son mejor atendidos por acciones y soluciones de cooperación” (González Fernández, 2011,p.375).

Al comparar la definición de Panisset y Rovere con la definición del Comité de Salud Pública Internacional, es posible identificar elementos en común, como lo es la susceptibilidad de los eventos nacionales a la influencia de actores externos. Sin embargo, el Comité de Salud Pública Internacional agrega un elemento fundamental a su definición, este es el papel que desempeñará la cooperación internacional, en términos generales, como un mecanismo para lograr contrarrestar dicha susceptibilidad.

Otra definición por tomar en cuenta, y que ha sido recopilada por González Fernández, es la planteada por la Unidad de Políticas de Salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, la cual señala que

(...) aunque a menudo son usados de forma intercambiable, Internacional, estrictamente hablando, es tradicionalmente definido como relaciones entre estados y sus gobiernos (intergubernamental), lo Global abarca relaciones que van más allá de los gobiernos e incluye individuos y grupos dentro de las sociedades que interactúan a través de las fronteras nacionales, tales como corporaciones transnacionales, organizaciones no gubernamentales y movimientos religiosos. (González Fernández, 2011,p.376).

Siendo así, es posible identificar un elemento diferenciador entre ambos conceptos: la salud internacional hace referencia a las relaciones y acciones desarrolladas por los Estados y sus gobiernos, ya sea de manera directa o por medio de organismos intergubernamentales, relativas a la salud pública, mientras que la salud global incorpora en esta dinámica a todos los actores no estatales, los cuales sin lugar a duda inciden sobre la política internacional y la salud pública por medio de sus políticas y acciones.

Por otra parte, el Institute for Public Health de la Washington University in St. Louis define la salud global como:

un área de estudio, investigación y práctica que prioriza la mejora de la salud y el logro de la equidad en salud para todas las personas en todo el mundo. Enfatiza los problemas, determinantes y soluciones de salud transnacionales; involucra muchas disciplinas dentro y más allá de las ciencias de la salud; y es una síntesis de la prevención basada en la población con la atención clínica a nivel individual. Aunque

la salud global otorga mayor prioridad a la prevención, también abarca aspectos curativos, de rehabilitación y otros aspectos de la medicina clínica y el estudio de las ciencias básicas (Institute for Public Health Washington University in St. Louis, 2021).

Finalmente, Robert Beaglehole y Ruth Bonita (Beaglehole & Bonita, 2010), en su publicación “What is global health?”, hacen un recorrido por las publicaciones de algunos centros de salud global, la gran mayoría presentes en países de renta alta, evidenciando la diversidad de definiciones utilizadas por cada uno de estos centros para delimitar su campo de acción y sus intereses. Para estos efectos, los autores recurren a la publicación “Towards a common definition of global health” en la que Jeffrey P. Koplan et. al. (Koplan et al., 2009) señalan que “sin una definición aceptada de salud global, será difícil acordar en qué es lo que la salud global está tratando de lograr y cómo se logrará y monitoreará el progreso.”¹⁴ (Beaglehole & Bonita, 2010).

Siendo así, estos autores hacen una diferenciación entre salud pública, salud global y salud internacional, donde la salud pública se centra en la salud de una población o comunidad específica, la salud internacional se centra en problemas de salud, especialmente enfermedades infecciosas y salud materno-infantil en países de ingresos bajos o países en desarrollo, áreas en las que frecuentemente es posible ver el involucramiento de países y organismos internacionales por medio de alguna forma de cooperación internacional, y donde la salud global es un área de estudio, investigación y práctica que resalta la prioridad de mejorar la salud y alcanzar la equidad en salud para todas las personas.

Tal y como señalan Beaglehole y Bonita, los argumentos de Koplan et.al. “se basan en la necesidad de que la salud tanto mundial como pública aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos subyacentes de la salud, independientemente de si el enfoque principal es la salud nacional o mundial.”¹⁵ (Beaglehole & Bonita, 2010).

Partiendo de las anteriores definiciones y los elementos que se han resaltado en estas, es posible señalar que, si bien las políticas en salud pública internacional son tomadas

¹⁴ Traducción propia del texto original en inglés.

¹⁵ Traducción propia del texto original en inglés.

oficialmente por los actores gubernamentales, ya sea los Estados directamente o por medio de organismos internacionales, la pluralidad de actores no gubernamentales que están presentes en la salud global incide sin lugar a duda en las decisiones que toman los actores gubernamentales. Particularmente en temas medio ambientales es posible identificar claros ejemplos en los que los actores no gubernamentales generan presión sobre los gobiernos, incidiendo así en la toma de decisiones específicas.

2.5 Determinantes sociales de la salud

De acuerdo con lo mencionado por Myriam Acero, Ivonne M. Caro, Liliana Henao, Luisa F. Ruiz y Guillermo Sánchez en su publicación “Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas”, la primera caracterización de lo que hoy se conoce como determinantes sociales de la salud (DSS) fue plasmada en el comúnmente llamado Informe Lalonde (Acero, Caro R, Henao, Ruiz E, & Sánchez, 2013), en honor a su escritor. En esta publicación Marc Lalonde, entonces Ministro Nacional de Salud y Bienestar de Canadá, señala que la visión occidental y generalmente aceptada de salud es proporcional al grado de avance y la calidad de la medicina, delegando en esta, y por ende en quienes la practican, toda responsabilidad del mejoramiento de la salud de la población (Lalonde, 1981,p.11).

Lalonde señala que uno de los principales retos para analizar el campo de la salud es precisamente la definición de dicho campo, permitiendo así subdividirlo en áreas de estudio más específicas. Siendo así, Lalonde hace una primera división del campo de la salud en cuatro grandes elementos (Lalonde, 1981,p.31-21), creando así la primera clasificación que dará pie a los determinantes sociales de la salud, saber:

- **Biología humana:** incluye todos aquellos aspectos de la salud física y mental que se desarrollan a lo interno del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica del individuo. Comprende la herencia genética de la persona, el proceso de envejecimiento y la complejidad de los sistemas internos.
- **Medio ambiente:** incluye todos los aspectos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control.

- Estilo de vida: se refiere a las decisiones tomadas por el individuo y que pueden incidir positiva o negativamente sobre su salud, sobre las cuales tiene mucho o algún control.
- Servicios de salud: se refiere a la cantidad, calidad, distribución, naturaleza y relaciones entre las personas y los recursos disponibles para la provisión de servicios de salud dentro del sistema de salud.

De acuerdo con el planteamiento de Lalonde, los esfuerzos por mejorar la salud de la población deben concentrarse en el abordaje de los determinantes biológicos, medio ambientales y de estilo de vida, dado que los servicios de salud responderán a los resultados de las interacciones de los otros determinantes, reconociendo que los grandes resultados se obtienen al generarse cambios en esos otros determinantes. Asimismo, Lalonde aporta una visión integradora en su modelo, de manera que

cualquier problema de salud puede atribuirse a uno o una combinación de los cuatro elementos. Esta integralidad es importante porque asegura que todos los aspectos de la salud serán considerados debidamente y que todos los que contribuyen a la salud, individual y colectivamente, paciente, médico, científico y gobierno, sean conscientes de sus roles y su influencia en el nivel de salud.¹⁶ (Lalonde, 1981,p.33).

La implementación del modelo de Lalonde en el análisis de la situación de salud de una población determinada permite identificar las causas subyacentes que generan una particular situación de salud, señalando claramente cuál es el área que debe ser intervenida. El autor utiliza como ejemplo el análisis realizado de las causas de muerte por accidentes de tránsito, tras el cual se identificaron las áreas de intervención.

Por ejemplo, se puede encontrar que las causas subyacentes de muerte por accidentes de tránsito se deben principalmente a los riesgos asumidos por las personas, con menor importancia al diseño de automóviles y carreteras, y a la disponibilidad de servicios de emergencia; la biología humana tiene poca o ninguna importancia en esta área. Por lo tanto, en orden de importancia, estilo de vida, medio ambiente y servicios de salud contribuyen a las muertes por accidentes de tránsito

¹⁶ Traducción propia del texto original en inglés.

en proporciones de algo así como 75%, 20% y 5% respectivamente. Este análisis permite a los planificadores de programas centrar su atención en los factores contribuyentes más importantes.¹⁷ (Lalonde, 1981,p.33).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud conceptualiza los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Organización Panamericana de la Salud, 2021a). En otras palabras, los DSS son todos aquellos elementos que rodean, y a la vez condicionan, la vida de una persona ya sea de manera voluntaria o involuntaria, de forma directa o indirecta. Asimismo, en el informe presentado por la Secretaría de la OMS como parte del documento A62/9 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud plantea que:

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

A partir de los informes y reportes emitidos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, creada por el Director de la OMS en el año 2005, es posible precisar que:

El concepto de los determinantes sociales de la salud incorpora un amplio conjunto de determinantes que no se limitan al ámbito de los que son sociales por naturaleza. Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen: a) el contexto socioeconómico y político, b) los determinantes estructurales, y c) los determinantes intermediarios.

¹⁷ Traducción propia del texto original en inglés.

(...)

En combinación con el comportamiento individual, los factores genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad, se cree que estos factores determinan todos o prácticamente todos los resultados en materia de salud. Es fundamental distinguir entre los factores que mitigan el riesgo respecto de la medida en que son modificables (en otras palabras, si las diferencias en los resultados en materia de salud que estos factores causan representan inequidades o desigualdades) y considerar la relación posible entre estos factores y las políticas destinadas a influir en ellos. Al considerar el valor, la eficacia y la idoneidad de las políticas a este respecto, los determinantes sociales de la salud brindan la oportunidad de posicionar la salud como un bien público, es decir, que aporta beneficios para toda la sociedad que no se limitan a los beneficios marginales para la salud de una persona sino que, de hecho, pueden tener efectos positivos de manera exponencial sobre la salud de otras personas (Organización Panamericana de la Salud, 2021b).

La forma en que cada población aborda el proceso salud – enfermedad varía de acuerdo con las particularidades históricas, culturales, políticas e institucionales de cada población. En este sentido, las particularidades costarricenses han llevado a la conformación de un sistema nacional de salud que se caracteriza por tener un ministerio de salud dedicado a la rectoría del sector y del sistema, mientras que la provisión de servicios de salud de atención directa a las personas recae sobre otras instituciones tanto públicas como privadas. Como parte del proceso histórico de construcción de ese sistema, así como de los procesos que se desarrollan a lo interno de este, se incorporaron conceptos de la corriente internacional que precisamente evidenciaban que el proceso salud – enfermedad se ve influenciado por el accionar de muchos otros actores ajenos al sector salud.

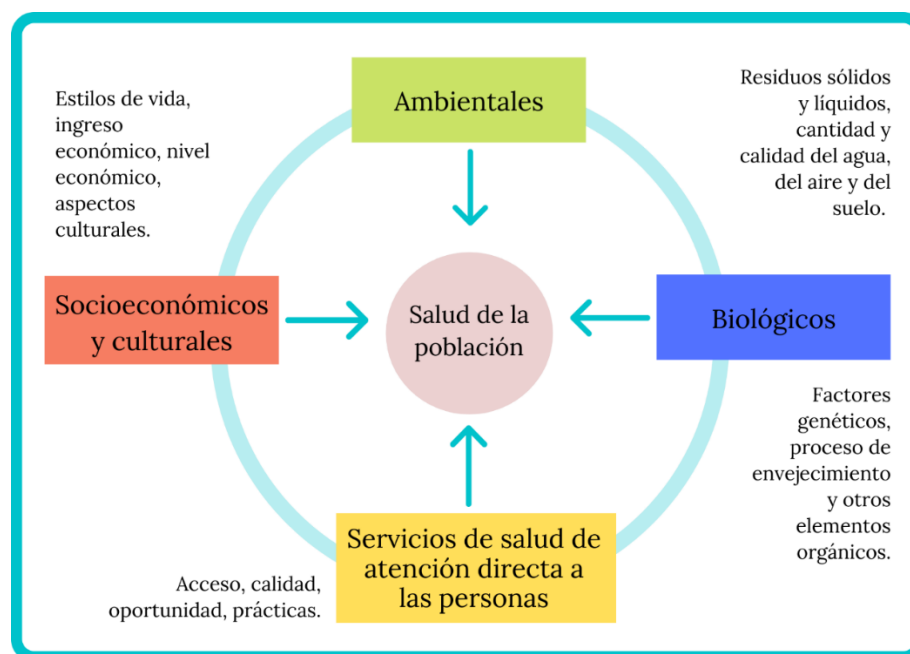
Es a partir de la incorporación de este elemento que se acuña el concepto de producción social de la salud, entendida como el “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población” (Ministerio de Salud, 2011,p.6). A fin de ordenar la variedad de actores sociales, estos son agrupados de la siguiente manera, sin que esto signifique que un actor sea exclusivo

de un grupo, sino que la dinámica propia del proceso salud – enfermedad, así como la naturaleza de dicho actor, puede hacer que este salte entre grupo y grupo:

- Los actores que contribuyen a proteger y mejorar la salud de la población por medio de sus actividades o acciones.
- Los actores que producen o pueden producir daños o riesgos sanitarios en virtud de sus actividades o acciones.
- Los actores que influyen o pueden hacerlo en la toma de decisiones asociadas a la producción social de la salud, lo cual incluye la generación de política pública implícita o explícita.

Finalmente, para efectos de la gestión institucional, por medio de la siguiente figura se visualizan los cuatro grandes determinantes sociales de la salud, junto con una breve desagregación de los elementos contenidos en cada eje, permitiendo una más fácil comprensión.

Figura 3. Determinantes sociales de la salud.



Fuente: Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, (Ministerio de Salud, 2011).

Partiendo de lo visualizado en la figura 3. Determinantes sociales de la salud, es indispensable tener presente que, siendo la salud un producto social, todas las intervenciones que en materia de salud pública se realicen deben partir del análisis de estos determinantes sociales. Más aún, toda intervención en salud pública debe tener presente que tendrá un efecto, idealmente positivo, sobre estos determinantes sociales. Resulta utópico pensar que las intervenciones en salud pública son aisladas, o que sus efectos pueden ser contenidas y restringidas únicamente al ámbito sanitario.

2.6 Reglamento Sanitario Internacional

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) constituye un acuerdo entre 195 países, incluidos todos los Estados Miembros de la OMS, los cuales definieron aspectos en los que trabajarán de manera conjunta teniendo como norte la seguridad sanitaria mundial. Para estos efectos, los Estados Parte del RSI acordaron desarrollar su capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de salud pública. A su vez, el RSI contempla medidas específicas que deben adoptarse en los puestos de entrada de los Estados Miembros para limitar la propagación de riesgos sanitarios hacia países vecinos y evitar la imposición de restricciones injustificadas a

los viajes y el comercio, a modo de reducir al mínimo los trastornos en el tráfico y las actividades comerciales.

Sin embargo, la versión actual del Reglamento cuenta con una larga historia de predecesores. La primera versión del RSI fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1969 (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.vii), el cual a su vez ha tenido varias modificaciones, buscando responder a los cambios epidemiológicos a nivel mundial.

El Reglamento de 1969, que inicialmente abarcaba seis «enfermedades cuarentenables», fue modificado en 1973 y 1981, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela. (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.vii).

Continuos cambios en el contexto internacional, específicamente el aumento exponencial de los viajes internacionales y del comercio internacional, junto con la aparición y reemergencia de nuevas amenazas a la salud pública internacional, llevaron a que en 1995 los Estados Miembros de la OMS iniciaran un proceso de revisión del Reglamento. En esa oportunidad, “en su resolución WHA48.7, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que adoptara medidas para preparar esa revisión, reclamando una amplia participación y cooperación en el proceso” (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.vii).

Producto del trabajo realizado, la nueva versión del Reglamento Sanitario Internacional fue presentada a los Estados Miembros en el 2005. Luego de su adopción, el texto sufrió una enmienda en el año 2014, relativa a la vacunación contra la fiebre amarilla, de manera que una vacunación en el curso de vida es suficiente, mientras que en la versión anterior se estipulaba que era necesaria una vacunación cada diez años.

El RSI está estructurado de la siguiente manera:

- Título I: definiciones, finalidad y alcance, principios y autoridades responsables.
- Título II: información y respuesta de salud pública.
- Título III: recomendaciones.
- Título IV: puntos de entrada.

- Título V: medidas de salud pública. Este apartado a su vez se compone de:
 - o Capítulo I: disposiciones generales.
 - o Capítulo II: disposiciones especiales relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte.
 - o Capítulo III: disposiciones especiales relativas a las mercancías, los contenedores y las zonas de carga de contenedores.
- Título VI: documentos sanitarios.
- Título VII: tasas sanitarias.
- Título VIII: disposiciones generales.
- Título IX: lista de expertos del RSI, Comité de Emergencias y Comité de Examen. Este apartado a su vez se compone de:
 - o Capítulo I: lista de expertos del RSI.
 - o Capítulo II: Comité de Emergencias.
 - o Capítulo III: Comité de Examen.
- Título X: disposiciones finales.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, así como en los artículos 59 y 64 del RSI, el Reglamento el Reglamento entró en vigor el 15 de junio de 2007 para los 191 Estados que no formularon reservas al documento; posteriormente, el 8 de agosto de 2007 entró también en vigor para los dos Estados Miembros de la OMS que sí habían formulado reservas al texto.

Para los efectos de la presente investigación, es meritorio resaltar la definición de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), plasmada en el título I del RSI. Para nuestros efectos, una ESPII es aquel “evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento, se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una

respuesta internacional coordinada” (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.7). Más adelante, en el artículo 2, se estipula que el RSI tiene por finalidad y alcance:

(...) prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.11).

En el marco de lo estipulado en el apartado relativo a los puntos de entrada (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.23-26), se atribuyen, entre otras, las siguientes responsabilidades a los Estados Miembros:

- Designar aeropuertos y puertos en que se crearán las capacidades estipuladas en el Reglamento, así como notificar a la OMS de cualquier cambio en dicha designación.
- Garantizar que las capacidades se desarrollen en los plazos establecidos.
- Facilitar a la OMS datos pertinentes sobre las fuentes de infección o contaminación en sus puntos de entrada, incluidos vectores o reservorios que puedan dar lugar a la propagación internacional de enfermedades.
- Cumplir con los requerimientos relativos a la exención del control de sanidad a bordo en aeropuertos y puertos.
- Designar pasos fronterizos terrestres en los que se crearán las capacidades estipuladas en el Reglamento, considerando el volumen y frecuencia de los diversos tipos de tráfico internacional en los mismos, así como los riesgos para la salud pública de acuerdo con la zona donde se origina o que atraviesa el tráfico internacional antes de llegar a dicho paso fronterizo terrestre.

Por su parte el título V del RSI guarda especial interés para los efectos de la presente investigación, dado que en el mismo se establecen las medidas de salud pública que pueden ser impuestas por las autoridades nacionales según el contexto. En el caso de las medidas sanitarias a la llegada o la salida del país, el Estado Parte podrá exigir:

- A los viajeros: información sobre su destino para contactarles posteriormente de ser necesario, información sobre su itinerario, revisión de documentos sanitarios e incluso un examen médico no invasivo lo menos intrusivo posible.
- La inspección de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales e incluso restos humanos.

En caso de que, a raíz de estas revisiones, se identifique un riesgo para la salud pública, los Estados Parte podrán aplicar medidas adicionales de salud, siempre al amparo del RSI; esta aplicación estaría dirigida a viajeros sospechosos o afectados según sea el caso, iniciando con un examen médico lo menos intrusivo posible, que permita lograr el objetivo de salud pública y prevenir la propagación internacional de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.27). No obstante, el Reglamento claramente establece que:

No se realizará ningún examen médico ni se procederá a ninguna vacunación ni se adoptará ninguna medida profiláctica ni sanitaria en virtud del presente Reglamento sin el consentimiento informado previo y explícito del viajero o de sus padres o tutores, con la salvedad de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 31, y de conformidad con la legislación y las obligaciones internacionales del Estado Parte (...).

Sólo se llevarán a cabo exámenes médicos o se someterá a los viajeros a protocolos médicos, vacunas u otras medidas profilácticas que entrañen un riesgo de transmisión de enfermedades si ello se hace de conformidad con normas de seguridad reconocidas nacional o internacionalmente para reducir al mínimo ese riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.27-28).

En cuanto a los medios de transporte (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.28), se establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas aplicables, compatibles con el RSI, para asegurarse que los operadores de medios de transporte cumplen con las medidas sanitarias recomendadas, que informan a los viajeros de dichas medidas y que mantienen permanentemente los medios de transporte libres de fuentes de infección o contaminación.

En cuanto a las embarcaciones y aeronaves en tránsito (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.29) se establece que ningún Estado Parte aplicará medida sanitaria alguna a las

embarcaciones que transiten dentro del territorio del Estado Parte y cuyo destino sea un tercer Estado Parte, pero que no vengan de una zona afectada; no se aplicarán medidas a las embarcaciones que naveguen por las aguas jurisdiccionales del Estado Parte sin atracar en un puerto y sin fondear en la costa, así como tampoco se aplicarán medidas sanitarias a aeronaves en tránsito en un aeropuerto bajo su jurisdicción con la salvedad de que éstas podrán ser obligadas a permanecer en una zona específica del aeropuerto sin efectuar embarques o desembarques ni carga o descarga, a excepción de reabastecimiento bajo supervisión de agua, combustibles, víveres y suministros. Tampoco se aplicará medida sanitaria alguna a camiones, trenes o automóviles civiles en tránsito que no procedan de una zona afectada, en tanto no realicen operaciones de embarque, desembarque, carga o descarga en el territorio de ese Estado Parte.

En cuanto a los medios de transporte que se han visto afectados por el evento de salud pública, el artículo 27 del Reglamento estipula que:

1. Cuando a bordo de un medio de transporte se hallen signos o síntomas clínicos e información basada en hechos o pruebas de un riesgo para la salud pública, incluidas fuentes de infección o contaminación, la autoridad competente considerará que el medio de transporte está afectado y podrá:
 - a) desinfectar, descontaminar, desinsectar o desratizar el medio de transporte, según proceda, o hacer que estas medidas sean aplicadas bajo su supervisión; y
 - b) decidir en cada caso la técnica que se empleará para garantizar un nivel adecuado de control del riesgo para la salud pública según lo previsto en el presente Reglamento. Cuando existan métodos o materiales aconsejados por la OMS para estos procedimientos, serán éstos los que se utilicen, a menos que la autoridad competente determine que otros métodos son igualmente seguros y fiables.

De ser necesario, la autoridad competente podrá adoptar medidas sanitarias adicionales, incluso el aislamiento de los medios de transporte, para impedir la

propagación de la enfermedad. Dichas medidas adicionales se notificarán al Centro Nacional de Enlace para el RSI.

2. Si la autoridad competente en el punto de entrada no está en condiciones de aplicar las medidas de control prescritas en este artículo, se podrá permitir la partida del medio de transporte con sujeción a las condiciones siguientes:
 - a) cuando se produzca la salida, la autoridad competente facilitará la información a que se hace referencia en el apartado b) a la autoridad competente del siguiente punto de entrada conocido; y
 - b) si se trata de una embarcación, se anotarán en el certificado de control de sanidad a bordo las pruebas encontradas y las medidas de control exigidas.

La autoridad competente permitirá, bajo su vigilancia, el aprovisionamiento de combustible, agua potable, víveres y suministros.

3. Un medio de transporte que se haya considerado afectado dejará de considerarse como tal si la autoridad competente se ha cerciorado:
 - a) de que se han aplicado efectivamente las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo; y
 - b) de que las condiciones a bordo no constituyen un riesgo para la salud pública. (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.29-30).

Al respecto, es de vital importancia señalar que el artículo 28 del RSI establece que no se podrá negar a una embarcación o una aeronave el acceso a un punto de entrada por motivos de salud pública. En caso de que el punto de entrada seleccionado por la embarcación o aeronave no cuente con los medios para la aplicación de las medidas sanitarias correspondientes, se podrá ordenar al operador de la embarcación o aeronave que continúe con el viaje hasta el punto de entrada apropiado más cercano, a menos que algún problema operativo haga inseguro ese desvío (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.31). Asimismo, no podrá negarse la libre plática a las embarcaciones o aeronaves por motivos de salud pública; es decir, no se denegará el embarque, desembarque, carga o descarga, ni el abastecimiento de combustible, agua, entre otros. No obstante,

Los Estados Parte podrán supeditar el otorgamiento de la libre plática a una inspección y, si se descubre a bordo una fuente de infección o contaminación, a la aplicación de las medidas necesarias de desinfección, descontaminación, desinsectación o desratización, o de otras medidas necesarias para prevenir la propagación de la infección o contaminación. (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.31).

A su vez, el RSI establece un procedimiento a seguir en caso de que una aeronave o embarcación sospechosa o afectada aterrice o atraque, por motivos ajenos a la voluntad del piloto de la aeronave o el capitán de la embarcación, en otro lugar que no sea el aeropuerto o el puerto en que debía hacerlo. Este procedimiento contempla la notificación pronta a las autoridades locales, la aplicación de medidas sanitarias por parte de las autoridades competentes, no se procederá con el desembarco de pasajeros o tripulación a menos que sea por motivos urgentes o a efectos de comunicarse con la autoridad competente.

Finalmente, en el artículo 30 y siguientes del Reglamento se estipula que, en el caso de los viajeros sospechosos que a la llegada sean sometidos a observación de salud pública podrán continuar su viaje internacional si no suponen un riesgo inminente para la salud pública y si el Estado Parte informa a la autoridad competente en el punto de entrada en destino, de conocerse este último, de su prevista llegada. A su llegada, el viajero deberá informar a esa autoridad. En el caso de que el viajero no cumpla con los requerimientos solicitados por la autoridad pertinente a raíz de una sospecha de riesgo a la salud pública, el Estado Parte podrá denegar la entrada a ese viajero. (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.32-33).

2.7 Interdependencia compleja

A lo largo de varios escritos, Joseph Nye y Robert Keohane proponen la teoría de la interdependencia compleja, la cual plantea un modelo en el cual los Estados ceden una parte de su poder a otras fuerzas, de manera que esas fuerzas funcionen como un sistema de pesos y contrapesos. A diferencia del realismo, el cual sostiene que los Estados y su fuerza militar son lo único que importa y son lo único que determina el juego del poder, la interdependencia compleja reconoce por primera vez la presencia de otros actores, por ejemplo, los actores no estatales, actores económicos, organizaciones sindicales, entre otros, para los cuales reconoce que tienen un espacio en la dinámica política y económica, nacional e internacional.

Los autores, en su publicación *Transnational Relations and World Politics: An Introduction* (Nye & Keohane, 1971), plantean por primera vez que, si bien las relaciones internacionales han estado históricamente lideradas por los Estados, las fuerzas que se mueven a lo interno de los Estados hacen que surjan nuevos actores que no pueden ser ignorados, precisamente por la injerencia de estos en diferentes aspectos, tales como la vida política y económica. “Una gran cantidad de intercambios intersociales, con importancia política significativa, se realizan sin el control gubernamental”¹⁸ (p.330). Si bien otros autores habían hecho referencia previa al rol de los actores no estatales en las relaciones internacionales, en su publicación Nye y Keohane se centran en las relaciones transnacionales, es decir, aquellos “contactos, coaliciones e interacciones más allá de las fronteras de los Estados que no son controladas por los cuerpos de gobierno central especializados en política exterior”¹⁹ (p.331).

Para estos efectos, abordan dos aspectos claves para el análisis: la definición y descripción de las interacciones transnacionales y organizaciones. Los autores parten de las *interacciones globales*, las cuales se refieren a las interacciones con motivo de comunicación e información, transporte de bienes y personal, dinero e instrumentos financieros, y viajes como la movilización de personas. Algunos o todos estos tipos de interacciones pueden estar presentes dependiendo de la actividad internacional a la que se haga referencia. “El comercio y la guerra, por ejemplo, requieren de la movilización coordinada de información, objetivos físicos, dinero y personas”²⁰ (p.332).

Tradicionalmente, este tipo de interacciones requería, necesariamente, de la participación de un Estado por ser consideradas interacciones interestatales. Sin embargo, otras interacciones involucran la participación de individuos u organizaciones, y no tanto así la participación estatal; estas son denominadas por los autores como interacciones transnacionales, en las cuales igual se encuentran interacciones con motivo de comunicación e información, transporte de bienes y personal, dinero e instrumentos financieros, y viajes como la movilización de personas. De esta manera, se define a las interacciones transnacionales y organizaciones como “el movimiento de elementos tangibles o intangibles a través de las

¹⁸ Traducción propia del texto original en inglés.

¹⁹ Traducción propia del texto original en inglés.

²⁰ Traducción propia del texto original en inglés.

fronteras de un Estado cuando al menos un actor no es un agente gubernamental o una organización intergubernamental”²¹ (p.332).

Los autores señalan algunos efectos de las relaciones transnacionales en la política estatal, las cuales se materializan por medio del cambio de actitudes, el pluralismo internacional, aumento en la dependencia e interdependencia de los Estados, aumento en la habilidad de algunos gobiernos de influir sobre otros gobiernos, y la emergencia de actores autónomos con líneas propias de política exterior que podrían oponerse o impugnar la política estatal(p.337).

La vigencia de la teoría se mantiene a pesar del paso del tiempo, tanto así que diez años después de su planteamiento original, ambos autores hacen una revisión de la teoría a la luz de los cambios de una década. Siendo así, en *Power and Interdependence Revisited* refuerzan que la interdependencia compleja:

(...) es un tipo ideal de sistema internacional, construido deliberadamente para contrastar con un tipo ideal "realista" que delineamos sobre la base de supuestos realistas sobre la naturaleza de la política internacional. La interdependencia compleja se refiere a una situación entre varios países en la que múltiples canales de contacto conectan a las sociedades (es decir, los estados no monopolizan estos contactos); no hay una jerarquía de cuestiones; y los gobiernos no utilizan la fuerza militar entre sí.²² (Keohane & Nye, 1987,p.731).

Asimismo, un par de líneas más adelante dejan constancia que su análisis sobre la interdependencia compleja “se centra en las relaciones transnacionales y transgubernamentales, así como interestatales, y busca examinar cómo ciertos patrones de procesos políticos afectan el comportamiento de los actores en lugar de emplear una explicación estructural para explicar la acción”²³ (Keohane & Nye, 1987,p.732).

De acuerdo con el modelo de la interdependencia compleja, existe una pluralidad de canales y vínculos entre las sociedades, resumidos en: relaciones interestatales, relaciones

²¹ Traducción propia del texto original en inglés.

²² Traducción propia del texto original en inglés.

²³ Traducción propia del texto original en inglés.

transgubernamentales y relaciones transnacionales; las sociedades y sus actores se conectan por medio de estos tipos de relaciones. Las vinculaciones entre tantos niveles y con tantos actores hacen que surjan gran cantidad de problemas, los cuales no tienen una jerarquización específica, sino que todos son igualmente importantes y su magnitud variaría en virtud de contexto y los actores. Esto lleva a los actores a utilizar diferentes mecanismos para resolver sus diferencias, ya sea por medio de la utilización de los regímenes internacionales o por medio de medidas y políticas unilaterales que tienen consecuencias, positivas o negativas, sobre diversidad de esferas.

Si bien el planteamiento teórico se hace en el marco de la guerra fría, donde los actores estatales rehuían el uso de la fuerza en virtud del riesgo de desencadenar una guerra nuclear, la teoría es válida en nuestro contexto dado que las vinculaciones entre las economías y los Estados son tan fuertes, que los actores estatales siguen rehusando el uso de la fuerza a nivel global, o por lo menos de manera directa, en virtud de las repercusiones que esto tendría. En la década de los setenta las repercusiones eran nucleares, en el siglo XXI las repercusiones son económicas, con consecuencias que irían mucho más allá de las fronteras del territorio en que una bomba nuclear fuera detonada. Los Estados optan por ceder parte de sus potestades a organismos internacionales intergubernamentales y supranacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Aviación Civil Internacional, la Unión Europea, de manera que sean estas instancias las que definan algunas normas bajo común acuerdo, en lugar de que cada Estado defina sus reglas y qué sucede si estas reglas no son cumplidas por los demás Estados.

El planteamiento de los autores es fundamental para el trabajo de investigación, puesto que permite enlazar las teorías y comportamientos propios de las relaciones internacionales con las relaciones entre Estados, así como con actores no estatales dentro de estos, como es el caso de los diferentes actores presentes en un aeropuerto internacional, permitiendo a la vez vincular cómo las organizaciones intergubernamentales e internacionales influyen en la toma de decisiones de los Estados, en este caso por medio de sus recomendaciones.

2.8 Globalización

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, la globalización se define como aquel:

Proceso por el que las economías y mercados, con el desarrollo de las tecnologías de la comunicación, adquieren una dimensión mundial, de modo que dependen cada vez más de los mercados externos y menos de la acción reguladora de los Gobiernos (Academia Real Española, 2020).

En el fenómeno confluyen elementos distintivos, tales como intercambios económicos por medio de la integración de los mercados, los cuales se apoyan en las tecnologías de la información y comunicación. A raíz de los avances en materia de las tecnologías de la información y comunicación, entendiéndose estas como aquellas facilidades para el transporte internacional, las compras y ventas más allá de los mercados geográficamente inmediatos y las facilidades para comunicarse a pesar de la diferencia lingüística, ha sido posible la integración de los mercados locales y nacionales en un solo mercado mundial. Las facilidades brindadas por el proceso de globalización acercan a las personas, las empresas, los mercados y a las economías, a tal punto en que es prácticamente imposible poder distinguir cuál proceso es netamente local y cuál está permeado por la globalización.

En otro momento de la historia la aparición de casos de alguna enfermedad en un país lejano no significaba una amenaza real para otros países. Sin embargo, la globalización en que están inmersos los países, algunos en menor o mayor medida que otros, hizo que la aparición de casos de COVID-19 en la República Popular China a finales de 2019 se convierta en un verdadero problema para todo el mundo. Si bien mucho se ha dicho sobre la respuesta inmediata del gobierno chino en relación con la información divulgada y las primeras medidas tomadas, lo cierto es que la globalización hizo que rápidamente el virus fuera exportado desde la ciudad de Wuhan a otras ciudades y provincias chinas, haciendo posible que se presentaran casos de la enfermedad en otros países en tan sólo unas pocas semanas.

De no haber sido por este fenómeno, no hubiera sido posible la propagación de la enfermedad con la velocidad evidenciada. Sin embargo, esta no es la primera vez en que el proceso de la globalización impacta la salud global, presentándose ejemplos al analizar el comportamiento de enfermedades como las producidas por el virus del ébola en 2018, el virus del zika en 2015, el síndrome respiratorio de Oriente Medio en 2012, la pandemia de influenza A(H1N1) en 2009, el síndrome respiratorio agudo grave en 2003, entre muchas otra, y cómo fueron rápidamente propagados a otros países. El impacto epidemiológico de estas enfermedades ha

sido cada vez mayor en virtud de la globalización, viéndose las economías de los países afectadas en la misma proporción.

Más aún, la vinculación y dependencia de los países con el proceso es tal, que es imposible para cualquier país eximirse de los efectos negativos cuando una enfermedad es potencializada por la globalización. Asimismo, es imposible para los países adoptar medidas de contención de una enfermedad y que estas no repercutan sobre las dinámicas económicas, políticas y sociales de otros países.

2.9 Corporativismo y neocorporativismo

Una de las razones por las que Costa Rica se ha caracterizado a nivel mundial es por su sistema democrático, la forma en que el estado costarricense se organiza para el cumplimiento de políticas públicas y de la ley es a través de sus tres poderes. Según el Índice de Democracia realizado por la Unidad de Inteligencia de la revista The Economist, en el 2021, Costa Rica se encuentra en el lugar 20 de las democracias más sólidas a nivel mundial, y en el tercer lugar a nivel de América, seguido de Canadá y Uruguay (The Economist Intelligence United Limited, 2022,p.12)

Sin embargo, es necesario reconocer que existen otras fuerzas y poderes no estatales que han tenido injerencia en las decisiones políticas. De ahí la importancia para esta investigación tomar como referencia el marco teórico del corporativismo y el neocorporativismo.

La definición más clásica del fenómeno, a la que hacen referencia la mayoría de los escritos sobre el tema, es la de Philippe Schmitter, quien indica que el corporativismo puede definirse como:

un sistema de representación de intereses en el que las unidades que lo constituyen están organizadas en un número limitado de categorías singulares, obligatorias, no competitivas, ordenadas jerárquicamente y funcionalmente diferenciadas y reconocidas o autorizadas (cuando no creadas) por el Estado, a las que se garantiza un determinado monopolio representativo dentro de sus respectivas categorías, a cambio de tolerar la práctica de ciertos controles en la selección de sus dirigentes y en la articulación de peticiones y ayudas (Schmitter, 1979 en Goldin, 2012,p.2).

Tal definición se relaciona naturalmente con las experiencias autoritarias con las que se vinculó el corporativismo, pero no agota por sí sola el concepto, pues excluye las ocurridas en períodos democráticos. De ahí la distinción que hace el mismo autor entre el corporativismo político, relacionado con el concepto antes mencionado, y el corporativismo social, que englobaría la representación corporativa autónoma, exenta del control estatal.

Por su parte, Solé (1984) menciona que el neocorporativismo

tiene como tronco común determinados desarrollos y prácticas políticas que se plasman en acuerdos y pactos entre fuerzas sociales, en principio antagónicas. Se entiende tanto un sistema económico específico o un modo de producción, como el feudalismo, el capitalismo y el corporativismo; una forma de Estado, parlamentarismo, fascismo, corporativismo; o un sistema de mediación (o intermediación) de intereses, a saber pluralismo, sindicalismo, corporativismo (Solé, 1984, p.11).

El presente estudio reconoce el papel de estos grupos socio económicos organizados, fuerzas empresariales y sindicales que conjugan con los poderes políticos del Estado a través de sistemas de representación para la toma de decisiones y estos juegan papeles distintos según el contexto político al que se enfrenten, en este caso, la pandemia por COVID-19 y un país con cada vez más desempleo y más brechas sociales y económicas.

Finalmente, Goldin (2012) señala que

el neocorporativismo implica la adaptación del sistema liberal democrático a la complejidad organizativa del Estado, sin alterar los principios básicos de ese orden político, construyéndose en virtud de las naturales tendencias monopolísticas u oligopolísticas de la representación de los intereses y el reconocimiento mutuo del poder de cada actor para influir sobre los demás (Pérez Yrueala y Giner, 1985), mientras que en el corporativismo estatal que le precediera, ha sido el Estado el que organizara e impusiera el monopolio, operando sobre un sindicalismo preexistente o generando ex - ante las condiciones de su organización. (Goldin, 2012, p.6)

El análisis de estas representaciones de intereses según cada actor social se presenta en el capítulo IV.

2.10 Enfermedades infecciosas

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020i), “las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra” (p.1). Este tipo de enfermedades han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, llegándose a erradicar únicamente una de estas, mientras que otras han estado muy cerca de ser eliminadas a nivel mundial.

Como señala la OMS, las enfermedades infecciosas pueden generarse a partir de distintos microorganismos, tales como las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos, los cuales se detalla en la tabla 2. Tipos de microorganismos, la cual se muestra a continuación.

Tabla 2. Tipos de microorganismos.

Tipo	Descripción
Bacteria	Las bacterias son organismos unicelulares microscópicos que carecen de núcleo.
Virus	Los virus son microorganismos infecciosos, más pequeños que las bacterias y los hongos. No pueden reproducirse por sí mismos., sino que necesitan invadir una célula viva y utilizar la maquinaria de esa célula para reproducirse.
Hongos	Los hongos no son plantas ni animales. Su tamaño puede ser microscópico o puede ser visibles a simple vista.
Parásito	Un parásito es un microorganismo que vive sobre otro organismo o en su interior y se beneficia del huésped a cargo de este. Los parásitos pueden ser de una única célula como los protozoos o pueden ser organismo más desarrollados y complejos como los gusanos.

Fuente: elaboración propia a partir de *Introducción a las infecciones parasitarias y Biología de las enfermedades infecciosas* en el Manual MSD para el público general (Pearson, 2019).

Las enfermedades producidas por estos microorganismos son tanto diversas en tipo y origen, así como lo son en síntomas, consecuencias e impacto sobre la población. Lo anterior a pesar de que las medidas para la prevención y control de este tipo de enfermedades son ampliamente conocidas: correcto lavado de manos, procesos de limpieza y desinfección de superficies de forma rutinaria, manejo y preparación segura de alimentos, inmunizaciones, uso correcto de antibióticos, seguridad animal para evitar la propagación de enfermedades zoonóticas, prácticas sexuales seguras, prácticas seguras para la transfusión de sangre y otros procedimientos médicos, entre otras.

2.11 Coronavirus

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2020m), “los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos” (p.1). “Los coronavirus son virus RNA con envoltura que causan enfermedades respiratorias de diversa gravedad, desde el resfriado común hasta la neumonía mortal” (Tesini, 2020), lo cual quiere decir que “es un virus que usa ácido ribonucleico (ARN) como material genético, o bien que en su proceso de replicación necesita

el ARN” (Tesini, 2020). Este tipo de virus está presente frecuentemente en animales, algunos de ellos cercanos a los humanos como lo son las aves de corral.

Dentro de esta amplia familia se conoce de siete tipos de coronavirus que causan enfermedades en los humanos. Cuatro de estos siete coronavirus están relacionados con enfermedades leves del tracto respiratorio superior que causan síntomas de resfriado común (Tesini, 2020), mientras que los otros tres tipos de coronavirus humanos pueden ser mucho más graves al generar cuadros de neumonía que puede ser mortal como es el caso del SARS-CoV que causa el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), el MERS-CoV que causa el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el SARS-CoV-2 que causa la enfermedad por COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020i).

Esas infecciones suelen cursar con fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea o dificultad para respirar). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte.

Las recomendaciones habituales para no propagar la infección son la buena higiene de manos y respiratoria (cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar) y la cocción completa de la carne y los huevos. Asimismo, se debe evitar el contacto estrecho con cualquier persona que presente signos de afección respiratoria, como tos o estornudos. (Organización Mundial de la Salud, 2020d).

En virtud de la variedad de esta familia de virus entre los animales, se reconoce que los coronavirus que causan infecciones respiratorias graves se transmiten de los animales a los seres humanos, convirtiéndolos en patógenos zoonóticos (Tesini, 2020).

2.12 Síndrome respiratorio agudo grave (SARS)

El primer ejemplo durante el siglo XXI fue brote del síndrome respiratorio agudo grave (SRAS), conocido comúnmente como SARS por sus siglas en inglés, el cual es una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus.

El SRAS reúne las características que confieren a una enfermedad importancia internacional como amenaza para la seguridad sanitaria: se transmite de persona a persona, no necesita vectores, no muestra ninguna afinidad geográfica concreta, se incubaba silenciosamente durante más de una semana, simula los síntomas de muchas

otras enfermedades, afecta sobre todo a personal hospitalario y causa la muerte de alrededor del 10% de los infectados. Estas características le permiten propagarse fácilmente a través de las rutas aéreas internacionales, por lo que todas las ciudades con aeropuerto internacional corren el riesgo de recibir casos importados (...).

Enfermedad nueva, mortífera y de la que inicialmente poco se sabía, el SRAS generó tal grado de ansiedad entre la población que paralizó casi por completo los viajes a las zonas afectadas y supuso una sangría de miles de millones de dólares para las economías de regiones enteras (...)

El SRAS demostró que, en efecto, las formas de interacción entre los países y sus poblaciones a escala mundial acrecientan los riesgos y peligros que las nuevas enfermedades entrañan para la salud, e hizo patente la magnitud del perjuicio que una enfermedad emergente con las características adecuadas puede causar en un mundo en el que las aerolíneas transportaron a unos 2100 millones de pasajeros en 2006 (7), los mercados financieros y los negocios están estrechamente imbricados, y el acceso a la información es instantáneo. (Organización Mundial de la Salud, 2007b,p.40-42).

Aunque el SARS fue contenido en tan sólo tres meses luego de su declaración como emergencia de salud pública de interés internacional, los efectos inmediatos sobre la economía mundial no se hicieron esperar, a la vez que evidenciaron la necesidad de que los actores públicos y privados del sistema internacional actúen de manera coordinada en este tipo de situaciones, guiados por las recomendaciones emitidas por las autoridades de salud pública y la seguridad sanitaria, y no por factores políticos o económicos.

En el mundo actual, la seguridad sanitaria ha de garantizarse por medio de la acción coordinada y la cooperación intra e intergubernamental y del sector empresarial, la sociedad civil, los medios de comunicación y los individuos. Ningún país ni institución dispone, por sí solo, de todos los medios necesarios para responder a emergencias sanitarias internacionales causadas por epidemias, desastres naturales, emergencias ambientales, ataques químicos o biológicos, o enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. El envío de los expertos y los recursos más adecuados para prevenir o detener la propagación internacional de la enfermedad

sólo es posible si se detectan y notifican los problemas en sus inicios (Organización Mundial de la Salud, 2007b,p.45)

Lo anterior refleja la interdependencia que se ha creado en los países a raíz de la globalización: dado que todas las economías a nivel mundial dependen las unas de las otras, cualquier acontecimiento que afecte negativamente a una de estas, terminará afectando a los demás.

2.13 COVID-19

Se ha denominado COVID-19 a la enfermedad infecciosa producida por el recientemente descubierto integrante de la familia de coronavirus el SARS-CoV-2. “Los primeros casos de COVID-19 se relacionaron con un mercado de animales vivos en Wuhan, China, lo que sugiere que el virus se transmitió inicialmente de los animales a los seres humanos.” (Tesini, 2020). La magnitud y velocidad de la propagación de la enfermedad a nivel mundial, su gravedad y potencial impacto sobre los sistemas de salud, llevan a la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 a declarar que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020f).

La mayoría de quienes padecen esta enfermedad suelen presentar fiebre, tos seca y cansancio, mientras que en otros casos se presentan síntomas menos frecuentes como congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o del olfato, cambio en el color de manos o pies e incluso erupciones cutáneas (Organización Mundial de la Salud, 2020m).

El tiempo de incubación se extiende entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. La mayoría de las personas infectadas no presentarán síntomas o bien sufrirán enfermedad leve. El riesgo de enfermedad grave y muerte en los casos de COVID-19 aumenta con la edad y en las personas con otros trastornos médicos graves, como enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática, diabetes, enfermedades inmunocomprometidas u obesidad grave (índice de masa corporal > 40). La enfermedad grave se caracteriza por disnea, hipoxia y compromiso pulmonar extenso en las imágenes. Este cuadro puede derivar en insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, choque, fallo multiorgánico y muerte. (Tesini, 2020).

En el caso de la población infantil, se ha observado un síndrome inflamatorio posterior a la infección denominado síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, el cual presenta características similares a la enfermedad de Kawasaki o al síndrome de choque tóxico (Tesini, 2020). Si bien la mayoría de los pacientes suele tener síntomas leves, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2020m):

Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardiacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma. Las personas de cualquier edad que tengan fiebre o tos y además respiren con dificultad, sientan dolor u opresión en el pecho o tengan dificultades para hablar o moverse deben solicitar atención médica inmediatamente. (Organización Mundial de la Salud, 2020e,p.1).

Al ser una enfermedad nueva, prácticamente todos los días se pone a disposición de la comunidad internacional nueva información sobre la forma de contagio, medicamentos o terapias disponibles, sus consecuencias, entre otros. Respecto de la forma de contagio, se conoce que, así como en el caso de otros virus respiratorios:

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. (...) Estas gotículas pueden caer sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, como mesas, pomos y barandillas, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan esos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. (Organización Mundial de la Salud, 2020m).

La prueba de oro para el diagnóstico es una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción reversa en tiempo real, denominada comúnmente como PCR-RT por sus siglas en inglés. Esta prueba se realiza a partir de una muestra de las secreciones respiratorias de una persona, comúnmente recolectada por medio de un hisopado nasofaríngeo. En su defecto, también pueden utilizarse muestras de la garganta (orofaríngea) o una muestra nasal

(Tesini, 2020). “Una PCR cualitativa (“positivo o negativo”) suele ser suficiente en los diagnósticos de rutina” (Hoffmann & Kamps, 2020,p.101); es decir, un resultado de PCR "positivo" refleja únicamente la detección de ARN viral y no indica necesariamente la presencia de virus viables, los cuales elevarían la posibilidad de transmisión del virus.

La magnitud de la enfermedad y su impacto a nivel mundial han llevado al desarrollo de otras pruebas alternativas, como lo son las pruebas serológicas o las pruebas de anticuerpos; sin embargo, estas no deben utilizarse para el diagnóstico de la enfermedad aguda por COVID-19 (Tesini, 2020). En el caso de las pruebas serológicas o de anticuerpos, estas pueden utilizarse “para determinar la seroprevalencia, la exposición previa e identificar donantes humanos altamente reactivos para la generación de suero convaleciente como tratamiento” (Hoffmann & Kamps, 2020,p.105). “Las pruebas de anticuerpos generalmente se centran en antígenos (proteínas).”(Hoffmann & Kamps, 2020,p.106).

El comportamiento de la enfermedad a nivel mundial ha permitido identificar una serie de padecimientos que dificultan el abordaje de la enfermedad y sus complicaciones, convirtiéndolas en comorbilidades. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otros tipos de inmunosupresión (Hoffmann & Kamps, 2020,p.180-195). Asimismo, un paciente positivo por COVID-19 puede presentar complicaciones adicionales en el abordaje de su condición en virtud de sus prácticas personales, como lo son el tabaquismo, insuficiente actividad física, baja adherencia a tratamientos crónicos, entre otros.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Marco Metodológico

De acuerdo con el propósito de la investigación, esta se centró en encontrar una respuesta a la pregunta planteada a partir de categorías de análisis aplicadas al contenido de distintos documentos. Los resultados reflejan el contexto en el cual se tomaron a las decisiones durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el año 2020.

Estos resultados se obtuvieron por medio de la revisión de tipo documental, apoyándose en fuentes documentales primarias y secundarias. Estos documentos incluyen el marco normativo nacional, disposiciones, lineamientos y directrices emitidos durante el año 2020 por el Gobierno de Costa Rica relativos al abordaje de la pandemia por COVID-19, así como aquellos relativos al proceso de apertura aérea. Se incluyó en esta revisión los pronunciamientos y documentos técnicos emitidos por organismos internacionales especializados como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Aviación Civil Internacional.

Fue fundamental en este proceso contemplar la posición de grupos organizados como la Cámara Nacional de Turismo, la Cámara Costarricense de Hoteles, la Asociación de Líneas Aéreas, entre otros actores del sector que fue afectado por las disposiciones emitidas por el Gobierno. Los documentos anteriores se vieron complementados con comunicados de prensa, grabaciones de conferencias de prensa, y entrevistas a actores clave en el proceso, los cuales fueron identificados durante la revisión documental.

1.1.1 Paradigma

El paradigma es entendido por algunos autores como un modelo bajo el cual se construye conocimiento. Se refiere al campo epistemológico, conceptual, teórico, metodológico en el cual se investiga, determina la forma y los métodos utilizados durante una investigación. Se pueden identificar dos grandes paradigmas, que poco a poco se han ido transformando y llamando de otras formas. Estos son según Barrantes (2002) el paradigma positivista y el paradigma naturalista.

Autores como Martínez (2011), identifican el paradigma explicativo y el paradigma interpretativo, mientras otros solo los denominan paradigma cuantitativo y paradigma cualitativo, respectivamente. Para efectos de esta investigación, se optó por la propuesta que hace Ricoy Lorenzo (2006,p.14), quien plantea los siguientes tipos de paradigma:

- Paradigma positivista se caracteriza por ser cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico-tecnológico.
- Paradigma interpretativo se considera como interpretativo simbólico, cualitativo, naturalista, humanista y fenomenológico.
- Paradigma crítico o sociocrítico se concibe como comprometido, naturalista y ecológico.

A partir de estas denominaciones, la presente investigación se trabajó bajo la premisa de que “la selección de uno o más paradigmas, así como de diferentes métodos, puede resultar enriquecedora para la investigación y en ningún caso provocar interferencia” (Ricoy Lorenzo, 2006,p.20).

Se establece entonces que el trabajo cuenta con particularidades propias del paradigma interpretativo, siendo una de sus características comprender la realidad. Lejos de considerar el conocimiento como un hecho neutral, este es construido con base en diferentes marcos de referencia, además del uso de una metodología cualitativa que permite realizar una descripción contextual “a través de una recogida sistemática de los datos que admite el análisis descriptivo” (Ricoy Lorenzo, 2006,p.17).

1.1.2 Enfoque de investigación

La estrategia metodológica se centró en la comprensión del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la identificación de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública, específicamente por medio de un enfoque cualitativo que permitió el análisis de actores y de contenido, a través de una revisión de documentos oficiales y entrevistas a algunos actores involucrados.

Se seleccionó el enfoque cualitativo por su importancia en el estudio de las relaciones sociales, partiendo de la premisa que los “puntos de vista y prácticas en el campo son

diferentes a causa de distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas” (Flick, 2007, p.20).

Según Sampieri (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), una investigación con enfoque cualitativo se caracteriza por metas como “describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes” (Hernández Sampieri et al., 2014,p.11), y esto es justamente lo que se buscó con el presente estudio.

Dentro de sus características importantes se encuentra la existencia de diferentes enfoques y métodos, así como la posibilidad de adecuarlos siempre y cuando mantengan una coherencia lógica; parte de la construcción de la realidad como base de la investigación. Se determinó entonces el enfoque cualitativo como el enfoque más apropiado para el presente estudio, pues permite la apropiación de diferentes métodos y técnicas para la interpretación del fenómeno de investigación.

1.1.3 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio fenomenológico, dado que encuentra su valor en la “interpretación de los fenómenos en su fuero interno, en su contexto natural y con un alto sentido de la profundidad” (De los Reyes Navarro, Rojano Alvarado, & Araújo Castellar, 2020,p.219), permitiendo la interpretación de la realidad a través de “técnicas cualitativas profundas que otorgan gran relevancia al discurso, la empatía y el significado de las experiencias humanas” (ídem). Para efectos de la presente investigación, la fenomenología es “el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas” (Trejo Martínez, 2012,p.99).

El análisis planteado en la presente investigación se logra través la descripción de *la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje integral del COVID-19 a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020*, además de *describir la participación e intervención de los actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica*, para

finalmente *analizar las experiencias de los actores involucrados durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.*

1.1.4 Técnicas de investigación

La investigación se centró en la búsqueda de datos e información especializada y en la realización de entrevistas con informantes clave. Se consultaron fuentes primarias y secundarias, estas últimas por medio del análisis documental. La recolección de los datos se dio en el ambiente y contexto cotidiano de la unidad de análisis. Las investigadoras fueron quienes revisaron los documentos, observaron, entrevistaron y condujeron sesiones mediante diversos métodos o técnicas, y “no solo analiza, sino que es el medio de obtención de la información” (Hernández Sampieri et al., 2014,p.420).

Dicho esto, queda claro que las fuentes de información fueron múltiples y ninguna tuvo alguna ventaja sobre la otra. Por el contrario, se complementaron y permitieron una triangulación de métodos y datos. El acceso a la información fue por medio de visitas físicas y virtuales a diferentes fuentes especializadas.

Para los efectos de la presente investigación se presentan las principales técnicas de investigación utilizadas.

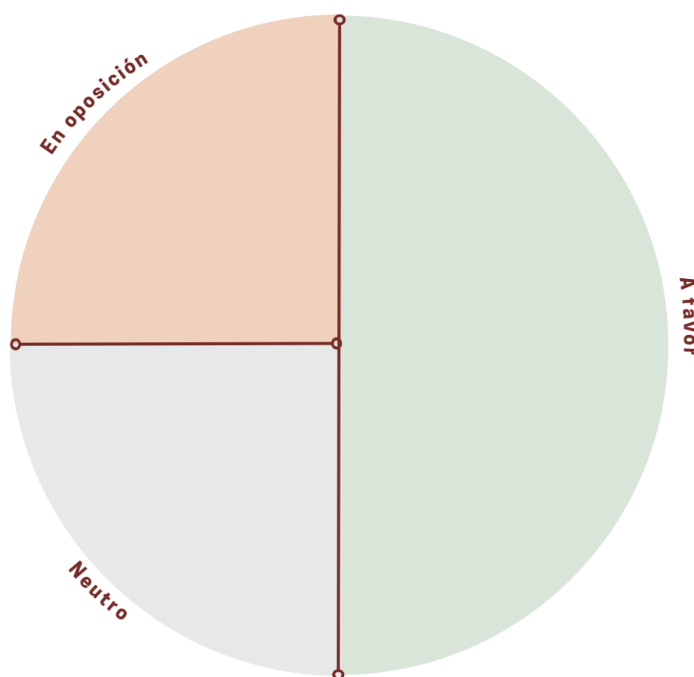
Consulta a expertos. Se realizó una consulta a personas que fueron parte del proceso de reapertura, tales como las personas que ocuparon los cargos de Jefe del Despacho del Presidencia de la República, Directora General de Migración y Extranjería y Gerente Logístico de la Caja Costarricense de Seguro Social durante el 2020. Esta consulta permitió tener una visión e interpretación del fenómeno más cercana, ya que fueron personas que estuvieron presentes en la toma de decisiones y en la implementación de acciones. En los anexos 1 y 2 se detallan las preguntas realizadas a estos actores clave.

Mapeo de actores sociales. Corresponde a una técnica que “permite identificar personas y organizaciones que se consideran importantes para la planeación, diseño e implementación de un proyecto (...) además facilita la identificación de acciones, objetivos e intereses” (Cubas, 2010).

Para el análisis de actores fue necesario establecer una serie de conglomerados que permitieron enmarcar a cada actor. Para ello se utilizó la Figura 5. Diagrama para mapeo de

actores, como una primera aproximación de la categorización de cada actor social. Para este análisis se tomó en cuenta el nivel de poder para tomar decisiones y la disposición de implementación de estas decisiones por parte de los actores, por ello se define si están a favor, en oposición o neutrales.

Figura 4. Diagrama para el mapeo de actores.



Fuente: elaboración propia

Primero se realizó un listado de actores sociales según la documentación revisada, identificando su posición a través de la consulta a expertos y algunas noticias del momento que dejaban en evidencia las posiciones de ciertos sectores.

Análisis de contenido. En relación con el análisis de contenido, se hizo una exhaustiva revisión de las publicaciones realizadas por la OMS y la OPS a lo largo de la pandemia, así como los lineamientos y disposiciones sanitarias emitidas a nivel nacional. Para efectos de la investigación se utilizaron documentos como:

- Recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).

- Orientaciones provisionales de naturaleza técnica.
- Alertas epidemiológicas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Publicaciones generales de la Organización Panamericana de la Salud respecto de temas clave como COVID-19, coronavirus, pandemias, distancia social, control de infecciones, Reglamento Sanitario Internacional y control sanitario de viajeros.
- Disposiciones sanitarias que deben seguir las compañías aéreas en Costa Rica.
- Disposiciones sanitarias dirigidas a las personas extranjeras que ingresen al territorio nacional.
- Lineamientos para el ingreso de pasajeros a Costa Rica.
- Medidas migratorias temporales.
- Informes de la mesa sectorial de salud.

La sistematización de toda la documentación analizada se puede detallar en los anexos 3 y 4.

3.2 Criterios de validez y tratamiento de la información

Actualmente existe una discusión entre lo que se entiende como válido y riguroso en la investigación cualitativa, “si la investigación cualitativa es una actividad que sitúa al observador en el mundo para recoger una información sobre él, esta información es filtrada, a la vez que interpretada y representada, por el propio investigador” (Moral, 2006, p.148), entonces esta discusión tiene que ver con los criterios de rigor para solventar el problema de la interpretación.

Según Cristina Moral (2006) “este elemento «interpretativo» (...) le confiere una gran complejidad, especialmente cuando se considera que al realizar esta práctica interpretativa podemos transformar el mundo en una serie de representaciones personales y sesgadas” (Moral Santaella, 2006,p.148-149). Por su parte, estos criterios de rigor científico en el campo de la investigación cualitativa han ido evolucionando y han pasado por el establecimiento de nuevos criterios propios y reconceptualizados.

A partir de estas discusiones, Sandín (2000) se plantea el cuestionamiento de que “dado un mundo de múltiples realidades construidas, ¿cómo es posible discernir entre una versión verdadera y otra que no lo es?” (Sandín Esteban, 2000,p.231). Esta investigación no pretendió

ser la respuesta verdadera a las preguntas que se establecieron, ni comprobar ninguna hipótesis, la premisa no fue la búsqueda de la verdad, sino más bien la descripción y comprensión del objeto de estudio, basado en la recopilación, sistematización y análisis de datos obtenidos por medio de diversas fuentes primarias y secundarias.

En este sentido, en la Figura 4. Criterios para la validación de la construcción del conocimiento, se detallan los criterios definidos como medio de validación de dicha construcción de conocimiento en el marco de la presente investigación.

Figura 5. Criterios para la validación de la construcción del conocimiento.

Equidad o justicia
<ul style="list-style-type: none"> • El estudio refleja los diferentes puntos de vista sostenidos por las personas entrevistadas.
Relevancia
<ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a que la teoría utilizada es de interés para las acciones en el área de estudio.
Relacional
<ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a que la relación entre investigadoras y personas participantes se reconoce y valida como forma de construcción de los datos en conjunto.
Ajuste
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de una teoría para adaptarse a las situaciones prácticas que han sido investigadas, además de poder establecer categorías previas que pueden ser ajustadas sino es sustentada por los datos.

Fuente: Elaboración propia con base en Aguilar Freyan, Monge López, Pérez Sánchez, & Viquez Calderón (2008) y Sandín Esteban (2000,p.231-232).

Además, como medio de validez para la construcción de datos se implementó la triangulación de datos. Según Flick (2007) esta consiste en “la combinación de métodos, grupos de estudio, entornos locales y temporales y perspectivas teóricas diferentes al ocuparse de un fenómeno” (Flick, 2007,p.243). Asimismo, Denzin afirma que la “triangulación de método, investigador, teoría y datos sigue siendo la estrategia más sólida de construcción de teoría” (Denzin, 1989, p.236 en Flick, 2007,p.243).

Los tipos de triangulación que se utilizaron en el presente estudio se basaron en Flick (2007), a saber

- la triangulación de datos que se refiere a “la utilización de diferentes fuentes de datos” (Flick, 2007,p.243), y
- la triangulación metodológica, que como su nombre lo indica, es la combinación de diferentes métodos de investigación, como ya se mostró en el apartado anterior.

El tratamiento que se le dio a la información, tal como se menciona anteriormente, corresponde la triangulación de los datos, esto fue posible mediante:

Figura 6. Triangulación de datos.



Fuente: Elaboración propia.

Este vínculo entre la información que brinda la bibliografía, lo expuesto por los expertos y el criterio técnico de las personas investigadoras, da como resultado el análisis de la información y la interpretación de los datos desde un diseño fenomenológico.

Los documentos fueron revisados de manera exhaustiva a través de una matriz que permitió identificar: la categoría relacionada, el nombre del documento, el tipo de documento, el autor, un resumen, la fecha de publicación y palabras clave. Esta primera organización de la información en la matriz permitió posteriormente hacer un análisis por temas en orden cronológico, según su fecha de publicación y según las categorías de análisis. Estas categorías se detallan en el apartado 3.4 Categorías de análisis.

3.3 Población de estudio

La población de estudio correspondió a una serie de documentos mencionados en el apartado de técnicas de investigación, específicamente en la parte de análisis de contenido. Asimismo, las tres personas entrevistadas fueron parte de la población de estudio, siendo que representaron a tres de las instituciones involucradas durante el periodo en estudio de 2020.

3.4 Categorías de análisis

Todo el proceso de investigación estuvo orientado por las categorías de análisis (ver cuadro completo en anexos) que se muestran a continuación:

Tabla 3. Categorías de análisis.

Objetivo específico	Categorías	Subcategorías
1. Describir la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas, a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020	Recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020	Consideraciones desde la aviación para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.
		Consideraciones desde la salud pública para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.
	Estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19	Medidas migratorias temporales en el proceso de reapertura de fronteras en el marco del Estado de Emergencia Nacional Sanitaria por el COVID-19.
		Disposiciones sanitarias que deben seguir las compañías aéreas para prevenir y mitigar el riesgo o daño a la salud pública y atender el estado de emergencia nacional provocada por el Covid-19.
		Disposiciones sanitarias dirigidas a las personas extranjeras que ingresen al territorio nacional bajo la categoría migratoria de No Residentes, subcategorías Turismo únicamente vía aérea por la emergencia del COVID-19.
		Disposiciones sanitarias que deben seguir las personas tripulantes

Objetivo específico	Categorías	Subcategorías
		<p>marítimos de embarcaciones de carga que se encuentren en tránsito bajo categoría migratoria de no residentes subcategoría turismo.</p> <p>Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea.</p> <p>Circulares de la Dirección General de Migración y Extranjería.</p>
<p>2. Describir la participación e intervención de los actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica.</p>	<p>Participación e intervención de actores involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones</p>	<p>Actores sociales involucrados.</p> <p>Posiciones tomadas por los actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.</p> <p>Propuestas realizadas por los diferentes actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.</p> <p>Acciones ejecutadas por los diferentes actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.</p>
	<p>Proceso de reapertura de fronteras aéreas.</p>	<p>Medidas migratorias temporales en el proceso de reapertura de fronteras en el marco del Estado de Emergencia Nacional Sanitaria por el COVID-19.</p> <p>Disposiciones sanitarias que deben seguir las compañías aéreas para prevenir y mitigar el riesgo o daño a la salud pública y atender el estado</p>

Objetivo específico	Categorías	Subcategorías
		<p>de emergencia nacional provocada por el Covid-19.</p> <p>Disposiciones sanitarias dirigidas a las personas extranjeras que ingresen al territorio nacional bajo la categoría migratoria de No Residentes, subcategorías Turismo únicamente vía aérea por la emergencia del COVID-19.</p> <p>Disposiciones sanitarias que deben seguir las personas tripulantes marítimos de embarcaciones de carga que se encuentren en tránsito bajo categoría migratoria de no residentes subcategoría turismo.</p> <p>Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea.</p>
<p>3. Analizar las experiencias de los actores involucrados durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.</p>	<p>Experiencias durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas</p>	<p>Desafíos enfrentados por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.</p> <p>Fortalezas percibidas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.</p> <p>Oportunidades de mejora identificadas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas, con miras a situaciones futuras similares.</p>

3.5 Limitaciones del estudio

El presente estudio se planteó en el contexto de la pandemia por COVID-19, tomando en cuenta las limitaciones que tenía esto para el trabajo presencial, por lo tanto, todo tipo de acercamiento a la información y a actores sociales se realizó de manera virtual.

Una de las limitaciones fue el cambio de gobierno en 2022, el cual se materializó cuando la investigación se encontraba en fase de trabajo de campo y fase analítica, lo cual significó que los actores sociales que se identificaron inicialmente cambiaron de puestos o instituciones, dificultando el acceso a estos actores. El panorama político también representó una limitación.

Aunado a lo anterior, conforme se avanzó en la investigación se identificó que no existían actas, minutas o documentos de naturaleza similar que dieran cuenta de las discusiones en algunos de los espacios, como fue en el caso de las reuniones de coordinación COVID-19, en la cual se tomaban las decisiones respecto de las medidas a ser implementadas en el territorio nacional.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Descripción de la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas, a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020

La presente sección está compuesta por apartados en los cuales describe de manera detallada las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales, seguido por otro apartado relativo a las medidas de salud pública implementadas por Costa Rica para abordar el COVID-19 en relación con las fronteras aéreas durante el periodo de 2020.

4.1.1 Recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante la pandemia por COVID-19 en el 2020

El 9 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que las autoridades chinas determinaron que el brote identificado en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular China, era provocado por un nuevo coronavirus. Tan sólo dos días después el Ministro de Salud Pública de Tailandia notificó un caso del nuevo coronavirus confirmado en laboratorio importado desde Wuhan, siendo este el primer caso registrado fuera de la República Popular China, exportado vía aérea (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En virtud de la magnitud del evento, la OMS utilizó los mecanismos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional para la comunicación con los puntos focales de los Centros Nacionales de Enlace, esto a fin de mantener comunicación fluida con los Estados Parte. Asimismo, y con la intención de facilitar información al público en general, la OMS creó en su página web una sección específica sobre los más recientes acontecimientos relacionados con el brote en Wuhan, lo que se conocía sobre el virus y su propagación alrededor del mundo.

El 10 de enero de 2020, la OMS realizó una publicación sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)²⁴, en la cual el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) instó a los Estado Miembros a la adopción de las siguientes medidas:

²⁴ Al leerse el *Comité de Emergencias* entiéndase que se refiere al Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), esto a fin de facilitar la lectura del texto.

- Evitar el contacto cercano con personas que tengan síntomas respiratorios agudos.
- Lavado frecuente de manos.
- Evitar el contacto con animales de granja, salvajes, tanto vivos como muertos.
- Toser y estornudar cubriéndose con pañuelos desechables o la ropa, seguido del lavado inmediato de las manos.

El 16 de enero de 2020 se publicó la primera Alerta Epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante Alerta OPS), la cual hizo un recuento del total de casos y los países o ciudades donde se diagnosticaron nuevos casos. Estas alertas o actualizaciones epidemiológicas contenían orientaciones y recomendaciones en varios sentidos: 1. Vigilancia y reporte, 2. Laboratorio, 3. Prevención y control de las infecciones, 4. Atención al paciente, 5. Servicios de salud, 6. Medidas no farmacéuticas: distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional y 7. Comunicación de riesgo.

Las alertas fueron robusteciéndose conforme se contaba con más evidencia científica a partir de la propagación y comportamiento del virus, así como las experiencias exitosas y buenas prácticas en otras regiones del mundo. Siendo así, es comprensible que las primeras alertas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPSS) no aportaron tantas recomendaciones.

El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS “declaró que el brote de 2019-nCoV constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)” (Organización Mundial de la Salud, 2020g). posteriormente, el 11 de marzo del 2020, la OMS caracterizó al COVID-19 como una pandemia, entendida esta como una enfermedad que se ha extendido a todos los continentes y puede afectar un gran número de personas (Organización Mundial de la Salud, 2020l).

a. Puntos de entrada y medidas de prevención

Para efectos de esta investigación se tomó en cuenta la definición del RSI con respecto a los puntos de entrada, el cual indica que estos consisten en “un paso para la entrada o salida internacional de pasajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida” (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.9).

El RSI establece, en su anexo 1B (Organización Mundial de la Salud, 2016,p.59-60), las capacidades básicas necesarias que todos los Estados Parte deben cumplir en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados. En este sentido, estos puntos de entrada deben tener capacidad, en todo momento, para:

- ofrecer acceso:
 - ✓ a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediatas de los viajeros enfermos, y
 - ✓ a personal, equipo e instalaciones adecuados;
- ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada;
- facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte;
- velar por que gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y
- disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías.

Asimismo, este anexo establece que todos los puntos de entrada deben tener capacidad para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, contemplando la capacidad para:

- responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de salud pública y de otro tipo que corresponda;
- ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios;

- ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros;
- ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada;
- aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto;
- aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y
- ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal.

El 10 de enero del 2020, la OMS publicó una serie de recomendaciones para viajes y comercio internacional en relación con el brote de neumonía causado por un el COVID-19 en China en diciembre 2019. En esta publicación, se hizo énfasis en la responsabilidad de contar con planes de contingencia sanitaria en los puntos de entrada. Asimismo, la OMS recordó la obligación de los Estados Parte de contar con personal capacitado en los puntos de entrada, así como con un espacio apropiado para el cumplimiento de medidas de rutina y manejo de viajeros enfermos que son detectados antes y después del viaje.

El 16 de febrero la OMS publicó el documento *La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada -aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales- en el contexto del brote de COVID-19* (Organización Mundial de la Salud, 2020k), el cual contiene directrices provisionales dirigidas a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, las autoridades de salud pública y los operadores de los puntos de entrada. Las medidas sanitarias que se debían cumplir en los puertos de entrada fueron:

- Detección de los viajeros enfermos.
- Interrogatorio a los viajeros enfermos en relación con la COVID-19.
- Notificación de alertas relativas a los viajeros enfermos sospechosos de ser casos de COVID-19.

- Aislamiento de los viajeros enfermos sospechosos de ser casos de COVID-19 y adopción de medidas iniciales de gestión y traslado de casos.

b. Viajeros y tráfico internacional

En cuanto a los vuelos internacionales, las alertas indicaron que se debía brindar a los viajeros información sobre cómo prevenir el contagio, y qué hacer en caso de síntomas.

En la Alerta OPS del 20 de enero de 2020, se recomendó no aplicar restricciones a viajeros o al comercio internacional, y realizar en su lugar una definición de caso para la vigilancia que incluye tres grupos de personas²⁵. Esta recomendación se mantuvo a lo largo de las publicaciones de alertas epidemiológicas que hizo la OPS durante el 2020. Conforme fue avanzando la pandemia estas alertas iban incluyendo enlaces a documentos de referencia que los países podían utilizar como base para las medidas de prevención y atención del COVID-19.

El 27 de enero de 2020, la OMS publicó una ampliación de las recomendaciones emitidas el 10 de enero (Organización Mundial de la Salud, 2020o) por el Comité de Emergencias. Respecto de las medidas relacionadas con el tráfico internacional de pasajeros y mercancías, la Organización aconsejó la implementación de medidas para limitar el riesgo de exportación o importación del virus, siempre y cuando esto no significara la aplicación de restricciones innecesarias para el tráfico internacional. Asimismo, se les indicó a los viajeros que tuvieron contacto con casos confirmados de este coronavirus, o que estuvieron expuestos a una posible fuente de infección, que buscaran atención médica y que evitaran viajar durante el periodo de incubación, el cual puede extenderse durante 14 días.

Igualmente, en esta recomendación se planteó que, en los países en donde no había transmisión activa del virus, pero que sí realizaban detección en los puntos de entrada, estas medidas debían estar acompañadas de la difusión de mensajes de comunicación de riesgo.

²⁵ 1) Pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica y

- a. Que tenga un historial de viaje o que haya vivido en Wuhan, provincia de Hubei, China, en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas o,
- b. Que tenga una ocupación como trabajador de la salud en un entorno que atiende a pacientes con IRAG con etiología desconocida.

2) Un paciente con IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, incluso si se ha identificado otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

3) Un paciente con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de gravedad que, dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad, tuvo contacto físico cercano con un caso confirmado de infección por 2019-nCoV, o exposición en un centro de salud de un país donde las infecciones por 2019-nCoV asociadas al hospital han sido reportadas, o que haya visitado / trabajado en un mercado de animales vivos en Wuhan, China.

Se reiteró que las medidas sanitarias que tomaran los países debían tomar en cuenta los recursos y capacidades nacionales durante el proceso de toma de decisiones, valorando, por ejemplo, que podía resultar más efectivo y menos costoso un enfoque centrado en vuelos directos desde áreas afectadas, en lugar de la detección de casos a través del control de temperatura en los puntos de entrada, puesto que era probable pasar por alto aquellos viajeros que tomaron medicamentos para ocultar síntomas de la enfermedad durante el viaje, como la fiebre, o que aún estaban incubando la enfermedad.

El 11 de febrero de 2020 la OMS publicó el documento *Consideraciones clave para la repatriación y cuarentena de viajeros en relación con el brote del nuevo coronavirus 2019-nCoV* (Organización Mundial de la Salud, 2020j), emitido por el Comité de Emergencias, en el cual indicó que los países debían estar preparados para la contención, vigilancia activa, detección temprana, aislamiento, gestión de casos, rastreo de contactos y prevención del contagio en relación con este coronavirus. La publicación señala que, antes del embarque, se aconsejaba retrasar el viaje de las personas sospechosas de tener el virus. A bordo del avión, si se detectaba una persona enferma, la tripulación debía informar y comunicarse con un servicio médico en el punto de entrada a través de la torre de control. Una vez en el punto de entrada, se implementaban mensajes de comunicación del riesgo, un cuestionario y recopilación de datos de los viajeros, para el rastreo de contactos, o la derivación de pasajero a un centro médico para su valoración.

Posteriormente, el 29 de febrero de 2020 la OMS emitió una actualización de las recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencias, esto con el documento *Updated WHO recommendations for international traffic in relation to COVID-19 outbreak* (Organización Mundial de la Salud, 2020p), en el cual indicó que no había evidencia que demostrara que restringir el movimiento de personas durante emergencias de salud pública fuera eficaz; por el contrario, en la mayoría de las ocasiones esto podría desviar recursos de otras intervenciones, dificultando a su vez el acceso a insumos requeridos para la atención de la emergencia en cuestión. Asimismo, las restricciones de tráfico podían interrumpir el apoyo técnico, los negocios e inversiones, y tener efectos sociales y económicos negativos en los países. El documento también señaló que las prohibiciones de viaje hacia las áreas afectadas o denegar la entrada a los pasajeros que provienen de las áreas afectadas, generalmente no

son efectivas para prevenir el contagio, teniendo, por el contrario, un impacto económico y social significativo.

Para el 18 de marzo de 2020, la OMS emitió el documento *Consideraciones operacionales para la gestión de casos o brotes de COVID-19 en la aviación* (Organización Mundial de la Salud, 2020b), como parte de sus orientaciones provisionales, el cual estaba dirigido a las autoridades involucradas en la respuesta de salud pública a un evento de salud pública en la aviación, en particular los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), las autoridades sanitarias aeroportuarias, los sistemas locales, provinciales y nacionales de vigilancia y respuesta sanitarias, así como las autoridades de aviación civil, los operadores de aeropuertos y aeronaves, los aeropuertos y las aerolíneas. El texto señaló que los casos sospechosos debían tratarse según lo establecido por el plan de contingencia para emergencias de salud pública del aeropuerto, en coordinación con las autoridades sanitarias aeroportuarias.

El 10 de abril de 2020 la OPS realizó una reunión de alto nivel de los ministros de salud en respuesta a la pandemia de COVID-19, producto de la cual se publicó el documento *Panorama general de las medidas actuales de distanciamiento social y evidencia necesaria para determinar el momento óptimo para relajar estas medidas*. En este documento se resaltó que:

De los 35 países de la Región de las Américas, todos menos dos están aplicando medidas que limitan drásticamente el flujo de viajeros y medios de transporte internacionales que ingresan, o prohíben totalmente el flujo de entrada y salida. En términos generales, los viajeros internacionales y los medios de transporte en misiones con las siguientes finalidades están exentos del cumplimiento de las medidas mencionadas: desplazamientos humanitarios (por ejemplo, repatriación, traslado por razones médicas, transporte de suministros para la respuesta a la pandemia), seguridad nacional y mantenimiento de los servicios esenciales. (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p.2)

Para el 24 de abril de 2020, en el documento *Consideraciones sobre los ajustes de las medidas de distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19*, la OPS señaló que:

Los viajeros pueden adquirir la infección durante su viaje, la decisión de reanudar un viaje no esencial sobre la base de documentos que lleva un viajero emitidos por el país donde el viaje se origina y basados en laboratorio (por ejemplo, "pasaporte inmunológico ") no está justificada. A pesar de que, al reanudar los viajes internacionales, no se puede eliminar la probabilidad de exportación / importación de casos, el riesgo se puede gestionar sobre la base de los escenarios de transmisión experimentados por el país de destino, el país de origen del viaje y el país o países de tránsito, estando la decisión de reanudar la llegada de viajeros internacionales determinada en última instancia por la capacidad de los servicios públicos y de salud en el país de destino. (Organización Panamericana de la Salud, 2020,p.4-5)

De manera complementaria, en la actualización de estas consideraciones, emitidas el 27 de abril de 2020, la OPS señaló que:

Para los viajeros que ingresan, los procedimientos de desembarque, inmigración y aduanas, así como cualquier tamizaje a la entrada, deben llevarse a cabo aplicando de medidas de control del público (por ejemplo, mantener a las personas en línea a una distancia de un metro). Independientemente de si, después de la llegada, se implementa una cuarentena de 14 días, ya sea de forma voluntaria u obligatoria, los viajeros que ingresan deben recibir instrucciones sobre qué hacer y a quién contactar en caso de que se presenten síntomas compatibles con COVID-19. Basado en una evaluación del riesgo relacionado con los escenarios de transmisión experimentados tanto por el país mismo, como por otros países en el mundo, considerar aplicar medidas adaptadas a viajeros procedentes de países diferentes – desde prohibición de la entrada, a cuarentena obligatoria, a cuarentena voluntaria. La aplicación de medidas de cuarentena a los viajeros que ingresan puede plantear desafíos financieros y / o logísticos al país de destino, y los acuerdos deben definirse y comunicarse en el dominio público para que los viajeros, antes de la salida, estén informados para tomar la decisión de si emprender el viaje. (Organización Panamericana de la Salud, 2020b,p.16-19)

El 30 de julio de 2020 la OMS publicó las *Consideraciones de salud pública al reanudar los viajes internacionales* a partir de lo emanado del Comité de Emergencias, en las cuales

estableció que, como muchos países suspendieron algunos o todos los viajes internacionales desde el inicio de la pandemia de COVID-19, el contexto global los llevó a retomarlos. En este documento se describieron las principales consideraciones que debían tener en cuenta las autoridades sanitarias nacionales que estaban abriendo gradualmente los viajes internacionales o que estaban estudiando cómo hacerlo (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

En este documento la OMS recomendó que se diera prioridad a los viajes esenciales en casos de emergencia, las actividades humanitarias (incluidos los vuelos médicos de emergencia y las evacuaciones médicas), los viajes del personal esencial (incluido el personal de respuesta a emergencias y los proveedores de asistencia técnica en materia de salud pública, el personal esencial del sector del transporte, como la gente de mar y el personal diplomático) y la repatriación de nacionales a su país de origen. También señaló que debía otorgarse prioridad al transporte de mercancías de suministros médicos, alimentarios y energéticos esenciales. Asimismo, señaló que debía tenerse en cuenta los siguientes factores en el proceso de análisis de reanudación de los vuelos internacionales: la epidemiología y las pautas de transmisión locales; las medidas nacionales sociales y de salud pública para controlar los brotes tanto en el país de origen como en el de destino; la capacidad de los servicios de salud pública y de salud a nivel nacional y subnacional para gestionar los casos sospechosos y confirmados entre los viajeros, incluido en los puntos de entrada (puertos, aeropuertos, pasos fronterizos terrestres) para mitigar y gestionar el riesgo de importación o exportación de la enfermedad; y la evolución de los conocimientos sobre la transmisión de la COVID-19 y sus características clínicas.

Además, esta publicación señaló que podía pedirse a los pasajeros que completaran un formulario en el que informaban a las autoridades sanitarias de su posible exposición a casos en las dos últimas semanas (contacto con los pacientes entre los trabajadores sanitarios, visitas a hospitales, alojamiento compartido con una persona enferma de COVID-19, etc.). El formulario debía incluir los datos personales pertinentes de los pasajeros en caso de ser necesario comunicarse con ellos al identificarles como contacto de un caso positivo. Se recomendó que dicho formulario se llenara durante el vuelo para evitar las aglomeraciones a la llegada. Finalmente, el documento indicó que las autoridades también podían exigir a los

pasajeros que lleguen al país que descarguen y utilicen una aplicación móvil nacional de control del COVID-19.

En el mes de diciembre de 2020 la OMS emitió dos documentos, uno relativo a las pruebas de diagnóstico de COVID-19 en el contexto de viajes internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2020e), y el segundo sobre consideraciones relativas a la aplicación de un enfoque basado en el riesgo para los viajes internacionales en el contexto del COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020c).

En el primer documento, clasificado como informe técnico, recomendó que los casos confirmados, probables y sospechosos de COVID-19, así como los contactos de casos confirmados o probables, no viajaran; también aconsejó a los viajeros que no se encontraban bien o que tenían un riesgo elevado de desarrollar una enfermedad grave y morir a causa de la infección por SARS-CoV-2, que no viajaran o retrasasen su viaje. En relación con los resultados de las pruebas para la detección del virus, señaló que los resultados negativos de las pruebas previas al viaje no garantizaban que los viajeros estuviesen libres de infección en el momento del viaje, ya que pudieron haber sido muestreados antes de infectarse o durante el período en que la carga viral aún no era suficiente para ser detectable.

Asimismo, señaló que las capacidades nacionales de diagnóstico, incluidos los suministros de laboratorio, el personal capacitado y el equipo de protección personal, debían evaluarse cuidadosamente para decidir si las pruebas de los viajeros debían incluirse en las estrategias nacionales de respuesta para COVID-19. Como parte de los retos operacionales de diagnóstico de viajeros, los falsos positivos podían resultar en cancelaciones innecesarias del viaje para el pasajero; mientras que los falsos negativos podían resultar en la transmisión de enfermedades durante el viaje y la cuarentena luego de una prueba positiva a la llegada. Debía entonces valorarse estas estrategias resultaría en una desviación de recursos desde otras necesidades de salud pública más urgentes.

El segundo documento publicado en diciembre de 2020, el cual forma parte de las orientaciones provisionales de la Organización, señaló que durante la pandemia de COVID-19 siempre debió darse prioridad en los viajes internacionales a las emergencias y las actividades humanitarias, los viajes de personal esencial, las repatriaciones y el transporte de suministros esenciales, como alimentos, medicamentos y combustible. A medida que los

países fueron reanudando los viajes internacionales, la introducción de medidas de mitigación de riesgos encaminadas a reducir la exportación, la importación y la transmisión posterior del SARS-CoV-2 no debía interferir innecesariamente en el tránsito internacional y debería basarse en una evaluación exhaustiva, sistemática y periódica del riesgo.

En este sentido, los responsables de las decisiones en los Estados Miembros podían evaluar el riesgo mediante una combinación de métodos explicados en el documento y en el instrumento conexo de evaluación de riesgos, a fin de calcular la carga adicional de una posible importación de casos de COVID-19 y de formular políticas según la capacidad que tuvieran para hacer frente a esta carga. No obstante, el documento reiteró que los viajeros internacionales no debían ser considerados como casos sospechosos de COVID-19 o como contactos de casos; por lo tanto, la OMS no recomendó tratar a los viajeros como grupo prioritario para los ejercicios de diagnóstico masivo.

Finalmente, en relación con el uso de “certificados de inmunidad” para los viajes internacionales en el contexto del COVID-19, a pesar de que fue una iniciativa de la OMS, con el paso de los meses se reiteró que esta estrategia no tenía fundamento científico y, por lo tanto, la OMS no los recomendó. En esta línea, el documento insistió en que la salud y el bienestar general de las comunidades debían ser las consideraciones principales a la hora de seleccionar y aplicar medidas internacionales relacionadas con los viajes.

4.1.2 Estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 durante el 2020 en el contexto de apertura de fronteras aéreas.

Siendo Costa Rica un Estado de derecho, el abordaje de la pandemia por COVID-19 se sustentó en la promulgación e implementación de normativa para respaldar la respuesta nacional de las instituciones, así como la vinculación del sector privado con el accionar institucional. Es por ello que en este apartado se hace un repaso de los principales decretos emitidos en relación con el manejo de la pandemia, especialmente aquellos sobre el cierre y apertura de fronteras aéreas.

a. Principales acontecimientos a nivel nacional

El 6 de marzo de 2020 se identifica el primer caso de COVID-19 en el país, y tan solo un día después se contabilizaron cinco casos positivos por COVID-19. Este mismo día la OMS y la

Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) emitieron una declaración conjunta, en la cual recordaron la importancia de continuar con la implementación de las regulaciones que se encuentran en los anexos del Convenio entre Aviación Civil Internacional y el RSI, mediante los cuales se recomienda a los Estados Miembros que se realicen las coordinaciones correspondientes con las autoridades de aviación civil y de salud, en conformidad con las directrices de OACI y acorde a las medidas de salud pública del RSI.

En virtud del contexto nacional e internacional, el 16 de marzo de 2020 se declaró estado de emergencia nacional en todo el territorio de Costa Rica debido a la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 mediante la promulgación del Decreto Ejecutivo N° 42227-MGP-S. A su vez, se designó al Ministerio de Salud (MS) y a la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) como los órganos encargados del planeamiento, dirección, control y coordinación de los programas y actividades de protección, salvamento, atención y rehabilitación de las zonas declaradas en estado de emergencia. El MS y la CNE, junto con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se designaron como los responsables de establecer las medidas de contingencia necesarias para mantener operativos los servicios de salud de todo el país que garantizaran la preservación de la salud y la vida de la población.

Desde ese momento, y a partir de la declaratoria de alerta en el territorio nacional, se emprendió un proceso que dio pie a una respuesta multisectorial e interinstitucional que permitió fortalecer la vigilancia, la preparación, fortalecimiento y expansión de los servicios de salud, la prevención de la propagación y el mantenimiento de los servicios esenciales en el país.

Un día después de la declaración de estado de emergencia nacional se concretó el cierre de todas las fronteras del territorio costarricense para el ingreso de personas extranjeras, con excepción de aquellas encargadas del transporte de mercancías, residentes²⁶ o en trámite, diplomáticos y su núcleo familiar, esto por medio del Decreto Ejecutivo N° 42238-MGP-S. Adicionalmente, se toma la determinación de girar órdenes sanitarias de aislamiento por 14

²⁶ Entiéndase por *residente* a toda a aquella persona extranjera con permanencia legal autorizada bajo las categorías migratorias de residente permanente, temporal, categoría especiales o estancia.

días a toda persona que ingresara al territorio nacional. Como justificación para la implementación de esta medida, el noveno considerando del decreto establece que:

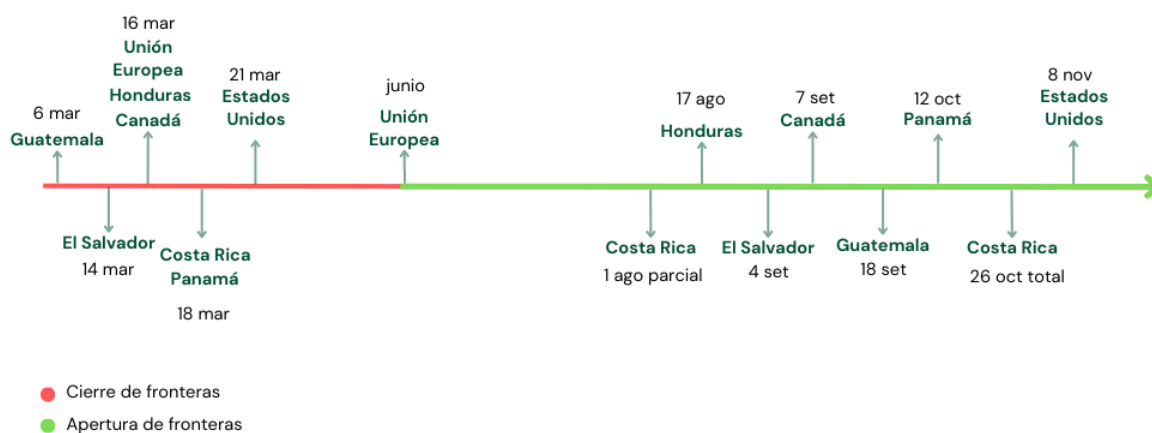
Ante la situación epidemiológica actual por COVID-19 en el territorio nacional y a nivel internacional, el Poder Ejecutivo está llamado a reforzar, con apego a la normativa vigente, las medidas de prevención por el riesgo en el avance de dicho brote que, por las características del virus resulta de fácil transmisión mayormente con síntomas, pero también en personas sin síntomas manifiestos en lugares con altos movimientos migratorios o bien, la proveniencia de diferentes partes del mundo, lo cual representa un factor de aumento en el avance del brote por COVID-19, provocando una eventual saturación de los servicios de salud que puede imposibilitar la atención oportuna para aquellas personas que pueden enfermar gravemente; de ahí que, es inminente tomar de forma inmediata la acción objeto del presente Decreto Ejecutivo para prevenir la transmisión y el aumento de los casos en torno al COVID-19 (Poder Ejecutivo, 2020b).

La adopción de estas medidas resonó en el ámbito internacional, tal y como se rescató en el periódico colombiano La República, el cual publicó una pequeña nota haciendo referencia a la declaración de estado de emergencia, así como la orden girada “a las autoridades educativas de cerrar los centros de estudios durante un mes, así como el cierre de fronteras a los extranjeros” (Reuters, 2020).

b. Periodo en que estuvo cerrada la frontera aérea en Costa Rica

Priorizando la contención del virus, Costa Rica fue de los países que mantuvo sus fronteras aéreas cerradas por más tiempo, en comparación con los principales socios comerciales del país. Tal como se muestra en la línea de tiempo del cierre y apertura de fronteras aéreas en América y Europa durante el 2020, la cual se detalla en la figura 6.

Figura 7. Línea del tiempo del cierre y apertura de fronteras aéreas en América y Europa, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez que estos países iniciaron sus procesos de apertura, se materializó la presión a nivel nacional para avanzar en esa misma línea. Por ejemplo, los países de la Unión Europea cerraron sus fronteras el 16 de marzo de 2020 (Comisión Europea, 2020a), para posteriormente abrirlas de manera paulatina en junio de 2020, dependiendo del país de procedencia del pasajero. (Comisión Europea, 2020b). Esta restricción temporal aplicó a todos los viajes no esenciales de terceros países al espacio UE+²⁷; las medidas podrían ser igualmente aplicadas por Irlanda y Reino Unido si así fuera determinado por estos dos países. Estas medidas escalonadas fueron utilizadas como ejemplo por parte de actores a favor de la apertura, mientras que sus efectos fueron tomados como referencia para quienes recomendaban escenarios más conservadores.

En el caso de los países del continente americano, Canadá cerró sus fronteras el 16 de marzo de 2020 a las personas que no fueran ciudadanos canadienses, ciudadanos estadounidenses o residentes, a la vez que decidió que todos los vuelos internacionales que llegaran a Canadá aterrizaran únicamente en cuatro aeropuertos, donde los viajeros fueron examinados para determinar si padecían de COVID-19 (DW, 2020). No obstante, las fronteras aéreas se

²⁷ El espacio denominado *UE+* abarca todos los Estados Miembros del espacio Schengen, incluyendo Bulgaria, Croacia, Chipre y Rumanía, así como los cuatro Estados asociados a Schengen: Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

abrieron el 9 de agosto de 2020 para estadounidenses completamente vacunados, y el 7 de septiembre de ese mismo año para viajeros de todo el mundo (LC Mundo, 2020).

Por su parte, los países centroamericanos presentaron una dinámica similar en relación con el cierre y apertura de fronteras. Guatemala, El Salvador, Honduras y Panamá cerraron sus fronteras aéreas el 6, 14, 16 y 18 de marzo respectivamente (Leyva Flores, Rojas, & Aracena, 2022), mientras que los procesos de apertura de fronteras se concretaron a diferentes velocidades: Honduras abrió fronteras el 17 de agosto, El Salvador y Guatemala lo hicieron el 4 y 18 de setiembre, mientras que Panamá esperó hasta el 12 de octubre de 2020 (Sistema de la Integración Centroamericana, 2020). Finalmente, países como México y Nicaragua no implementaron ninguna medida relativa al cierre de fronteras aéreas, marítimas o terrestres (Leyva Flores et al., 2022).

Por estos motivos, y luego de cinco meses de hacer frente a la emergencia nacional con medidas de salud pública que restringieron el comercio y la movilización de las personas, el Poder Ejecutivo tomó la decisión, mediante el Decreto Ejecutivo N° 42432-MGP-S, de modificar las medidas de restricción de ingreso al país (Poder Ejecutivo, 2020), de manera tal que fuera posible la reanudación de vuelos comerciales hacia Costa Rica en el mes de agosto del 2020. Con esta decisión, el Poder Ejecutivo buscó incentivar que el turismo internacional retomara sus actividades dentro del territorio nacional, enfocándose en un sector productivo que encadena a empresas grandes, medianas y pequeñas en todo el país.

c. Medidas migratorias temporales en el contexto de la pandemia por COVID-19

El 25 de marzo de 2020, con la entrada en vigor del Decreto Ejecutivo N° 42256-MGP-S, se inhibió a toda persona extranjera que contara con una permanencia legal autorizada bajo las categorías migratorias de Residencia Permanente, Residencia Temporal, Categorías Especiales o No Residentes subcategoría Estancia, a viajar, de manera que se abstuviera de egresar del territorio nacional. Es importante rescatar que, tras la declaración de la pandemia de COVID-19 por la OMS, amparándose para estos efectos en lo establecido en el RSI, las autoridades sanitarias nacionales hicieron eco del artículo 180 de la Ley General de Salud Pública en el sexto considerando de dicho Decreto, en el cual se establece que:

Las personas que deseen salir del país y vivan en áreas infectadas por enfermedades transmisibles sujetas al reglamento internacional, o que padezcan de éstas, podrán ser sometidas a las medidas de prevención que procedan, incluida la inhibición de viajar por el tiempo que la autoridad sanitaria determine (Poder Ejecutivo, 2020c).

Asimismo, esta disposición se sustentó en la Ley N° 8764 Ley General de Migración y Extranjería, específicamente en los artículos 2, 56, 60, 61 inciso 2), 63 y 64, los cuales establecen que el Poder Ejecutivo tiene la facultad de imponer restricciones de ingreso a personas extranjeras por motivos de salud pública, y de no permitir su entrada al territorio nacional.

Dada la facilidad operativa que brindó la utilización de decretos ejecutivos para ajustar el marco normativo, algunos de estos documentos fueron modificados de manera constante para facilitar la atención del contexto cambiante de la pandemia por parte de las instituciones nacionales. Siendo así, por medio de una reforma al Decreto Ejecutivo N° 42238-MGP-S en el mes de julio de 2020, se eliminó la restricción de ingreso para personas extranjeras encargadas del transporte de mercancías vía aérea. Otra modificación a este mismo decreto, pero en el mes de agosto, permitió que la policía profesional de migración, a partir de la investidura correspondiente, girara órdenes sanitarias de aislamiento a costarricenses y residentes que ingresaran al país, esto con la intención de contener la propagación del virus.

Igualmente en el mes de julio de 2020, por medio de una modificación del Decreto Ejecutivo N° 42513-MGP-S, se permitió, a partir del 1 de agosto, el ingreso al país de personas extranjeras bajo la subcategoría migratoria de turista²⁸ que provinieran de los países autorizados por el MS o, en su defecto, que hubieran permanecido al menos 14 días en dicho país, ingresando únicamente por vía aérea, específicamente por el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría y el Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós²⁹. Para estos efectos, se establecieron los siguientes requisitos de ingreso:

²⁸ De ahora en adelante *turista*.

²⁹ En julio de 2021 se cambia el nombre de Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós a Guanacaste Aeropuerto. Para efectos de la presente investigación se mantendrá el nombre oficial de aeropuerto durante el periodo de estudio, es decir de enero a diciembre de 2020, utilizándose Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós.

- Completar el formulario epidemiológico digital denominado Pase de Salud, el cual estuvo disponible en el enlace <https://salud.go.cr>³⁰
- Contar con seguro de viaje que cubra gastos de alojamiento y gastos médicos generados por la enfermedad COVID-19.
- Presentar el resultado negativo a una prueba negativa PCR-RT realizada máximo 48 horas antes de iniciar el viaje hacia Costa Rica. Este requisito es modificado una semana después para ampliar el plazo a 72 horas en virtud de la incapacidad operativa para obtener el resultado en el plazo indicado en algunos países.

En el marco de esta modificación, el oficial de migración verificaba el cumplimiento de los requisitos y giraba una orden sanitaria por 14 días en aquellos casos en los que la persona turista que ingresaba al país no pudiera demostrar que permaneció en uno de los destinos autorizados por el MS durante los últimos 14 días. En el caso de las personas costarricenses, estas debían cumplir únicamente con el llenado del formulario epidemiológico Pase de Salud; mientras que las personas residentes debían a su vez cumplir con los requisitos propios de su categoría migratoria, tales como estar al día con la seguridad social costarricense y presentar el Documento de Identificación Migratorio para Extranjeros (DIMEX).

Lo anterior significó que, a partir del 1 de agosto de 2020, inició la etapa de apertura de fronteras aéreas a personas extranjeras. Para estos efectos, por medio de una modificación a la Resolución Ministerial MS-DM-5233-2020, se definió un primer listado de *destinos autorizados*, entendiéndose estos como los países desde los cuales se recibirían vuelos y pasajeros. Para el 1 de agosto, este listado incluía 28 países³¹, a partir del 12 de agosto se agregaron 16 destinos³² a la lista, así como nueve estados³³ de Estados Unidos de América para el 27 de agosto. Asimismo, se efectuó una modificación a la Resolución Ministerial MS-DM-5233-2020, con la cual se agregaron 11 estados³⁴ de Estados Unidos para el 11 de

³⁰ El enlace estuvo en funcionamiento hasta el 1 de abril de 2022, fecha en que se eliminan todos los requisitos de ingreso al país definidos durante la pandemia de COVID-19.

³¹ Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, Suecia y Suiza.

³² Australia, Estado del Vaticano, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda, Principado de Mónaco, Tailandia, Chipre, Bulgaria, Corea, Croacia, San Marino, Singapur, Uruguay, República Popular China, Rumanía.

³³ Connecticut, Distrito de Columbia, Maine, Maryland, Nueva Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Vermont y Virginia.

³⁴ Arizona, Colorado, Massachusetts, Michigan, Nuevo México, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Vermont, Washington y Wyoming.

septiembre, seguido de otra modificación que incorpora dos países y dos estados adicionales³⁵ para el 24 de septiembre a la lista de destinos autorizados.

Esta dinámica de constante modificación del cuerpo normativo, si bien funcionó en el inicio, se prestó para que los usuarios pudieran ser inducidos a error al consultar una versión previa de los documentos. Siendo así, se promulgó el Decreto Ejecutivo N° 42690-MGP-S el 30 de octubre de 2020, entrando en vigor el 1 de noviembre. Esta norma derogó todos los decretos anteriores, definiendo como su objetivo:

Atender el estado de emergencia nacional ponderando el bienestar de las personas que radican en territorio costarricense de manera habitual y la necesidad de atender a los diversos sectores de la economía nacional, sin perjuicio de la adopción de acciones que prevengan y mitiguen el riesgo o daño a la salud pública (Poder Ejecutivo, 2020a).

A lo largo de este documento se definió que:

- Costarricenses y residentes podían ingresar por vía aérea, terrestre, marítima o fluvial, para lo cual debían completar el formulario epidemiológico Pase de Salud.
- Residentes debían estar asegurados por la CCSS o contar con un seguro que cubra gastos médicos y gastos de alojamiento por COVID-19. De no estar al día con la seguridad social, recibían un apercibimiento para formalizar su situación.
- Se eliminó la figura de ingreso excepcional por interés público o razones humanitarias vigente hasta el momento, dado que se especificó que los ingresos al territorio nacional se darían únicamente bajo los supuestos y vías fronterizas definidas por el decreto. La única excepción que permaneció vigente fue el ingreso de personal diplomático y su núcleo familiar por cualquier punto de ingreso, aunque esta excepción fue posteriormente eliminada.
- En el caso de los ingresos por vía aérea, se autorizó el ingreso de personas extranjeras bajo la subcategoría migratoria Turismo, en el entendido que hacía referencia a aquellas que pretendían realizar las actividades delimitadas por la Organización

³⁵ México y Jamaica, así como los estados de California y Ohio.

Mundial del Turismo bajo el concepto Turismo, es decir únicamente actividades de ocio, excluyendo actividades remuneradas o de lucro

- Se autorizó el ingreso de personal de medios de transporte internacional de pasajeros y mercancías que formen parte de la tripulación, entendiéndose para estos efectos que realizan funciones durante el vuelo.
- Se permitió que personas extranjeras no residentes hicieran tránsito en terminales aéreas sin realizar el proceso migratorio.
- Quienes ingresaban como turista debían cumplir con los requisitos migratorios correspondientes según la Ley General de Migración y Extranjería y propios de la categoría migratoria, relativos a visado y solvencia económica; debían arribar al país únicamente por el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría y el Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós; debían contar con un seguro que cubriera gastos médicos y de alojamiento por COVID-19, supeditándose su permanencia legal a la vigencia del seguro, y finalmente debían completar el formulario epidemiológico Pase de Salud.

d. Disposiciones sanitarias con respecto las fronteras aéreas

Con relación a las disposiciones de salud pública, las autoridades sanitarias definieron, mediante la Resolución Ministerial MS-DM-2933-2020, aquellas dirigidas al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MRREE), y Dirección General de Aviación Civil (DGAC). Para estos efectos, la DGAC debía girar las instrucciones necesarias a las compañías aéreas de manera que todos los pasajeros que ingresaban al país, así como aquellos miembros de tripulación que permanecían en el país más de 72 horas, debían completar antes de su llegada a Costa Rica y de manera digital el formulario epidemiológico para COVID-19, disponible en <https://ccss.now.sh/>, enlace que estuvo activo hasta agosto de 2020.

Este formulario se convirtió después en el *Pase de Salud* y fue elaborado gracias a una alianza público-privada. Este instrumento fue fundamental en el proceso de apertura de fronteras aéreas, dado que era la herramienta clave para la recolección de información epidemiológica de los pasajeros, capturando información de contacto que permitió el rastreo de casos. Como era de esperar, el instrumento se adaptó a cada una de las diferentes etapas del proceso de

apertura, desde la recepción de vuelos de repatriación, hasta la apertura completa de fronteras aéreas.

A pesar de ser septiembre de 2020 el mes con mayor aumento de casos en relación con el mes anterior, continuaron las modificaciones normativas para la apertura de fronteras aéreas. Estas modificaciones incluyeron un ajuste al Decreto Ejecutivo N° 42513-MGP-S, el cual estableció que aquellas personas residentes que no contaban con el aseguramiento social vigente debían presentar evidencia de contar con un seguro de viaje que cubriera gastos médicos y gastos de alojamiento por COVID-19 con una vigencia de al menos 22 días; esto permitía el ingreso al país, entregándose a la persona residente un apercibimiento para que ordenara su situación de aseguramiento ante la Caja Costarricense de Seguro Social en un plazo máximo de 22 días. Esta fue una medida que buscó evitar cargas económicas y gastos de bolsillo catastróficos a los viajeros que desarrollaran la enfermedad.

Para el mes de octubre de 2020 entró en vigor una nueva modificación al Decreto Ejecutivo N° 42513-MGP-S, la cual permitió a los costarricenses eximirse del cumplimiento de la orden sanitaria de aislamiento al completar los mismos requisitos que se solicitaban a las personas turistas, es decir, viajar desde uno de los destinos autorizados y presentar el resultado negativo de una prueba PCR-RT para COVID-19. Posteriormente, para el 23 de octubre este último requisito fue eliminado completamente tanto para turistas como para costarricenses y residentes. Asimismo, otra modificación a la Resolución Ministerial MS-DM-5233-2020 permitió la incorporación de diez nuevos destinos³⁶ a la lista de países autorizados.

En Costa Rica, todos los puntos de entrada cuentan con un plan de contingencia en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, incluyendo por supuesto los aeropuertos internacionales. Para el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, la versión vigente al momento de la declaración del estado de emergencia databa de enero del 2020 (Ministerio de Salud, 2020c). Esta versión fue elaborada por personal del Área Rectora de Salud Alajuela 1 y Alajuela 2, así como de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte, en colaboración con AERIS Holding Costa Rica como concesionarios del aeropuerto, la

³⁶ Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Taiwán (región de la República Popular China) y los estados de Florida, Georgia y Texas.

Dirección General de Aviación Civil, la Dirección General de Migración y Extranjería, Cruz Roja Costarricense, la Dirección General de Aduanas, entre otros actores clave que participaron en la elaboración, revisión y socialización. En el caso del Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós, el instrumento utilizado para la atención de la emergencia nacional por COVID-19 databa de marzo del 2020 (Ministerio de Salud, 2020d), siendo esta la tercera versión del documento.

El Plan de contingencia ante un evento de salud pública del Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, tiene por objetivo general “establecer los lineamientos básicos de acción ante un evento de Salud Pública en el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, con el fin de brindar una respuesta coordinada, oportuna y eficiente, para controlar dicho evento” (Ministerio de Salud, 2020c,p.10), aplicable a todos los actores sociales clave que tengan relación directa o indirecta con la detección y control de un evento de salud pública en dicho aeropuerto.

A partir de las comunicaciones emitidas por la OMS al Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, ambos instrumentos fueron revisados de previo a la declaración de pandemia por COVID-19. En virtud de las cambiantes recomendaciones y el poco conocimiento que se tenía sobre el virus y la enfermedad que ocasionaba, es entendible que el Ministerio de Salud optara por emitir documentos complementarios a los planes de contingencia, tal y como lo fueron los protocolos para la reanudación de actividades en ambos aeropuertos internacionales, así como los demás lineamientos emitidos a nivel nacional.

En este sentido, y con base en las recomendaciones internacionales, las instituciones nacionales vinculadas con la operación de la actividad aeronáutica procedieron con la elaboración de los protocolos para la operación paulatina del Aeropuerto Internacional Juan Santamaría y del Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós durante la pandemia por COVID-19. Bajo la conducción del Ministerio de Salud, se procedió con la construcción de un instrumento para cada establecimiento, de manera que cada texto respondiera a las características físicas, logísticas y administrativas de cada aeropuerto.

En el caso del Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, la primera versión del protocolo fue oficializada el 6 de julio de 2020. Su elaboración fue liderada por el Ministerio de Salud, con acompañamiento de Presidencia, contando con la participación de representantes de la

Dirección General de Aviación Civil, AERIS Holdings en calidad de concesionario del aeropuerto y de la Asociación de Líneas Aéreas.

En el caso del Protocolo para la operación paulatina del Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós durante la pandemia por COVID-19, su primera versión fue aprobada el 20 de junio de 2020 luego de ser construido con la participación de la Dirección General de Aviación Civil y CORIPORT S.A. en calidad de concesionario, siempre bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

Al ser este el documento de referencia obligatoria para todos los actores que confluían en cada aeropuerto, a lo largo de ambos documentos se trataban gran diversidad de temas, a saber:

- Gestión de operaciones.
 - o Itinerarios de vuelo.
 - o Operaciones fuera de itinerario.
- Lineamientos generales.
- Lineamientos específicos:
 - o Operación de vuelos internacionales: proceso de llegada de pasajeros internacionales y proceso de salida de pasajeros internacionales.
 - o Operación de vuelos domésticos: proceso de llegada de pasajeros domésticos y proceso de salida de pasajeros domésticos.
 - o Proceso de operación de terminal de aviación general: gestión de pasajeros y tripulación.
 - o Proceso de operación de vuelos de carga.
 - o Proceso de operación en el lado terrestre: vigilancia y control de aplicación de medidas sanitarias en el sector de llegadas internacionales, medidas de protección personal, actividades prohibidas, vigilancia y control de medidas sanitarias, y casos recurrentes.
 - o Medidas preventivas en operaciones en rampa: servicio de ventas al detalle y duty free, servicios de venta de alimentos y salones VIP, servicio de taxis y alquiler de vehículos, servicio de banco y casa de cambio, y supervisión del cumplimiento de los lineamientos generales y específicos.

- Higiene y desinfección.
 - Terminales y áreas comunes.
 - Aeronaves.
 - Procedimiento de limpieza y desinfección.
 - Equipo de protección personal.
 - Manejo de residuos.
- Actuación ante casos confirmados de un colaborador.
 - Atención de casos sospechosos.
- Comunicación
 - Comunicación a la comunidad aeroportuaria y público en general.
 - Medios de comunicación y difusión de información.
 - Capacitación. En cuanto a las medidas implementada por Costa Rica, si bien el país cumplía de previo con algunos elementos de lo señalado en el RSI relativo a los puntos de entrada, la emergencia nacional por COVID-19 permitió al Ministerio de Salud fortalecer, temporalmente, otros ejes, como lo fue el contar con personal sanitario destacado en los puntos fronterizos aéreos, espacios específico para la atención de pasajeros con alguna condición de salud, así como, de manera tangencial, reafirmar su rol como autoridad sanitaria en un contexto normalmente liderado por instituciones propias del sector transporte, turismo o económico. No obstante, algunas de las otras medidas implementadas se alejaron de lo estipulado en el Reglamento Sanitario Internacional, especialmente aquellas relativas a la definición de requisitos de ingreso, sabiendo que el único requisito sanitario establecido por el RSI es la presentación del certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla.

Para el mes de mayo de 2020, por medio del Decreto Ejecutivo N° 42335-MGP-S se determinó que el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría sería el único aeropuerto habilitado para regreso de personas al país, de manera que los demás aeropuertos internacionales del país serían la sede únicamente de operaciones aeronáuticas que no incluyeran el transporte de pasajeros. Dado que para esta fecha permanecía vigente el cierre de todas las fronteras para el ingreso de personas extranjeras establecido en el Decreto

Ejecutivo N° 42238-MGP-S, el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría recibía únicamente vuelos coordinados para la repatriación de costarricenses y residentes que se encontraban fuera del país al momento de decretarse el cierre de fronteras.

De manera conjunta con el MRREE, la DGAC debió coordinar los vuelos de repatriación de manera que se realizaban únicamente dos vuelos por semana entre las 7:00 a.m. y las 8:00 p.m., aterrizando en el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, salvo alguna situación excepcional previamente valorada y coordinada con el Ministerio de Salud. Asimismo, estos vuelos eran notificados al MS con al menos 72 horas de antelación, dado que debía coordinarse con la CCSS la valoración de pasajeros y toma de muestras para la detección de casos positivos de COVID-19, acciones que se realizaban directamente en las instalaciones del aeropuerto. Igualmente debía comunicarse al MS la información de aquellos vuelos cuya tripulación permanecía en el país por más de 72 horas, a fin de tomar las medidas que garantizaran el cumplimiento de los lineamientos y protocolos establecidos para este tipo de casos.

Por otro lado, en octubre de 2020, mediante la Resolución Ministerial MS-DM-7785-2020 se facultó la emisión de órdenes sanitarias de aislamiento por parte de oficiales de la DGME para toda persona que presentara síntomas sugestivos³⁷ de COVID-19 en el punto de ingreso.

De manera complementaria, cada uno de los cambios en el marco normativo se tradujo en ajustes al documento *LS-VG-006. Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea*, cuyo nombre fue posteriormente modificado para incluir todos los puntos de ingreso, llamándose *LS-VG-006. Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea en el contexto de emergencia nacional por COVID-19*. En este documento se detallaron los requisitos que debía cumplir cada pasajero que ingresaba al territorio nacional según su categoría y subcategoría migratoria. Asimismo, especificaba elementos necesarios para, por ejemplo, la presentación de solicitudes de ingreso excepcional y otros elementos propios del nivel operativo.

e. Abordaje desde el enfoque de derechos humanos

³⁷ Síntomas más comunes: fiebre, tos, cansancio, pérdida del gusto o el olfato. Síntomas menos comunes: dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores y molestias, diarrea, erupción en la piel o decoloración de los dedos de las manos o pies, ojos rojos o irritados. Síntomas graves: dificultad para respirar o falta de aire, pérdida del habla o la movilidad, o confusión, dolor en el pecho.

Conforme se implementó cada una de las medidas, las instituciones que atendían el proceso de ingreso al país en el marco de la pandemia, es decir el Ministerio de Salud y la Dirección General de Migración y Extranjería, tuvieron que atender distintos tipos de reclamos por parte de los usuarios. A lo largo del 2020, y de acuerdo con lo indicado por la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud, se recibieron más de 600 recursos interpuestos por los usuarios, siendo estos de toda naturaleza, desde materia contenciosa administrativa hasta constitucional. En esta última categoría, el Ministerio de Salud recibió notificación de al menos siete recursos de inconstitucionalidad, siendo cinco de estos recursos de habeas corpus³⁸ y dos recursos de amparo³⁹.

Por medio de estos recursos interpuestos entre agosto y diciembre de 2020 en contra tanto del Ministerio de Salud y la DGME, los usuarios reclamaban que las medidas implementadas fueron discriminatorias o en perjuicio de sus derechos, o de los derechos de sus representados. A partir de un análisis de estos siete casos, se puede determinar que, según criterio de los magistrados de la Sala Constitucional, en seis de los casos las instituciones no extralimitaron sus facultades, por lo que en seis⁴⁰ de los siete casos el recurso se declaró sin lugar.

En el primero de los recursos interpuesto, la Sala Constitucional señala:

III.- Sobre la restricción migratoria sanitaria. Al respecto, esta Sala Constitucional, en la sentencia No. 2020-13651 de las 09:15 horas de 17 de julio de 2020, explicó: “(...) IV.- SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE REGLAS Y REQUISITOS PARA REGULAR EL INGRESO, PERMANENCIA Y SALIDA DE LOS EXTRAJEROS EN EL PAÍS. En relación con la disconformidad aludida por la parte recurrente, es reiterada la jurisprudencia de esta Sala que ha señalado que el establecimiento de reglas y requisitos que regulen el ingreso, permanencia y salida de los extranjeros en el territorio nacional, así como la facultad de denegar una visa que incumpla dichos requisitos o atente contra la seguridad nacional, el orden

³⁸ Tutela la libertad personal e integridad física de las personas, así como los demás derechos fundamentales directamente relacionados con estos, tal y como los establecen los artículos 15 y 16 de la Ley N° 7135 Ley de la Jurisdicción Constitucional. Es una vía rápida para controlar la legitimidad de aquellas actuaciones u omisiones de las autoridades que amenacen o restrinjan a la libertad personal y la integridad física.

³⁹ Garantiza y resguarda los derechos fundamentales plasmados en la Constitución Política e instrumentos internacionales.

⁴⁰ Resolución N° 2020015659, resolución N° 2020015769, resolución N° 2020021802, resolución N° 2020017892, resolución N° 2020023388 y resolución N° 2021001681.

público, la moral, la salud pública y los derechos fundamentales de los demás, no es sino el producto de una de las manifestaciones del ejercicio de las potestades soberanas del Estado, como lo es la de definir la política migratoria a seguir. (...) En virtud de ello, todo extranjero que desee permanecer en un país, o bien, que desee ingresar a él, deberá cumplir los requisitos que a esos efectos exige el ordenamiento interno del país al que desee ingresar. De conformidad con el artículo 5, de la Ley General de Migración, corresponde al Poder Ejecutivo definir la Política migratoria del Estado y determinar cuáles extranjeros ingresan o no al territorio nacional. Así las cosas, cabe agregar que no corresponde a este Tribunal Constitucional cuestionar la política migratoria establecida por el Poder Ejecutivo, ni determinar en forma casuística a quién debe autorizársele, o no, el ingreso al territorio nacional(...)." (Sala Constitucionale de la Corte Suprema de Justicia, 2020a)

Asimismo, en la resolución N° 2021001681, la Sala Constitucional detalla que:

Este Tribunal no aprecia que la actuación impugnada vulnere los derechos fundamentales reclamados. Consta que las autoridades recurridas no impidieron en ningún momento el ingreso del tutelado a Costa Rica, en resguardo del derecho a la libertad de tránsito prevista en el artículo 22 de la Carta Fundamental. De tal forma, las autoridades accionadas informaron que, de acuerdo con los lineamientos sanitarios vigentes, lo procedente era emitir de la orden sanitaria de aislamiento, dado que la prueba de laboratorio a la que se sometió el tutelado, no descarta la infección debido a que puede resultar negativa durante el periodo de incubación, por lo que dicho resultado no es garantía de que la persona se encuentre libre de la enfermedad, máxime que dicha prueba se realizó antes de su salida del país. Asimismo, según sostiene el Encargado de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud, la orden sanitaria debía mantenerse, habida cuenta que, en la solicitud de levantamiento de 3 de diciembre de 2020, no se aportó información suficiente para considerar una excepción de acuerdo en lo señalado en los lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea, marítima y terrestre en el contexto de la emergencia nacional por la COVID-19. Tampoco, se aportaron justificaciones de emergencia humanitaria o de interés

público debidamente documentadas. (Sala Constituciona de la Corte Suprema de Justicia, 2020b)

En el caso del único recurso que fue declarado con lugar, se condena al Estado al pago de los daños y perjuicios causados con los hechos base de la declaratoria, los cuales se liquidarán en ejecución de sentencia de lo contencioso administrativo. Según detalla la resolución N° 2020015330, la persona afectada contaba con un impedimento de ingreso al país el 14 de julio de 2020 amparado en el Decreto Ejecutivo N° 42690-MGP-S, explicándosele al usuario que al regresar al país no podría ingresar en tanto no se modificara la normativa vigente. El 6 de agosto de 2020 el pasajero intenta ingresar al país, pero el ingreso es negado, a pesar de que la normativa cambió y se levantó todo impedimento de ingreso vía aérea el 1 de agosto de 2020.

Anteriormente se mencionó que la constante modificación de normativa pudo inducir a error a los usuarios, pero también lo hizo en el caso de los funcionarios que debían implementar las medidas, generando incluso condenas al Estado por parte de la Sala Constitucional tal como se mencionó en el párrafo anterior.

Si bien los usuarios y las instituciones pueden estar de acuerdo o no con las resoluciones de la Sala Constitucional, dependiendo claro de esta de si son favorecidos o no según el fallo, es importante resaltar que la Sala Constitucional ha sido clara en que no es un órgano técnico, por lo que no puede sustituir los criterios de oportunidad y conveniencia definidos por las instancias técnicas. Es importante señalar que esta actuación está alineada con lo estipulado en la Resolución 1/2020 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la cual indica que:

Teniendo en cuenta que la Democracia y el Estado de Derecho son condiciones necesarias para lograr la vigencia y el respeto de los derechos humanos, y que la naturaleza jurídica de las limitaciones a dichos derechos puede tener impactos directos en los sistemas democráticos de los Estados, la Comisión reafirma el rol fundamental de la independencia y de la actuación de los poderes públicos y las instituciones de control, en particular de los poderes judiciales y legislativos, cuyo funcionamiento debe ser asegurado aún en contextos de pandemia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020,p.6)

A los criterios plasmados por la Sala Constitucional en sus resoluciones es meritorio agregar lo señalado por la CIDH en esta misma resolución en relación las restricciones implementadas en el marco de pandemia:

Reconociendo que, en determinadas circunstancias, con el objeto de generar adecuada distancia social, puede resultar de hecho imperativa la restricción del pleno goce de derechos como el de reunión y la libertad de circulación en espacios tangibles, públicos o comunes que no sean indispensables para el abastecimiento de insumos esenciales o para la propia atención médica. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020,p.6)

Asimismo, podía decirse que las decisiones adoptadas y posteriormente implementadas por el Estado costarricense se hicieron en apego a lo establecido en el inciso f) de la parte resolutive de dicho documento, a saber:

Las medidas que los Estados adopten, en particular aquéllas que resulten en restricciones de derechos o garantías, deben ajustarse a los principios «pro persona», de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020,p.9)

4.2 Descripción de la participación de los actores involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica

4.2.1 Abordaje interinstitucional de la pandemia

A fin de abordar la atención de la pandemia por COVID-19, una vez que se decretó emergencia nacional, el Gobierno de Costa Rica organizó sus instituciones según niveles técnicos y de toma de decisiones. La conducción técnica de la atención de la emergencia estuvo a cargo del Ministerio de Salud en la figura del Ministro de Salud, mientras que la dirección y coordinación de las acciones del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo estuvo

a cargo de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), en la figura del Presidente Ejecutivo de la CNE.

En Costa Rica, durante el mes de enero de 2020, el Ministerio de Salud alertó al Sector Salud y al Sistema Nacional de Gestión de Riesgo sobre esta situación. Desde ese momento se activó el Centro Coordinador Institucional (CCI), máxima instancia que, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, coordinó las acciones interinstitucionales para el abordaje y respuesta ante el brote del nuevo coronavirus. A partir de la conducción realizada por el CCI se elaboró durante el 2020 un compendio de lineamientos, protocolos o medidas administrativas con el objetivo de organizar la respuesta nacional ante el COVID-19, durante el 2020.

Ahora bien, la Ley N° 8488 Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, mediante el artículo 6, crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, entendiéndolo como la instancia de “articulación integral, organizada, coordinada y armónica de los órganos, las estructuras, las relaciones funcionales, los métodos, los procedimientos y los recursos de todas las instituciones del Estado, procurando la participación de todo el sector privado y la sociedad civil organizada” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2006).

Este cuerpo jurídico crea a su vez una serie de instancias de coordinación para la atención de las emergencias y desastres que se presente en el territorio nacional, interesando las siguientes para efectos de la presente investigación:

a) Sectoriales – Institucional:

- Comités Sectoriales de Gestión del Riesgo: Instancias de coordinación de los sectores que conforman la estructura sectorial del Estado Costarricense, integrado por representantes de las instituciones que los conforman, nombrados por los jefes máximos de cada una de ellas. Son coordinados por el representante de la institución rectora.
- Comités Institucionales para la gestión del riesgo: Instancias de coordinación interna de cada una de las instituciones de la Administración Central, la Administración Pública Descentralizada del Estado, los Gobiernos Locales y el sector privado. Organizan y planifican internamente las acciones de preparación

y atención de emergencias, según su ámbito de competencia y con apego a la planificación sectorial.

b) Técnico – Operativas:

- Centro de Operaciones de Emergencia: El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) es la instancia permanente de coordinación, adscrita a la Comisión; reúne en el nivel nacional todas las instituciones públicas y los organismos no gubernamentales que trabajan en la fase de primera respuesta a la emergencia. Su responsabilidad es preparar y ejecutar, mediante procedimientos preestablecidos, labores coordinadas de primera respuesta ante situaciones de emergencia. Constituyen este Centro representantes designados por el máximo jerarca de cada institución que ejerzan al menos cargos con un nivel de dirección. La coordinación del COE la ejerce un funcionario de la Comisión con un cargo igual al de los demás representantes.
- Comités Asesores Técnicos: Equipos técnicos interdisciplinarios conformados por especialistas y organizados según áreas temáticas afines; asesoran a la Comisión, al COE y a las demás instancias de coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, en los temas específicos de su competencia. Sus criterios se definen como de carácter especializado, técnico y científico y constituyen la base para la toma de decisiones en la prevención y atención de emergencias.

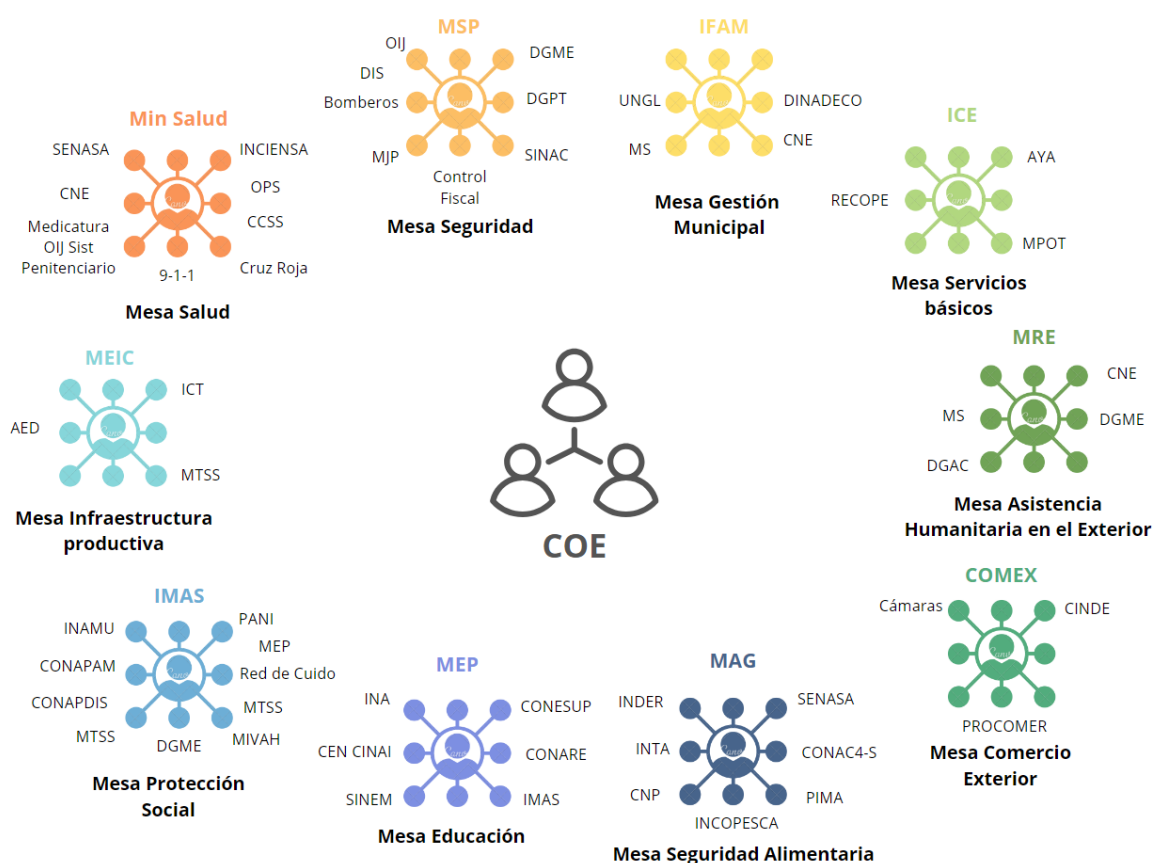
En este contexto, el COE fue la instancia que organizó las operaciones para la atención de la emergencia por COVID-19, por medio de mesas sectoriales que se crearon de manera paulatina conforme era necesario el abordaje de nuevos elementos:

- Mesa de salud, coordinada por el Ministerio de Salud (MS).
- Mesa de seguridad, coordinada por el Ministerio de Seguridad Pública (MSP).
- Mesa de gestión municipal, coordinada por el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM).
- Mesa de servicios básicos, coordinada por el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE).

- Mesa de asistencia humanitaria en el exterior, coordinada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MRREE).
- Mesa de infraestructura productiva, coordinada por el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC).
- Mesa de protección social, coordinada por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).
- Mesa de educación, coordinada por el Ministerio de Educación Pública (MEP).
- Mesa de seguridad alimentaria, coordinada por el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG).
- Mesa de comercio exterior, coordinada por el Ministerio de Comercio Exterior (COMEX).

Las mesas sectoriales creadas en el seno del COE para el abordaje de la pandemia de COVID-19 se detallan en la figura 7 a continuación.

Figura 8. Mesas sectoriales creadas en el seno del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), Costa Rica, 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de *CNE a un año del primer caso de COVID*, comunicado de prensa de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, marzo de 2021, disponible en https://www.cne.go.cr/transparencia/noticias/comunicados_prensa.aspx#HERMES_TABS_1_3

En consulta con la experto quien se desempeñara como asesora del Despacho del Presidente de la República en el momento en que se declaró la emergencia nacional por COVID-19, en el marco del abordaje de la emergencia, y en el seno de cada mesa sectorial, correspondió a la institución rectora de ese sector la coordinación de cada mesa, fungiendo como interlocutor en dos vías: tanto para captar las solicitudes y requerimientos del sector durante la emergencia para ser elevadas a los espacios de toma de decisiones, como para trasladar al sector las decisiones adoptadas por los niveles superiores. Esto permitió la canalización ordenada de los requerimientos, así como la explicación lo más directa y detallada posible de

las decisiones adoptadas, y por ende de las medidas que fueron implementadas (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022).

Correspondió al Ministerio de Salud la coordinación de las acciones de la Mesa Operativa en Salud, principalmente a través de la Dirección General de Salud, la Dirección de Vigilancia de la Salud y la Dirección de Servicios de Salud, con el acompañamiento técnico de la Representación de la OPS/OMS en Costa Rica.

En cuanto al nivel político, desde la Presidencia de la República se inició con la convocatoria de espacios de reunión y coordinación con los jefes de las instituciones de atender los diferentes frentes de la emergencia. Si bien se mantuvieron las sesiones ordinarias del Consejo de Gobierno, lideradas por el Presidente de la República, se creó un espacio de decisión denominado *Reunión de Coordinación por COVID-19*, en el cual participaban los jefes institucionales y los niveles técnicos correspondientes según los temas a abarcar en cada sesión; la incorporación de estos participantes temporales fue bastante sencilla al pasar de la presencialidad a la virtualidad (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). La virtualidad también coadyuvó a que las sesiones fueran más puntuales y eficientes, pasando de reuniones de seis horas a reuniones de máximo tres horas. Según indica la persona experta consultada, estos no eran espacios formales como el Consejo de Gobierno, por lo que no se cuenta con minutas, ayudas memoria o actas de estas reuniones (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022).

Las decisiones tomadas en estos espacios se sustentaban en aportes desde los niveles técnicos, incluyendo las discusiones y recomendaciones emitidas por el COE, así como por las mesas sectoriales (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). Para la adopción de estas decisiones tomaba en cuenta aspectos epidemiológicos, económicos y sociales, proyecciones elaboradas por grupos de la academia que apoyaban a las instituciones, complementado con criterios de expertos de la CCSS y la CNE, de manera tal que se procuraba realizar un análisis integral para la toma de decisiones.

Las sesiones de la Reunión de Coordinación por COVID-19 eran lideradas por el Presidente de la CNE, quien guiaba la discusión sobre los temas más apremiantes, valorando incluso la incorporación de jefes o niveles técnicos de otras instituciones que no estuvieran presentes (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). Las decisiones

adoptadas por el grupo eran materializadas en decretos ejecutivos, directrices, lineamientos y circulares para garantizar su implementación con ciertas características y plazos definidos (R. Vargas Jaubert, comunicación personal, 21 de abril de 2023), tal como mencionó en la persona experta consultada quien fungiera como Directora General de Migración y Extranjería durante el proceso de apertura de fronteras aéreas.

Por medio de la consulta a experto, es posible determinar que los participantes usuales eran el Ministerio de Salud, CNE, DGME, CCSS, el Ministerio de Seguridad Pública (MSP) y el Ministerio de Comunicación. Con forme se iban sumando problemas por abordar, se iban incorporando diferentes jerarcas, pero no todos los jerarcas estaban presentes en toda la sesión (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). Al momento en que se determinó que debía iniciarse la discusión para el proceso de apertura paulatina de fronteras aéreas, se incorporó en este espacio de coordinación a las autoridades del Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), el Ministerio de Cultura y Juventud (MCJ) y el Ministerio de Turismo (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). La incorporación de estos actores a los espacios de toma de decisiones permitió que la discusión contemplara las preocupaciones y solicitudes de los sectores representados por estas instituciones, encargadas de canalizar los requerimientos de las mesas sectoriales a su cargo, así como comunicar a estas mesas las decisiones tomadas y cómo estas serían implementadas.

Según menciona Sandí, tomar la decisión del cierre temporal de fronteras implicó un análisis técnico por parte del Ministerio de Salud, así como su presentación en una sesión de las Reuniones de Coordinación por COVID-19, de manera que todas las instituciones tuvieran conocimiento del contexto y del impacto de la decisión (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). Este proceso involucró al Ministerio de Economía, Industria y Comercio, el Ministerio de Turismo, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, y el Ministerio de Gobernación y Policía, específicamente la Dirección General de Migración y Extranjería.

Como se detalló anteriormente, el cierre de las fronteras aéreas se materializó vía decreto ejecutivo, requiriéndose de manera paralela, de la emisión de actos administrativos por parte

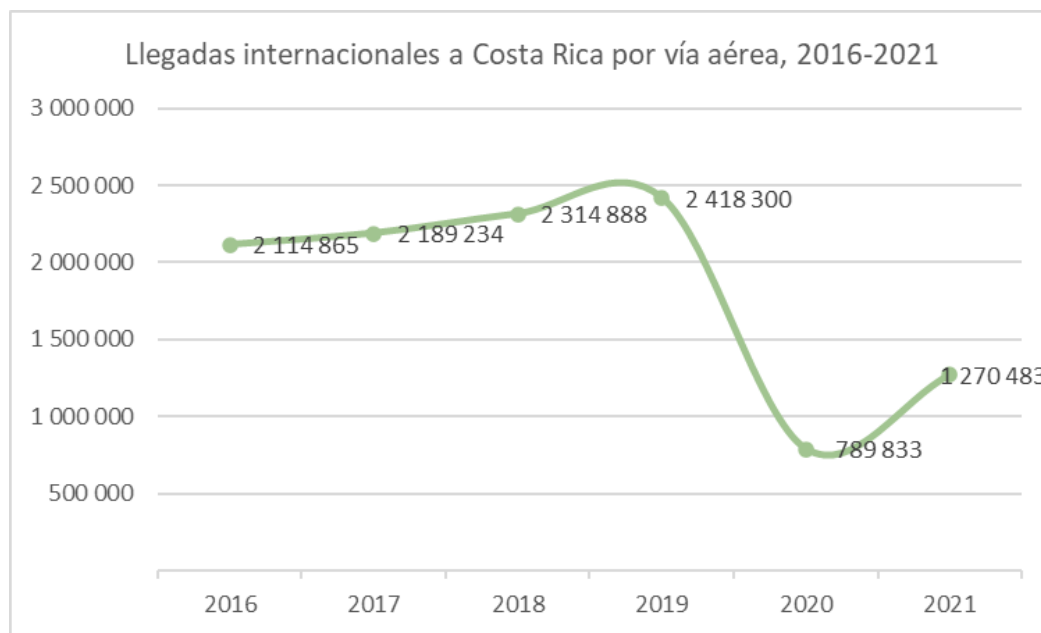
del Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobernación y Policía, por medio de directrices, resoluciones y circulares según la naturaleza y necesidad de cada acto administrativo (R. Vargas Jaubert, comunicación personal, 21 de abril de 2023). La misma dinámica se implementó para el proceso de apertura paulatina de fronteras.

Respecto de las posturas presentadas en relación con la implementación de medidas de cierre y posterior apertura de fronteras, Sandí señala que estas fueron muy variadas, dado que toda decisión adoptada traía consecuencias sobre un sector u otro. En diferentes oportunidades se tuvo mucha resistencia de algunos sectores, por ejemplo, el cierre de fronteras tuvo fuertes consecuencias económicas, mientras que la apertura de fronteras podría significar un impacto negativo sobre el sistema de salud (R. Sandí Salvatierra, comunicación personal, 16 de noviembre de 2022). En ambos escenarios, las mesas sectoriales permitieron aclarar dudas y hacer alguna contención respecto de las reacciones de dichos sectores, incluyendo el sector privado presente en cada mesa sectorial.

4.2.2 Posicionamiento de algunos sectores golpeados por la pandemia

Como es sabido, los aeropuertos representan una de las principales vías de entrada para el país, siendo el punto de entrada al país de preferencia para los turistas internacionales. Esto se puede detallar en la figura 8. Llegadas internacionales a Costa Rica por vía aérea del 2016 al 2021 a continuación, en la cual se plasma la cantidad de personas que ingresaron al país vía aérea del 2016 al 2021, observándose una disminución considerable del 2019 al 2020.

Figura 9. Llegadas internacionales a Costa Rica por vía aérea, 2016-2021.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Planeamiento y Desarrollo Turístico del Instituto Costarricense de Turismo (ICT), disponible en <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTFkMDBiYjYtYTkwOC00OWQ5LWI3MTYtOGQ2ZjI4Y2VkNWUwIiwidCI6ImQwN2I2NTM1LTFlkZGMtNDA2YS04MzQxLTBiMGEzMDlkNDExNSIsImMiOiR9>

Usualmente la temporada alta de turismo en Costa Rica inicia a finales de noviembre, esto y la necesidad de reactivar la económica, impulsó a las autoridades costarricenses a tomar acciones para abrir las fronteras a viajeros de todos los destinos del mundo y flexibilizar los requisitos para ingresar al país (Núñez Chacón, 2020). El sector turístico se vio directamente afectado por las medidas sanitarias como el cierre de fronteras, que respondieron única y exclusivamente a decisiones del ámbito de la salud pública.

En mayo de 2020, la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, encargada de identificar, estudiar e investigar lo relacionado con la actividad turística en el país, expuso su preocupación ante la situación que vivían muchas familias en el país donde el turismo es la base de su sustento y no se vislumbraba una solución (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2020b).

Al asumir el cargo de Ministro de Turismo en julio de 2020, el nuevo jerarca indicó que sus objetivos eran: “lograr una apertura de vuelos internacionales de manera gradual y segura, generar en el corto plazo herramientas para aliviar los problemas financieros de las empresas del sector y propiciar acciones de reactivación económica, sin olvidar la prioridad del manejo sanitario” (Instituto Costarricense de Turismo, 2020).

Segura indica, además, que la coordinación entre las autoridades de salud y de turismo es fundamental, recordando que atender las situaciones de corto plazo como lo es la emergencia sanitaria, no debe desviar la mirada de los temas de mediano y largo plazo que también son importantes para el país, como continuar siendo un destino de primer orden en el turismo mundial.

Entiendo y comparto el estado de crisis emocional, física y económica de los participantes de la industria turística, mi meta es trabajar duro para que podamos superar el golpe que nos estamos llevando por la causa de la pandemia y logremos salir adelante. Se requiere trabajo conjunto y visión de país. (Instituto Costarricense de Turismo, 2020)

Por otro lado, el cierre de fronteras aéreas en el contexto de pandemia trajo consigo consecuencias en la distribución y disponibilidad de materias primas, tal como lo mencionó el Gerente de Logística de la Caja Costarricense de Seguro Social ante los diputados de la Comisión de Control de Ingreso y Gasto Público, a quienes les indicó que “de enero a mayo hubo limitaciones para adquirir equipos de protección, por los cierres de fronteras” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2020a).

Si bien los puntos de entrada continuaron disponibles para “garantizar el tránsito esencial relacionado con la respuesta a la pandemia de la COVID-19 y las operaciones con fines humanitarios” (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p.3-4), el hecho de cerrar fronteras a viajeros internacionales afectó irremediablemente el tránsito de productos esenciales en el contexto de la cadena mundial de suministros, ya que los vuelos comerciales son utilizados para transportar carga esencial como lo son insumos para cadena de frío, vacunas, material biológico, entre otros.

Por otro lado, de acuerdo con datos del Ministerio de Comercio Exterior, las exportaciones de bienes de Costa Rica cerraron con un récord histórico en el 2020, a pesar de la pandemia (Ministerio de Comercio Exterior, 2021). Según datos de esta institución, uno de los cuatro sectores que cerró el año de manera positiva fue precisamente el equipo de precisión y médico, cuyas exportaciones aumentaron en 8% en comparación con el año anterior, siendo estas exportaciones el 34% del total de bienes exportados. En contraposición a esto, datos de CEPAL señalan que:

A pesar de la caída del tráfico marítimo en 2020, los fletes del transporte de contenedores se mantuvieron por encima de los valores de 2019 (véase el gráfico 11), salvo en el período de baja estacional anual debido al Año Nuevo chino. A fines de abril, se inició un alza sostenida de los fletes y el 2 de julio de 2020 superaban en un 48% su nivel del año anterior. Ello sugiere que la industria pudo administrar la oferta y lograr así un nivel de precios que le permitió sortear en parte la disminución de la demanda causada por el COVID-19. (CEPAL, 2020,p.14-15)

En relación con las fronteras aéreas, CEPAL señala que:

La súbita y prolongada caída del tráfico aéreo pone en riesgo a la industria y sus trabajadores y puede socavar la conectividad en la región. Las restricciones a los viajes se tradujeron en que la aviación haya sido uno de los sectores más afectados por la pandemia. Según la base de datos Data+ de la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), en mayo de 2020 los indicadores mundiales de tráfico aéreo de pasajeros (ingresos por pasajeros-kilómetros de pago (RPK)) y de carga aérea (toneladas-kilómetros de carga (FTK)) mostraban caídas interanuales del 98,9% y el 62,1%, respectivamente. En la Argentina, el Brasil, Chile y Colombia, las caídas en mayo de 2020 fueron en promedio del 95% (tráfico aéreo de pasajeros) y el 46% (carga aérea). El hecho de que el volumen de COVID-19 carga transportada disminuyera menos en la región que a nivel mundial se explica por la baja participación de la logística aérea en el comercio internacional de la región. Esto permitió que, ante una demanda creciente y urgente de productos esenciales, algunas aerolíneas transformaran temporalmente sus aviones de pasajeros en cargueros

aéreos, con lo que aumentaron los factores de capacidad y aminoraron la caída. (CEPAL, 2020,p.16-17)

A pesar de lo anterior, en la consulta a experto al Gerente Logístico de la Caja Costarricense de Seguro Social en el momento en que se declaró la emergencia nacional por COVID-19, fue posible determinar que el cierre de fronteras como fenómeno global tuvo un impacto negativo sobre la cadena de suministro a nivel nacional, especialmente en relación con la adquisición de insumos necesarios para la atención de la emergencia (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023).

Según indicó Porras, Costa Rica no es autosuficiente en términos de abastecimiento nacional de insumos farmacéuticos ni de equipo y material biomédico, puesto que todas las cadenas de suministro son globalizadas. Durante los últimos 50 años las modalidades de producción han cambiado, reduciendo la posibilidad de obtener estos insumos dentro del continente americano y concentrándose su producción en Asia, específicamente en India y la República Popular China (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023). Se hace evidente que, en este contexto, la reducción del tráfico aéreo y marítimo de mercancías tiene un impacto sobre la capacidad de los países en adquirir cualquier tipo de productos.

Según comenta Porras, el abordaje de la pandemia, y por ende la toma de algunas decisiones, podría compararse a estar en guerra: se desconocía lo que sucedería el día siguiente, y debían tomarse decisiones con la información que se tuvieran a mano, aunque esta pudiera ser incompleta o imprecisa (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023). Los procesos estaban sujetos a total incertidumbre y variabilidad. Tal como lo indica la OPS, “el restablecimiento del tránsito no esencial debe sopesarse con cuidado frente a la capacidad del país de manejar los casos importados de la COVID-19 y de aplicar la cuarentena a los viajeros que llegan” (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p.3-4).

Aunado a esto, si bien el país tenía una ventana de tiempo entre lo que sucedía en Europa y la República Popular China, de aproximadamente 30 y 90 días respectivamente, la capacidad de maniobra en el ámbito internacional era muy reducida (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023). Según indica Porras, en tiempos ordinarios, toma entre 90 y 120 días desde el momento en que se genera la orden de compra de insumos médicos hasta el momento en que estos son recibidos en el país por el agente aduanero. Si a

estos plazos se le suma la desesperación internacional por la compra de los mismos insumos, el efecto negativo del cierre de fronteras sobre la cadena de suministros se vuelve evidente (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023).

Porras indica que, en términos de cadena de suministros, un desabastecimiento del 10% de los requerimientos es considerado como una situación caótica. Durante el 2020, y hasta la fecha según su criterio, aún persiste un 60% de impacto en la cadena de suministro (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023)., debido principalmente a la sensibilidad de la industria médica y farmacéutica a las características del entorno, tales como guerras, condiciones climáticas y, como se ha visto, restricciones de movilidad internacional.

De acuerdo con Porras, lo anterior llevó a que la Caja Costarricense de Seguro Social perdiera la capacidad de planificación de la cadena de suministros, un elemento vital de dicha gestión. Tal como un efecto mariposa, se llega también a perder la capacidad de reacción, regulación y tránsito de los insumos. Si bien estos elementos podrían resolverse de una manera u otra en tiempos ordinarios, el cierre de fronteras a raíz de la pandemia impedía el traslado de los insumos (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023).

A manera de ejemplo, Porras comenta que, en tiempos ordinarios, las compras se realizan verificando las especificaciones técnicas y revisando las muestras del producto, las cuales se envían en vuelos comerciales (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023). Sin embargo, al reducirse la afluencia de vuelos comerciales por el cierre de fronteras aéreas, no era posible obtener las muestras de los productos, por lo que las compras, en virtud de la urgencia, debían hacerse partiendo únicamente de la documentación enviada por los proveedores. Como señala la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), “la carga aérea es esencial para la operación fluida de las cadenas mundiales de suministro” (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2020).

En su publicación COVID-19 y la industria aérea: Impacto y Respuestas Políticas, la OCDE señala que:

El tráfico aéreo comercial tiene una lenta recuperación: al mes de septiembre de 2020, el número de vuelos se mantiene más de 40% por debajo de los niveles previos

a la crisis en el ámbito mundial. Esto oculta las diferencias en la duración de los vuelos: la caída es aún más pronunciada en el caso de los vuelos de larga distancia. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2020)

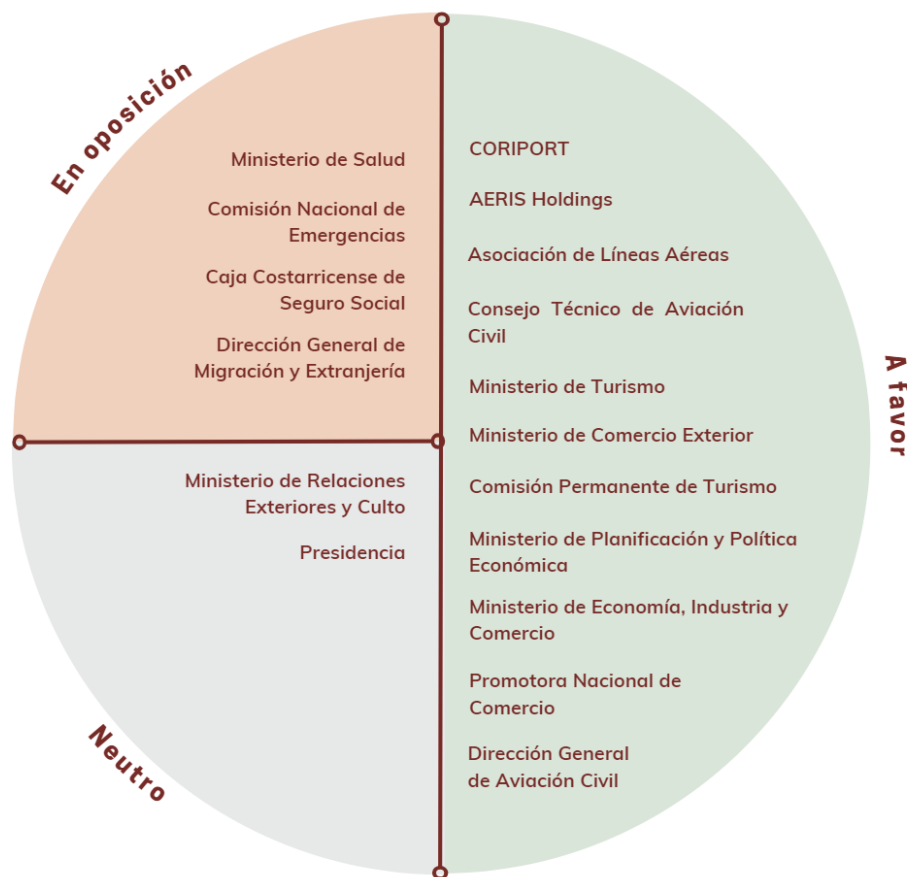
Lo anterior tiene serias implicaciones en el mejoramiento de las cadenas de suministro dado que, en el caso de Costa Rica, los insumos médicos altamente especializados, tales como vacunas, insumos que requieren cadena de frío, biológicos, etc., son trasladados vía aérea, tanto en vuelos de carga como en vuelos comerciales de pasajeros (L.F. Porras Meléndez, comunicación personal, 30 de marzo de 2023). Este tipo de insumos representa entre el 15% y 20% de lo requerido a nivel nacional.

En este sentido, se puede determinar que, junto con otros sectores productivos, el sector salud se vio afectado por el cierre de fronteras aéreas. Si bien el cierre se implementó como a una medida de salud pública que buscaba retrasar la importación del virus y la consecuente transmisión local, la medida implementada tuvo importantes repercusiones en el mantenimiento y aseguramiento de la cadena de suministros necesarios para el abordaje de los pacientes en los servicios de salud, así como la adquisición de equipo de protección personal por parte de las demás instituciones en la primera línea de respuesta.

4.2.3 Mapeo de actores involucrados en el proceso de apertura de fronteras

Partiendo de lo anterior, es posible clasificar la participación de los actores involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica según se muestra en la figura 9. Mapeo de actores según posicionamiento ante la apertura de fronteras aéreas a continuación.

Figura 10. Mapeo de actores según posicionamiento ante la apertura de fronteras aéreas, Costa Rica, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Es posible clasificar a los actores en tres grandes grupos en relación con el proceso de apertura de fronteras aéreas: actores a favor de la apertura, subdivididos según su naturaleza pública o privada, actores neutros a la apertura y actores en contra de la apertura. Para efectos de esta clasificación, no se toma en consideración si los actores corresponden al ámbito público o privado, dado que lo importante es su posición y no su naturaleza.

En el primer grupo se pueden encontrar aquellos actores cuyo quehacer tiene estrecha relación con ámbitos del sector económico, tales como el Ministerio de Turismo, cámaras y asociaciones turísticas, el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), el Ministerio de Comercio Exterior (COMEX), la Promotora Nacional de Comercio (PROCOMER), la Dirección General de Aviación Civil (DGAC), el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), y la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, esto en el caso del sector público. Asimismo, dentro del sector privado podemos

encontrar a la Asociación de Líneas Aéreas (ALA), así como a CORIPORT y AERIS Holdings, administradores y concesionarios del Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós y Aeropuerto Internacional Juan Santamaría respectivamente.

En la categoría de actores neutros se pueden ubicar al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MRREE) y a la Presidencia de la República. Finalmente, en el grupo de actores en contra de la apertura de fronteras aéreas, o que fungían como contrapeso a la apertura acelerada, podemos encontrar al Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

4.3 Análisis de las experiencias de los actores involucrados en el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19

En este apartado se expone un análisis de las principales experiencias de los actores involucrados en el proceso de reapertura de fronteras aéreas en el marco de la pandemia por COVID-19, para ello se utilizó como fuente primaria la consulta a expertos que fueron parte del proceso al ser funcionarios de la Dirección General de Migración y Extranjería, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el despacho de la Presidencia de la República.

Estas experiencias se pueden categorizar en tres grupos: desafíos enfrentados, fortalezas percibidas y oportunidades de mejora identificadas.

4.3.1 Desafíos enfrentados por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.

El primer desafío fue enfrentarse a una emergencia de salud pública de importancia internacional con una magnitud nunca vista, como lo ha sido la pandemia por COVID-19, enfrentándose el mundo entero a un evento donde el uso de la mascarilla, el aislamiento, el distanciamiento físico y el cierre de fronteras a escala mundial.

En cuanto a los actores institucionales, el principal desafío fue articular y movilizar a más de 15 instituciones para tomar decisiones en línea con lo indicado por las autoridades sanitarias. Al ser una emergencia sanitaria fue el Ministerio de Salud quien lideró las medidas y de ahí los otros sectores ajustaban según sus necesidades. Esto contempló la creación contra reloj

de mecanismos y procesos de coordinación intersectoriales que normalmente no se daban de manera directa, como lo fueron el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura y Juventud.

Otro desafío consistió en la socialización de las decisiones y medidas adoptadas por las autoridades a todos los niveles de cada institución. Según lo indica Sandí, “desde el jerarca hasta la última persona que ejecutaba la decisión, que la línea de la decisión tomada bajara, costaba mucho, eran muchas partes en el proceso”. Sin embargo, en los primeros meses de la pandemia estas decisiones estaban respaldadas y fundamentadas en el bienestar y seguridad de la población, tanto las instituciones como la ciudadanía obedecía porque estaba la idea de un bien mayor, mantener el control del brote y minimizar el riesgo de contagio por COVID-19.

Sin embargo, el acatamiento de estos mandatos se hizo cada vez más difícil, puesto que los diferentes sectores ejercían cada vez más presión sobre las decisiones basadas en salud pública, apelando al impacto socioeconómico que la adopción de medidas de distanciamiento y las medidas relacionadas con el tránsito internacional. Conforme pasaban los meses y se mantenía la implementación de las medidas, los líderes de diferentes sectores empezaron a exigir medidas menos restrictivas, que “puedan permitir que la economía recupere cierto impulso, sin precipitar una drástica evolución de la pandemia y, de facto, anular los esfuerzos y los sacrificios hechos hasta ahora” (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p.3-4)

4.3.2 Fortalezas percibidas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas.

Durante la consulta a expertos se identificaron al menos cinco grandes fortalezas en el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica durante el 2020, a saber:

- Coordinación entre instituciones y diálogo entre los actores involucradas, como el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Turismo, el Ministerio de Seguridad Pública (MSP) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), permitió tomar decisiones integrales a partir de toda la información disponible al momento de la adopción de esas decisiones. Esta colaboración fortaleció la implementación de las medidas en las respectivas instituciones y aseguró una visión integral del proceso de reapertura.

- Interdisciplinaria: el equipo de trabajo estaba conformado por expertos de sectores específicos, lo que permitió contar con diferentes perspectivas y conocimientos especializados para abordar los desafíos.
- Decisiones basadas en criterio técnico: las decisiones tomadas durante el proceso se fundamentaron en criterios técnicos, con base en la información disponible sobre el comportamiento de la pandemia, al cual era analizada y contrastada con la situación nacional, facilitando así la implementación efectiva de las medidas necesarias.
- Uso eficiente de reuniones virtuales: el 90% de las reuniones se realizaron de manera virtual, lo que permitió una mayor organización y eficiencia en el tiempo, ya que las reuniones virtuales tenían una duración más corta en comparación con las presenciales. Además, la virtualidad permitió la integración espontánea de otros participantes y minimizó las interrupciones, lo que contribuyó a una dinámica de trabajo más fluida y centrada en los temas relevantes.
- Participación de autoridades en la toma de decisiones, la participación activa de todas las autoridades en la toma de decisiones fue un mecanismo efectivo para fomentar el diálogo, comprender el contexto y lograr consensos, especialmente en aquellos casos en que las decisiones tendrían implicaciones sobre sectores ajenos a las autoridades que tomaban las decisiones. Esto facilitó su implementación a nivel intrainstitucional.

4.3.3 Oportunidades de mejora identificadas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas, con miras a situaciones futuras similares.

Durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Costa Rica, se identificaron varias oportunidades de mejora que podrían ser implementadas en situaciones futuras. Estas oportunidades se centran en fortalecer la respuesta y garantizar una gestión más eficiente y efectiva de los desafíos que surgen durante una crisis sanitaria global, como lo es una pandemia.

A continuación, se presentan cinco aspectos clave identificados por los actores involucrados como oportunidades de mejora para próximos eventos:

- Coordinación interinstitucional efectiva: se reconoció la necesidad de mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones y asegurar que los temas relevantes fluyan de manera eficiente. Esto implica establecer canales de comunicación claros y

efectivos, así como fomentar la colaboración y el intercambio de información entre las partes involucradas. Una mejor coordinación facilitaría la implementación de medidas y garantizaría que todos los responsables estén debidamente informados y preparados para ejecutar las decisiones tomadas.

- **Coordinación internacional:** se reconoció la necesidad de fortalecer la coordinación entre los diferentes países y organismos internacionales para abordar de manera conjunta una crisis sanitaria global. Esto implica compartir información y buenas prácticas, así como establecer protocolos y lineamientos comunes para la gestión de situaciones similares. La colaboración internacional es esencial para garantizar respuestas más rápidas y efectivas, así como para minimizar la propagación de enfermedades transmisibles a través de las fronteras. Un ejemplo de ello fue la solicitud realizada por el Presidente de Costa Rica al Director de la OMS para establecer un repositorio de tecnología sanitaria para vacunas, medicamentos, diagnósticos y cualquier otra herramienta que pueda funcionar contra el COVID-19. Esta iniciativa fue acogida por la OMS y se convirtió en el *Solidarity Call to Action - Making the response to COVID-19 a public common good* (Organización Mundial de la Salud, 2020n).
- **Cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional:** a fin de verificar su cumplimiento, el RSI establece una serie de mecanismos de seguimiento y evaluación, entre ellos la autoevaluación que cada Estado Parte realiza en el primer trimestre de cada año, y las evaluaciones externas conjuntas. En el caso de Costa Rica, las autoevaluaciones anuales del 2019 y 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2022) señalaron que los mayores desafíos se ubicaban en las categorías C.11 Puntos de entrada, C.13 Emergencias por radiación, C.8 Marco Nacional para las emergencias sanitarias y C.6 Vigilancia. Si bien persisten retos en la materialización del compromiso del país con este importante instrumento internacional le permitió contar con algunas capacidades para afrontar la pandemia de la forma que se hizo la pandemia. Sin embargo, es necesario fortalecer su cumplimiento.
- **Uso de tecnología y sistemas digitales:** el uso de tecnología y sistemas digitales es una estrategia y herramienta valiosa para la gestión de crisis sanitarias en el ámbito de la aviación. La implementación de sistemas de seguimiento de contactos, la

adopción de medidas de control sanitario automatizadas y la utilización de aplicaciones móviles para la gestión de información y comunicación pueden agilizar los procesos y reducir la interacción física innecesaria, como el *Pase de Salud*, el desarrollo del *Sistema de Comando* para el reporte de casos y órdenes sanitarias, la generación de códigos QR sobre el estado de vacunación y aplicaciones como *Mascarilla Digital*.

- Difusión de información a todos los niveles: se identificó la importancia de asegurar que todas las personas responsables de la implementación de las medidas estén plenamente informadas sobre las decisiones tomadas y cómo estas serán implementadas. Desde los jefes hasta el personal que ejecuta las acciones, es fundamental que cada nivel tenga conocimiento claro de las medidas y los procedimientos a seguir. Esto requirió una comunicación clara y eficiente en todos los niveles de las organizaciones, asegurando que la línea de decisión llegara a todos los involucrados de manera oportuna.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A lo largo de la descripción de las medidas, tanto internacionales como nacionales, es posible identificar que Costa Rica demostró estar alineada a la mayoría de las recomendaciones internacionales: se cumplió con las medidas sanitarias sugeridas, como lo fueron el lavado de manos, la comunicación de riesgo en los puntos de entrada y la aplicación de cuestionarios para recolectar información que permitiera el rastreo de casos, en el caso de Costa Rica por medio del Pase de Salud, respondiendo así a las indicaciones de los organismos internacionales. Esto refleja el compromiso del país en seguir las indicaciones de los organismos internacionales y salvaguardar la salud de la población.

Para efectos de la presente investigación, se identifica que en Costa Rica los esfuerzos realizados estuvieron articulados de manera interinstitucional y apegados a la normativa, lo que permite caracterizar la dinámica descrita como una estrategia informal que se fue adaptando conforme al perfil epidemiológico del país y a las situaciones económicas, sociales y políticas. Sin embargo, no se contó con una estrategia formal, entendiéndose como estrategia formal aquella que define objetivos y recursos y plazos para responder a dichos objetivos. La ausencia de una estrategia formal pudo ser la razón por la cual Costa Rica fue uno de los últimos países en abrir fronteras, teniendo consecuencias en otros sectores productivos.

La pandemia por COVID-19 representó un desafío sin precedentes para todo el mundo, la falta de evidencia científica inicial al enfrentarse a un virus completamente nuevo dificultó la toma de decisiones. Las autoridades que lideraron el abordaje de la pandemia en el país se vieron obligadas a construir su estrategia sobre la marcha, adaptándose a medida que se obtenía nueva información. Según Francés (2006), en Contreras (2013), esta dinámica corresponde a una estrategia informal, la cual pudo haber sido necesaria dadas las circunstancias.

Es fundamental reconocer que la pandemia ha tenido un impacto económico y social significativo a nivel mundial. De acuerdo con el World Economic Forum, “la pandemia de COVID-19 probablemente terminará costando entre \$8,1 y \$15,8 billones a nivel mundial”

(World Economic Forum, 2020), generándose este cálculo al considerar el PIB perdido y el costo económico y laboral de las muertes a nivel mundial. Sin embargo, no es verdaderamente posible calcular el costo generado por cada vida perdida. Esto destaca la importancia de adoptar las decisiones en una pandemia desde la perspectiva de la salud pública, priorizando el bienestar y la seguridad de la población sobre intereses sectoriales, los cuales suelen ser principalmente económicos. Es necesario que las medidas se tomen considerando los intereses nacionales en su conjunto para lograr una respuesta efectiva y sostenible a la crisis sanitaria.

Además, esta investigación permite concluir que la importancia de analizar el cierre de fronteras en el contexto de una pandemia desde una perspectiva de salud pública reside en que:

- Al inicio de la pandemia por COVID-19, una de las principales medidas que tomaron los países consistió en el cierre de fronteras, lo cual limitaría el flujo de personas, reduciendo así la transmisión del virus entre países y la posibilidad de introducción del virus en el territorio. Sin embargo, una vez que la transmisión se concretó a nivel local, esta medida dejó de ser la más efectiva para detener el virus. Esto demuestra que la decisión de cerrar las fronteras se basó en consideraciones de salud pública y que debía ajustarse según la situación epidemiológica.
- Algunos de los suministros médicos que se requieren para atender una crisis sanitaria son transportados vía aérea, específicamente en vuelos comerciales. Siendo así, el cierre de fronteras aéreas, tanto a nivel mundial como nacional, provocó el desabastecimiento de insumos necesarios para hacer frente a la pandemia. Esto llevó a las instituciones nacionales a desarrollar las estrategias de atención de pacientes con los insumos disponibles, tomando decisiones en tiempos extraordinarios. Esto representa, por tanto, una problemática de salud pública.
- A pesar de que la OMS nunca emitió la recomendación tácita de cerrar las fronteras, siempre llamó a tomar conciencia y a seguir las medidas de seguridad y comunicación de riesgo. Esto resalta la importancia de considerar las recomendaciones y lineamientos de los organismos sanitarios internacionales al tomar decisiones sobre el cierre de fronteras durante una pandemia.

- Es importante tener en cuenta que la apertura inadecuada de las fronteras podría representar un retroceso en materia de salud pública. Si bien la reapertura se hace con la intención de reactivar la economía de sectores específicos, podría significar un problema al poner en riesgo a la población con el posible ingreso de pasajeros portadores del virus, saturando y sobrecargando los servicios de salud, tanto públicos como privados. En este contexto, y teniendo presente las características del Sistema Nacional de Salud costarricense, el ingreso de turistas sin que medien requisitos o procesos que busquen salvaguardar la salud pública, hubiese tenido consecuencias negativas sobre la seguridad social, tornándose esta apertura contraproducente para la reactivación económica, pero, más importante aún, para la estrategia nacional de prevención y contención del COVID-19 en Costa Rica. Es fundamental encontrar un equilibrio entre la protección de la salud pública y la reactivación económica.
- Las medidas de cierre no son sostenibles a largo plazo, particularmente en países altamente dependientes de los mercados internacionales como Costa Rica, con mayor dependencia aún del turismo. Si bien las medidas restrictivas implementadas no aplican para la importación y exportación de mercancías, la disminución del flujo internacional de pasajeros y la poca disponibilidad de medios de transporte aéreo han traído serias consecuencias sobre el sector importador y exportador.
- El sector turístico, y los encadenamientos que este sector produce, se vieron seriamente afectados por el cierre. A pesar del comportamiento creciente de la pandemia a nivel internacional, y la tendencia a nivel nacional, se hizo cada vez más necesario proceder a la apertura de las fronteras en alguna extensión, de manera que se posibilite la generación de ingresos para un sector productivo que abarca a gran parte de la población nacional. Esto destaca la necesidad de encontrar estrategias que permitan reactivar el turismo de manera segura, priorizando siempre la salud pública. En esta misma línea, debe tenerse presente que la reactivación económica de este sector también se traduce en ingresos para la seguridad social por medio del trabajo formal de esta fuerza laboral y los aportes que realizan al sistema.

5.2 Recomendaciones

- Actualizar los planes de contingencia de todos los puntos de entrada, considerando las lecciones aprendidas por la pandemia de COVID-19, respetando las particularidades de cada punto de entrada, pero incluyendo elementos mínimos, entre ellos una tabla de contenidos para facilitar su lectura y aplicación en una emergencia.
- Aprovechar el *momentum* generado por la pandemia para contratar personal que esté destacado en los puntos de entrada o que, en su defecto, tenga la capacidad, libertad, movilidad y capacitación necesaria para cubrir eventos de interés de salud pública en estos puntos de entrada.
- Mejorar la coordinación entre el Ministerio de Salud y los actores en los puntos de entrada, ya sea generando o ajustando la normativa que facilite estas coordinaciones especialmente con los aeropuertos al considerar el volumen de pasajeros diarios. Establecer mecanismos efectivos de comunicación y protocolos claros de actuación ayudará a una respuesta más rápida, coordinada e integrada en caso de emergencias.
- Garantizar la sistematización de decisiones por medio de la elaboración de minutas de los espacios de decisión. Durante todo el proceso de reapertura no se generaron minutas entre los actores involucrados que dejara evidencia de las discusiones y el proceso que llevó a la toma de decisiones, sino que únicamente se cuenta con los resultados finales, materializados en decretos ejecutivos. Para estos efectos, es necesario generar la normativa y arreglos correspondientes que garanticen que, en el contexto de una emergencia nacional, todo espacio de toma de decisiones cuente con mecanismos que permitan la sistematización de las decisiones adoptadas, particularmente en aquellos casos en los cuales las decisiones no se traduzcan en cambios normativos. Lo anterior es fundamental para garantizar la transparencia de los procesos, a la vez que permitiría la identificación posterior de buenas prácticas y experiencias exitosas.
- Planificación y preparación anticipada. Se identificó la importancia de contar con planes de contingencia sólidos y una preparación anticipada en caso de futuras situaciones similares. Esto implica establecer protocolos claros y actualizados, tener un suministro adecuado de recursos y equipos médicos, y capacitar al personal de manera regular para estar preparados ante posibles emergencias, cumpliendo con

cada una de las capacidades establecidas por el Reglamento Sanitario Internacional. La planificación anticipada permite una respuesta más ágil y coordinada, minimizando el impacto en la salud pública y en los sistemas de transporte aéreo.

- Finalmente, los procesos de apertura deben realizarse de tal manera que se salvaguarde la salud pública y, por extensión, la seguridad nacional, tomando en cuenta la carga sobre el sector salud y los demás sectores que de alguna u otra forma se podrían ver afectados, incluyendo la seguridad alimentaria, financiera y laboral de la población.

Referencias

Libros

- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (Segunda). Retrieved from https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Flick.Disen%CC%83oInvestigacionCualitativa.PR_.pdf
- Goldin, A. (2012). Corporativismo, neocorporativismo y libertad sindical. *Derecho Laboral*, 54(247), 451–474.
- Hanlon, J.J., & Pickett, G. E. (1975). *Public Health: Administration and practice* (Sexta). Londres: Mosby.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). México D.F.: McGraw Hill Education.
- Keohane, R. O., & Nye, J. S. (1987). Power and Interdependence Revisited. *International Organization*, 41(4), 725–753. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/2706764>
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Retrieved from <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Nye, J., & Keohane, R. O. (1971). Transnational Relations and World Politics: An Introduction. *International Organization*, 25(3), 21. Retrieved from https://www-jstor-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/stable/2706043?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Roth Deubel, A.-N. (2007). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación* (5ta ed.). Bogotá: Ediciones Aurora.
- Subirat, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Frederic Varonne. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Madrid.

Artículos en revistas indexadas

- Acero, M. A., Caro R, I. M., Henao, L. K., Ruiz E, L. F., & Sánchez, G. V. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas Social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103–110.
- Aguilar Astorga, C. R., & Lima Facio, M. A. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? Retrieved February 15, 2022, from <https://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>
- Aguilar Freyan, W., Monge López, D., Pérez Sánchez, R., & Víquez Calderón, D. (2008). Cuadernos metodológicos. La opción de los métodos de comparación constante para la psicología. *Serie Cuadernos Metodológicos*, 4, 1–65. Retrieved from <http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/cuamet4.pdf>
- Barlow, P., van Schalkwyk, M. C., McKee, M., Labonté, R., & Stuckler, D. (2021). COVID-19 and the collapse of global trade: building an effective public health response. *The Lancet Planetary Health*, 5(2), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30291-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30291-6)
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). What is global health? *Global Health Action*, 3(1), 5142. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142>
- Cardona Osorio, J. (1998). La salud pública en período de crisis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(3). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000300015
- Chaudhry, R., Dranitsaris, G., Mubashir, T., Bartoszko, J., & Riazi, S. (2020). A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100464>
- De los Reyes Navarro, H. R., Rojano Alvarado, Á. Y., & Araújo Castellar, L. S. (2020). Fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*, (47), 203–223. <https://doi.org/10.14482/pege.47.7008>

- Ferrell, C., & Agarwal, P. (2018). Flight bans and the Ebola Crisis: Policy recommendations for future global health epidemics. *Harvard Public Health Review, Fall*(14). Retrieved from <http://harvardpublichealthreview.org/ferrell/>
- González Fernández, A. (2011). Reflexiones sobre Salud Pública Internacional. *Revista Cubana de Salud Pública, 37*(4), 372–379. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009, June 6). Towards a common definition of global health. *The Lancet, Vol. 373*, pp. 1993–1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Leyva Flores, R., Rojas, K., & Aracena, B. (2022). ¿El cierre de fronteras y el control de la Covid-19? El caso de Centroamérica y México. *Http://Journals.Openedition.Org/Poldev, (14)*. <https://doi.org/10.4000/POLDEV.5125>
- Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista Silogismo - Corporación Internacional Para El Desarrollo Educativo "CIDE," 8*(1). Retrieved from <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>
- Moral Santaella, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa, 24*(1), 147–164.
- Nowrasteh, A., & Forrester, A. C. (2020). *How U.S. travel restrictions on China affected the spread of COVID-19 in the United States*. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/resrep24847>
- Priest, P. C., Jennings, L. C., Duncan, A. R., Brunton, C. R., & Baker, M. G. (2015). Effectiveness of Border Screening for Detecting Influenza in Arriving Airline Travelers. *American Journal of Public Health, 105*(S4), S607–S613. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300761r>

- Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista Do Centro de Educação*, 31(1), 11–22. Retrieved from <http://www.ufsm.br/ce/revista>
- Sandín Esteban, M. P. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 223–242. Retrieved from <https://revistas.um.es/rie/article/view/121561/114241>
- Solé, C. (1984). El debate corporativismo - neocorporativismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 26(Jun-Ago), 9–27. Retrieved from http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_026_03.pdf
- The Economist Intelligence United Limited. (2022). *Democracy Index 2021 The China Challenge* (p. 85). p. 85. Retrieved from www.eiu.com/n/.
- Trejo Martínez, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Ensayo Enf Neurol (Mex)*, 11(2), 98–101.
- Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública.” *Desafíos*, 149–187. Retrieved from <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/view/433/377>
- Winslow, C. E. A. (1920, January 9). The untilled fields of public health. *Science*, Vol. 51, pp. 23–33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

Documentos oficiales

- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley N° 8488 Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo* (2006).
- Junta Directiva de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. (2020). *Acuerdo N° 046-03-2020*. San José.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2017). *Guía de la teoría de la intervención. Orientaciones metodológicas para la evaluación*. Retrieved from <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/3hKUn5b6Q5mjqaTeZoKQyg>
- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud - Marco Estratégico del Ministerio de Salud* (p. 147). p.

147. San José.

Ministerio de Salud. (2020c). *Plan de contingencia ante un evento de salud pública - Aeropuerto Internacional Juan Santamaría*. 2, 0–35. Retrieved from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/situacion-nacional-covid-19/lineamientos-nacionales-para-la-vigilancia-de-la-infeccion-p>

Ministerio de Salud. (2020d). *Protocolo de Atención Reglamento Sanitario Internacional (RSI) Aeropuerto Internacional Daniel Oduber Quirós* (p. 50). p. 50. Retrieved from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/situacion-nacional-covid-19/lineamientos-especificos-covid-19/historico-lineamientos-cov>

Ministerio de Salud. (2020e). Situación Nacional Covid-19. Retrieved August 23, 2020, from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007a). *Informe sobre la salud en el mundo 2007. Protección de la salud pública en el siglo XXI: un provenir más seguro*. Retrieved from https://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2009). *A62/9 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)* (Tercera). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=8CA747C95C5B5BC4926AA5A0AB2AC981?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2020h). *Documentos básicos* (49th ed.). Retrieved from https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1

Organización Mundial de la Salud. (2020k). La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada –aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales– en el contexto del brote de COVID-19. Retrieved February 15, 2023, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331193/WHO-2019-nCoV-POEmgmt-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica. Nuevo coronavirus (2019-nCoV) del 20 de enero de 2020*. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51851/EpiUpdate20January2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Poder Ejecutivo. (2020a). Decreto Ejecutivo 42690-MGP-S Medidas migratorias temporales en el proceso de reapertura de fronteras en el marco del Estado de Emergencia Nacional Sanitaria por el COVID- 19. Retrieved February 12, 2023, from http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=92834&nValor3=123013&strTipM=TC

Poder Ejecutivo. *Decreto Ejecutivo N° 42238-MGP-S Medidas sanitarias en materia migratoria para prevenir los efectos del COVID-19.* , (2020).

Poder Ejecutivo. (2020c). Decreto Ejecutivo N° 42256-MGP-S Ampliación de las medidas sanitarias en materia migratoria para prevenir los efectos del COVID-19. Retrieved February 12, 2023, from https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=90818&nValor3=119788&strTipM=TC

Sala Constituciona de la Corte Suprema de Justicia. (2020a). *Resolución N° 2020015659*.

Sala Constituciona de la Corte Suprema de Justicia. (2020b). *Resolución N° 2021001681*.

Páginas oficiales

Academia Real Española. (2020). Globalización. *Diccionario de la Lengua Española* (23.3 en lí). Retrieved from <https://dle.rae.es/globalización>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2020a). Gerente de logística de la Caja se sacude de las críticas por la adjudicación y compra de mascarillas. Retrieved February 16, 2023, from <http://www.asamblea.go.cr/p/Lists/Noticias/DispForm.aspx?ID=9266&ContentTypeId=0x0100AEFFC8C3B152B24EB8D5FA5DE427D586>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2020b). Piden mesa de trabajo con Ministra de Turismo. Retrieved April 5, 2023, from <http://www.asamblea.go.cr/p/Lists/Noticias/DispForm.aspx?ID=9133&ContentTypeId=0x0100AEFFC8C3B152B24EB8D5FA5DE427D586>

CEPAL. (2020). *Los efectos del COVID-19 en el comercio internacional y la logística* (p. 24). p. 24. Retrieved from <https://www.cpb.nl/en/worldtrademonitor>.

Comisión Europea. (2020a). Comunicación de la Comisión - COVID-19: Restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE. Retrieved April 7, 2023, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0115&from=EN>

Comisión Europea. (2020b). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo Europeo y al Consejo sobre la tercera evaluación de la aplicación de la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE. Retrieved April 7, 2023, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0399&from=ES>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*. Retrieved from <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/%0AResolucion-1-20-es.pdf>

Cubas, D. (2010). Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras. *Organización de Los Estados Americanos*, p. 46. Retrieved from [https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoHON\[Final\].pdf](https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoHON[Final].pdf)

Hoffmann, C., & Kamps, B. S. (2020). *COVID Reference* (4th ed.). Retrieved from https://amedeo.com/CovidReference04_es.pdf

Institute for Public Health Washington University in St. Louis. (2021). Public Health and

Global Health Definitions. Retrieved March 30, 2021, from <https://publichealth.wustl.edu/public-health-and-global-health-definitions/>

Instituto Costarricense de Turismo. (2020). Gustavo Segura, nuevo Ministro de Turismo, llega al cargo con tres grandes objetivos. Retrieved April 5, 2023, from <https://www.ict.go.cr/es/noticias-destacadas/1721-gustavo-segura,-nuevo-ministro-de-turismo,-llega-al-cargo-con-tres-grandes-objetivos.html>

Ministerio de Comercio Exterior. (2021). Exportaciones de bienes de Costa Rica cierran el 2020 con récord histórico, a pesar de la pandemia. Retrieved March 23, 2023, from <https://www.comex.go.cr/sala-de-prensa/comunicados/2021/enero/cp-2575-exportaciones-de-bienes-de-costa-rica-cierran-el-2020-con-récord-histórico-a-pegar-de-la-pandemia/>

Ministerio de Salud. (2020a). Ante COVID-19: lineamientos se endurecen con el cierre total de bares, discotecas y casinos. Retrieved July 26, 2020, from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1571-ante-covid-19-lineamientos-se-endurecen-con-el-cierre-total-de-bares-discotecas-y-casinos>

Ministerio de Salud. (2020b). Caso confirmado por COVID-19 en Costa Rica. Retrieved July 19, 2020, from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1555-caso-confirmado-por-covid-19-en-costa-rica>

Organización Mundial de la Salud. (2007b). *Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro*. Retrieved from https://www.who.int/world-health-day/previous/2007/files/issuespaper_final_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020a). Consideraciones de salud pública al reanudar los viajes internacionales. Retrieved February 15, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). Consideraciones operacionales para la gestión de casos o brotes de COVID-19 en la aviación. Retrieved February 15, 2023, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331968/WHO-2019-nCoV-Aviation->

2020.1-spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2020c). Consideraciones relativas a la aplicación de un enfoque basado en el riesgo para los viajes internacionales en el contexto de la COVID-19. Retrieved February 15, 2023, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339884/WHO-2019-nCoV-Risk-based_international_travel-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2020d). Coronavirus (CoV) GLOBAL. Retrieved September 12, 2020, from <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
- Organización Mundial de la Salud. (2020e). COVID-19 diagnostic testing in the context of international travel. Retrieved February 15, 2023, from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-international_travel_testing-2020.1
- Organización Mundial de la Salud. (2020f). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Retrieved July 19, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>

- Organización Mundial de la Salud. (2020g). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Retrieved May 1, 2023, from [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Organización Mundial de la Salud. (2020i). Enfermedades infecciosas. Retrieved September 12, 2020, from https://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020j). Key considerations for repatriation and quarantine of travellers in relation to the outbreak of novel coronavirus 2019-nCoV. Retrieved February 15, 2023, from <https://www.who.int/news-room/articles-detail/key-considerations-for-repatriation-and-quarantine-of-travellers-in-relation-to-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov>
- Organización Mundial de la Salud. (2020l). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Retrieved March 7, 2023, from <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Mundial de la Salud. (2020m). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Retrieved July 19, 2020, from <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (2020n). Solidarity Call to Action. Retrieved June 13, 2023, from <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>
- Organización Mundial de la Salud. (2020o). Updated WHO advice for international traffic in relation to the outbreak of the novel coronavirus 2019-nCoV. Retrieved February 15, 2023, from <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov>
- Organización Mundial de la Salud. (2020p). Updated WHO recommendations for international traffic in relation to COVID-19 outbreak. Retrieved February 15, 2023,

from <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>

Organización Mundial de la Salud. (2020q). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Retrieved August 23, 2020, from WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard website: <https://covid19.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR). Retrieved from <https://extranet.who.int/e-spar>

Organización Panamericana de la Salud. (2021a). Determinantes sociales de la salud. Retrieved April 3, 2021, from <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2021b). Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas. Retrieved April 4, 2021, from https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2020). COVID-19 y la industria aérea: Impacto y Respuestas Políticas. Retrieved April 2, 2023, from <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-y-la-industria-aerea-impacto-y-respuestas-politicas-d8615a3a/>

Pearson, R. D. (2019). Introducción a las infecciones parasitarias. Retrieved September 12, 2020, from Manual MSD versión para el público general website: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/infecciones/infecciones-parasitarias-introducción/introducción-a-las-infecciones-parasitarias?query=parásito>

Sistema de la Integración Centroamericana. (2020). Países miembros del SICA abren sus fronteras aéreas de forma gradual. Retrieved April 7, 2023, from <https://www.sica.int/consulta/Noticia.aspx?Idn=123526&idm=1>

Tesini, B. L. (2020). Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS). Retrieved September 12, 2020, from Manual MSD versión para profesionales website: <https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-sindromes-respiratorios-agudos-covid-19-mers-y-sars?query=coronavirus>

Subsecretaría de Planificación Nacional Territorial y Políticas Públicas. (2011). *Guía para la formulación de políticas públicas sectoriales* (p. 64). p. 64. Retrieved from <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Guía-para-la-formulación-de-políticas-públicas-sectoriales.pdf>

Medios de comunicación digital

DW. (2020). Canadá cierra sus fronteras e impedirá entrada a enfermos de COVID-19. Retrieved April 7, 2023, from <https://www.dw.com/es/canadá-cierra-sus-fronteras-e-impedirá-entrada-a-enfermos-de-covid-19/a-52800404>

LC Mundo. (2020). Canadá anuncia apertura de fronteras para viajeros vacunados. Retrieved April 7, 2023, from <https://www.lcmundo.com/noticias/detail/90/canada-anuncia-apertura-de-fronteras-para-viajeros-vacunados/>

Núñez Chacón, M. (2020, November 4). Costa Rica abre fronteras, pero... ¿el mundo está dispuesto a viajar? *Semanario Universidad*. Retrieved from <https://semanariouniversidad.com/pais/costa-rica-abre-fronteras-peroel-mundo-esta-dispuesto-a-viajar/>

Reuters. (2020). Presidente de Costa Rica decreta estado de emergencia por Covid-19 y ordena cierre de escuelas. Retrieved February 15, 2023, from Periódico La República website: <https://www.larepublica.co/globoeconomia/presidente-de-costa-rica-decreta-estado-de-emergencia-por-covid-19-y-ordena-cierre-de-escuelas-2978689>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para consulta.

Yo _____ declaro que he sido informado/a e invitado/a a participar en una investigación denominada “*Análisis del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19*”, trabajo final de graduación para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud.

Entiendo que este estudio busca identificar cuáles son las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la identificación de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública. Sé que mi participación se llevará a cabo de manera virtual del __ del mes de ____ del 2022, a las ____ horas, y consistirá en responder una entrevista que demorará alrededor de __ minutos.

Me han explicado que la información registrada será utilizada con fines académicos, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución económica por mi participación en este estudio. Tengo claro que esta información podrá beneficiar de manera indirecta la salud pública y, por lo tanto, la investigación y sus resultados tienen un beneficio para la sociedad.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la entrevista, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

En virtud de lo anterior, **sí acepto voluntariamente a participar en esta investigación**, y he recibido una copia del presente documento.

Firma del participante⁴¹: _____ . Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Adriana Salazar González o Cinthya Madrigal Rodríguez, a los correos electrónicos adrisg86@gmail.com y cinthya.madrigalro@gmail.com.

⁴¹ Firmas autógrafas y firmas digitales son igualmente válidas.

Anexo 2. Guía de consulta a experto.

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuál es su profesión u oficio?
3. Durante el 2020, ¿se desempeñó en el sector privado o en el sector público? Por favor especificar la institución o empresa.
4. ¿Cuál es/era el nombre del puesto en el cual estaba destacado?
5. ¿En qué consistían sus responsabilidades en dicho puesto?
6. ¿Esas responsabilidades cambiaron en el marco del abordaje de la pandemia de COVID-19?
7. ¿Participó en el abordaje de la pandemia de COVID-19?
8. ¿En qué consistió dicha participación?
9. ¿Conoce las medidas implementadas por Costa Rica en el marco del proceso de cierre y apertura de fronteras aéreas durante la pandemia de COVID-19?
10. ¿Estuvo usted presente en espacios de toma de decisiones en las cuales se adoptaron estas medidas?
11. ¿Estos espacios correspondían a reuniones oficiales (por ejemplo, Consejo de Gobierno)?
12. ¿Conoce si existen actas, minutas o documentos similares de los espacios en que se tomaron las decisiones? De ser así, ¿cómo se accede a dichos documentos?
13. ¿Cuáles actores o instituciones participaban en estas reuniones?
14. ¿Cuál era la dinámica en estas reuniones? ¿Cómo se presentaban los datos? ¿Qué elementos eran tomados en consideración? ¿Cómo se gestaba el proceso de la toma de decisiones?
15. ¿Cuáles eran los actores más beligerantes en estas reuniones?
16. ¿Se podría decir que había actores con posturas fuertes a favor o en contra de la implementación de medidas de cierre y posterior apertura?
17. Conociendo lo que conoce a hoy, y si estuviera en su poder, ¿hubiera hecho algo distinto? ¿Qué? ¿Por qué?

Anexo 3. Guía de revisión documental.

Ficha de revisión #		
Categoría de análisis relacionada		
Nombre del documento		
Tipo de documento		
Autor		
Resumen		
Versión del documento		
Fecha de publicación		
Fecha de revisión		
Palabras/ elementos clave de búsqueda en el documento	Aeropuertos habilitados	
	Otros aeropuertos	
	Excepción	
	Coordinación	
	Fechas en que rigen las medidas	
Referencia bibliográfica		
Enlace web		

Anexo 5. Cuadro de categorías de análisis.

Objetivo general: Identificar las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la caracterización de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública.					
Objetivo específico	Categoría de análisis	Definición de la categoría	Subcategoría	Técnica	Instrumento
1. Describir la estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas, a partir de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020	Recomendaciones emitidas por organismos internacionales e implementadas durante el 2020.	Corresponde a las indicaciones, basadas en criterios técnicos o de experto, que los organismos internacionales dieron para atender la pandemia por COVID-19.	Consideraciones desde la aviación para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.	Revisión documental: documentos emitidos por OMS, OPS, IATA y otros organismos internacionales pertinentes.	Guía de revisión documental
			Consideraciones desde la salud pública para el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.	Revisión documental: documentos emitidos por OMS, OPS, IATA y otros organismos internacionales pertinentes.	Guía de revisión documental
	Estrategia implementada en Costa Rica para el abordaje del COVID-19	Corresponde al conjunto de lineamientos y decisiones tomadas por las autoridades sanitarias del Estado, para atender la pandemia por COVID-19, en relación con las fronteras aéreas.	Medidas migratorias temporales en el proceso de reapertura de fronteras en el marco del Estado de Emergencia Nacional Sanitaria por el COVID-19.	Revisión documental	Guía de revisión documental
			Disposiciones sanitarias que deben seguir las compañías aéreas para prevenir y mitigar el riesgo o daño a la salud pública y atender el estado de emergencia nacional provocada por el Covid-19.	Revisión documental	Guía de revisión documental
			Disposiciones sanitarias dirigidas a las personas extranjeras que ingresen al territorio nacional bajo la categoría	Revisión documental	Guía de revisión documental

Objetivo general: Identificar las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la caracterización de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública.

Objetivo específico	Categoría de análisis	Definición de la categoría	Subcategoría	Técnica	Instrumento
			migratoria de No Residentes, subcategorías Turismo únicamente vía aérea por la emergencia del COVID-19.		
			Disposiciones sanitarias que deben seguir las personas tripulantes marítimos de embarcaciones de carga que se encuentren en tránsito bajo categoría migratoria de no residentes subcategoría turismo.	Revisión documental	Guía de revisión documental
			Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea.	Revisión documental	Guía de revisión documental
			Circulares de la DGME.		Guía de revisión documental
2. Describir la participación e intervención de los actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones durante el 2020 en relación con el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica.	Participación e <i>intervención</i> de actores involucrados en el proceso de toma de decisiones e implementación de acciones	Conjunto de acciones desarrolladas por actores involucrados en el proceso de toma de decisiones y su implementación en el marco de la reapertura de fronteras aéreas durante el 2020.	Actores sociales involucrados	Revisión documental Entrevista semiestructurada	Guía para la revisión documental Guía para la revisión de informes Mapa de actores Guía de consulta a expertos
			Posiciones tomadas por los actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.	Revisión documental Entrevista semiestructurada	Guía para la revisión documental Guía para la revisión de informes Mapa de actores Guía de consulta a expertos

Objetivo general: Identificar las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la caracterización de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública.

Objetivo específico	Categoría de análisis	Definición de la categoría	Subcategoría	Técnica	Instrumento
			Propuestas realizadas por los diferentes actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.	Revisión documental Entrevista semiestructurada	Guía para la revisión de fuentes Guía para la revisión de informes Mapa de actores Guía de consulta a expertos
			Acciones ejecutadas por los diferentes actores involucrados en el abordaje del COVID-19 en relación con las fronteras aéreas.	Revisión documental Entrevista semiestructurada	Guía para la revisión de fuentes Guía para la revisión de informes Mapa de actores Guía de consulta a expertos
	Proceso de reapertura de fronteras aéreas.	Consiste en el periodo entre el cierre temporal de las fronteras aéreas y su apertura, en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Costa Rica.	Medidas migratorias temporales en el proceso de reapertura de fronteras en el marco del Estado de Emergencia Sanitaria por el COVID-19.	Revisión documental	Guía de revisión de fuentes
			Disposiciones sanitarias que deben seguir las compañías aéreas para prevenir y mitigar el riesgo o daño a la salud pública y atender el estado de emergencia nacional provocada por el Covid-19.	Revisión documental	Guía de revisión de fuentes
			Disposiciones sanitarias dirigidas a las personas extranjeras que ingresen al territorio nacional bajo la categoría	Revisión documental	Guía de revisión de fuentes

Objetivo general: Identificar las lecciones aprendidas del proceso de reapertura de fronteras aéreas de Costa Rica en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el 2020, permitiendo la caracterización de los elementos que incidieron en el proceso desde la perspectiva de la salud pública.					
Objetivo específico	Categoría de análisis	Definición de la categoría	Subcategoría	Técnica	Instrumento
			migratoria de No Residentes, subcategorías Turismo únicamente vía aérea por la emergencia del COVID-19.		
			Disposiciones sanitarias que deben seguir las personas tripulantes marítimos de embarcaciones de carga que se encuentren en tránsito bajo categoría migratoria de no residentes subcategoría turismo.	Revisión documental	Guía de revisión de fuentes
			Lineamientos generales para el ingreso de pasajeros a Costa Rica por la vía aérea.	Revisión documental	Guía de revisión de fuentes
3. Analizar las experiencias de los actores involucrados durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas en Costa Rica en el marco de una pandemia por COVID-19.	Experiencias durante el proceso de reapertura de fronteras aéreas	Descripción de los hechos vividos durante el proceso de reapertura de las fronteras aéreas, según la percepción los actores involucrados.	Desafíos enfrentados por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas. Fortalezas percibidas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas. Oportunidades de mejora identificadas por los actores del proceso de reapertura de fronteras aéreas, con miras a situaciones futuras similares.	Sistematización de experiencias de los actores involucrados en el proceso de reapertura, entrevistas a expertos. Listado de lecciones aprendidas. Entrevista estructurada	Listado de lecciones aprendidas. Guía de consulta a expertos