

## **POLÍTICAS DE SALUD EN COLOMBIA: UN ANÁLISIS EN EL ESCENARIO DE PANDEMIA**

**DAVID FERNANDO RUBIO QUINTERO**

Escuela Colombiana de Rehabilitación, Bogotá, Colombia

*Fecha de recepción: 29/03/2023*

*Fecha de aprobación: 31/08/2023*

**Resumen:** Entender el papel de las políticas públicas y su vínculo social es objetivo esencial en la construcción y consolidación del Estado, con el fin de responder a demandas sociales y las situaciones coyunturales resaltado de las propuestas sociales. Sin embargo, la situación de pandemia desatada a consecuencia del virus SARS-CoV-2 generó tensiones en múltiples niveles, especialmente en el ejercicio político, la infraestructura pública de salud y los bienes y servicios asociados, donde la dicotomía en términos de calidad de vida, derechos humanos y los principios económicos se yuxtaponen en Colombia, bajo la mirada pública y la visión del gobierno. Esta investigación propende por esclarecer las acciones del gobierno de Iván Duque durante el escenario de pandemia en cuanto a cobertura, prevención y rehabilitación y atención a los derechos humanos y fundamentales.

**Palabras clave:** políticas públicas, pandemia, Colombia, derechos humanos, territorialidad.

**Abstract:** Understanding the role of public policies and their social link is an essential objective in the construction and consolidation of the State, in order to respond to social demands and conjunctural situations highlighted by social proposals. However, the pandemic situation unleashed as a result of the SARS-CoV-2 virus generated tensions at multiple levels, especially in the political exercise, public health infrastructure and associated goods and services, where the dichotomy in terms of quality of life, human rights and economic principles are juxtaposed in Colombia, under the public gaze and vision of the government. This research aims to clarify the actions of the government of Iván Duque during the pandemic scenario in terms of coverage, prevention and rehabilitation, and attention to human and fundamental rights.

**Keywords:** Public Policy, Pandemic, Colombia, Human Rights, Territoriality.

### **1. Introducción: Las políticas públicas y su énfasis social: naturaleza y diálogos sobre la actuación pública**

El Estado es un actor fundamental que intermedia las relaciones humanas, sociales y políticas, y que en el siglo 21 ha logrado inmiscuirse en el desarrollo del ser, en donde la visión del contrato social plasmada por Locke, Rousseau o Hobbes (Laskar 2013) claramente ha sufrido cambios y ampliaciones sustanciales que definen, inciden y modifican los espacios sociales de interacción tanto públicos como privados. Adicional a ello, el Estado de derecho que se ha masificado en varias

latitudes, ha logrado implementar estrategias que movilizan y simbolizan deseos, necesidades y situaciones coyunturales que afectan a la sociedad y al individuo.

En ese orden de ideas, las políticas públicas fluyen de manera transversal, es decir, hacen parte de procedimientos públicos, influencias, relacionamiento público y privado, simbolismo de la autoridad, acción pública y objetivos sociales explícitos. Es en estos escenarios que se pone en marcha la capacidad pública y la receptividad de los problemas o insatisfacciones.

Inicialmente, los actores políticos gestan iniciativas para buscar resultados electorales, lo cual se acerca a la tercera dimensión del ejercicio político (Vallès 2007), donde converge el cambio, la gobernabilidad, la gobernanza y la política pública como caldo de cultivo para tener una actividad política visible y palpable. En consecuencia, la conflictividad es un insumo valioso para entender el ámbito social, la cohesión social, razón que motiva esta investigación y retrata de manera cualitativa los avances y dilemas institucionales, que resultan del proceso sociopolítico, considerando los actores privados y su sentido democrático en situaciones como la virtualidad, el acceso a herramientas de aprendizaje, entre otros.

Se debe partir por la acción política donde confluyen los ciudadanos y los gobernantes, mediados por los efectos del entorno social que sirven para demostrar el proceso político y la dependencia de múltiples actores e intervenciones que se vinculan y se relacionan entre sí, aunque algunas veces la finalidad y el interés de los actores se reduce a la esterilidad o a simples movilizaciones que no aportan a nivel sociopolítico. Relacionado a lo que hemos mencionado, la finalidad de las políticas públicas se enfoca en producir resoluciones vinculantes para todos los miembros de la sociedad, pese a que, en algunos casos, sean solo unos los beneficiados. Desde esta postura lo que se plantea son paradojas y debates sobre el alcance de la acción política, donde la respuesta del Estado será en su mayoría parcializada para algunos sectores de la población. Al mismo tiempo, se debe vislumbrar que las no-decisiones también son una manera de expresar la voluntad, inoperancia o la parálisis del Estado ante determinados escenarios.

Sin embargo, dejando de lado las situaciones dicotómicas entre lo simple y lo compuesto, es decir, trascendiendo el análisis de la acción política y su resultado, las políticas públicas son un elemento intencional de un conjunto de elementos y decisiones en los cuales según Lasswell (2018) se debe reconocer que los objetivos son una proyección variable del estado ideal o de la situación que será atendida. Justamente, y asociada a esta visión social, las políticas públicas con énfasis en salud se perfilan como una muestra fehaciente del vínculo social y político.

Vale la pena recordar que la esencia de la política pública se enfoca en un componente coactivo, es decir, se manifiesta como una variable propia de la coacción que se ejerce como una serie de conductas precisas, y se cimienta en las relaciones legales contempladas por la constitución y el orden normativo vigente. En ese mismo sentido, la investigación de Lowi (Heckathorn y Maser 1990) es ampliamente

discutida y aplicada en Latinoamérica desde los tres enfoques en los que se pueden vislumbrar los elementos y alineaciones políticas como lo son la redistribución e institucionalidad pública, el énfasis regulativo y las características distributivas.

Desde esta misma perspectiva, es incorrecto proponer que el enfoque social se asocia a la autonomía e independencia de la visión política. Justamente son los puntos intermedios, el diálogo y el intercambio de experiencias, los que permiten potenciar el proceso político y junto a la efectividad de la política (Rodríguez 1999) manifestada por medio de las políticas públicas; además, de las interacciones directas entre los diferentes actores incluyendo al Estado, son los que demarcan el desarrollo del sector público junto al de la sociedad.

La visión de las políticas se ha ampliado estructuralmente a consecuencia de múltiples incapacidades tanto políticas como académicas, lo cual ha dificultado la posibilidad de crear o tener una mirada centralizada, clara y con una aplicabilidad precisa (tanto en territorios como en los centros urbanos) que permita homogeneizar los resultados, procesos y ejecuciones en Colombia (Arroyave 2011). Desde esta posición se deben analizar las visiones y retos teórico-prácticos de las políticas públicas que perviven a lo largo del andamiaje estatal y del punto de vista social. Jorge Iván Cuervo reconoce en las políticas públicas una dinámica en la que “el flujo de decisiones en torno de un problema que ha sido considerado público y ha ingresado en la agenda del Estado” (Cuervo 2007, 78-79), ello se vincula de forma directa con la vocación social de la política pública con un anclaje y una finalidad propia de la delimitación pública, que comulga con uno de los propósitos del Estado.

Desde el enfoque de Alejo Vargas, la política pública se reconoce como un conjunto de iniciativas, variables, decisiones y juicios de valor que se relacionan articuladamente con el régimen político para hacer frente a las situaciones de disconformidad o elementos del contexto que son socialmente problemáticas (1999, 85).

## **2. El caso de Colombia: datos de la pandemia y plan de manejo**

Al igual que varios países de la región, Colombia se vio inmersa en la escasez, el sobre costo de los medicamentos y equipos asociados a la COVID-19, lo cual ocasionó inicialmente la finalización tardía de la emergencia sanitaria. Fue hasta el 20 de junio de 2022 que el gobierno de Iván Duque terminó la emergencia sanitaria en el país, ya que no existían razones epidemiológicas y políticas para mantener el estado de emergencia considerando las condiciones sanitarias del país.

Inicialmente, durante el periodo de la emergencia sanitaria y desde una mirada proteccionista a nivel internacional, se decidió que en los puntos de control migratorio por vía aérea y marítima se debía presentar el resultado negativo de la prueba PRC para permitir el ingreso de personas al territorio nacional. Esta unificación de las vías de acceso del país se generó a partir de la Resolución 2383 de

2021. Adicionalmente, se exigió a todos los viajeros diligenciar el formulario Chek-Mig antes de viajar por medio de la página web de Migración Colombia, con unos plazos previstos de 48 horas antes del vuelo para facilitar el control migratorio en los aeropuertos y demás puntos de salida del país (Resolución 2021).

Con relación al sector salud, desde el 1 de mayo de 2022 los municipios con una población igual o superior del 70% que cuente con el esquema completo de vacunación, junto a un 40% de la población con vacuna de refuerzo ya no debe hacer uso del tapabocas en espacios cerrados. Sin embargo, el uso del tapabocas se mantiene en hogares geriátricos, transporte público, centros médicos y asistenciales. Por otro lado, y relacionado a las universidades o colegios, desde el 15 de mayo del mismo año se eliminó el uso del tapabocas, junto a las solicitudes de carné de vacunas en eventos públicos y privados.

Además, desde el gobierno nacional, se solicita a todas las entidades e instituciones para que incentiven el lavado de manos de forma permanente y constante, la desinfección de espacios y puestos de trabajo, así como la implementación de medidas preventivas ante la sospecha de COVID-19 por medio del reporte ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Secretarías de Salud o las Direcciones Territoriales de Salud con jurisdicción y competencia. En ese mismo sentido, se deben tener canales de comunicación abiertos para atender los círculos cercanos de los afectados por el virus, una vez se ha diagnosticado y confirmado la infección.

Desde el gobierno nacional también se ordenó la incorporación de medicamentos no vitales y con disponibilidad escasa para el tratamiento del COVID-19 como parte integral del esquema de medicamentos a los que se puede acceder en el sistema de salud, siempre y cuando estos medicamentos sean catalogados para el tratamiento, diagnóstico y prevención de la infección. Aunado a lo anterior, se acelerarán los procesos de homologación y convalidación de buenas prácticas de manufactura. Por otro lado, y como medida complementaria, a nivel general en el sector salud se propende por la habilitación de nuevos espacios intrahospitalarios a lo largo del país, optimizando las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por medio de la transferencia de recursos directos del Gobierno y las gobernaciones.

Vale la pena mencionar que la realidad territorial demanda un gran esfuerzo desde múltiples grupos sociales y políticos, ya que la situación de las zonas rurales del país dejaría en evidencia amplias zonas sin protección y acceso a los servicios de salud, como ocurrió y ocurre en Chocó, donde el hospital principal de nivel dos, que cuenta con especialistas y posibilidad de hospitalización no cuenta con UCI, tiene sospechas de corrupción y a los trabajadores se les deben sueldos por más de un año. Con este telón de fondo, la situación crítica de la región ante el aumento de casos y en el Departamento más pobre del país manifiesta un riesgo de mortalidad superior al doscientos por ciento en la población (Sot 2020), situación que se replica en Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

## 2.1. Características del proceso de vacunación en Colombia

El desarrollo y la colaboración para el acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 fueron cruciales para que Colombia recibiera los primeros cargamentos de vacunas por parte de la comunidad internacional. Vale la pena mencionar que el país no tiene centros especializados para el desarrollo y masificación de vacunas, al igual que varios países de la región su dependencia en este aspecto es total (Sepúlveda-Marín 2022; Basile y Feo 2022). En consecuencia, esta coalición internacional buscaba democratizar la fabricación, compra y suministros para que más de 2000 millones de dosis se pudieran distribuir en todas las latitudes del mundo.

Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los procesos de sistematización de situaciones a partir de proyecciones, la cobertura de las vacunas se priorizó en centros urbanos que tuviesen una densidad poblacional y vulnerabilidades manifiestas, por ello la región latinoamericana estaría priorizada, por medio de notificaciones emitidas a los ministerios de salud o entidades encargadas de atender las necesidades o impartir directrices sobre el tema. A nivel general, se incluyen orientaciones, herramientas y propuestas que permitan desarrollar la aceptación en el proceso de donación, monitoreo, evaluación sobre las vacunas, su aplicación y efectos en la población.

El mecanismo supranacional COVAX se compromete con garantizar al menos el 20% de vacunas para la población local residente en los países miembros; en ese mismo sentido, se compromete a garantizar diversidad de vacunas y a gestionar activamente la consecución de éstas en aras de cumplir con el esquema de vacunación o de alcanzar los mínimos de cobertura. Por otro lado, y con una mirada a largo plazo, el acuerdo internacional plantea la entrega de vacunas tan pronto como se disponga de los biológicos, la promesa de reconstruir las economías, para que se pueda propender y buscar la manera de poner fin a la fase aguda de la pandemia (Eccleston-Turner y Upton 2021).

Políticas de salud en Colombia: un análisis en el escenario de pandemia



Mapa 1. El mapa pone en evidencia la relación de vacunas aplicadas de acuerdo con los 32 departamentos de Colombia, en los cuales se identifican contrastes entre los departamentos periféricos y los departamentos que tienen los principales centros urbanos del país, en ese mismo sentido, se plantea la cantidad de dosis aplicadas semanalmente en el territorio nacional.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

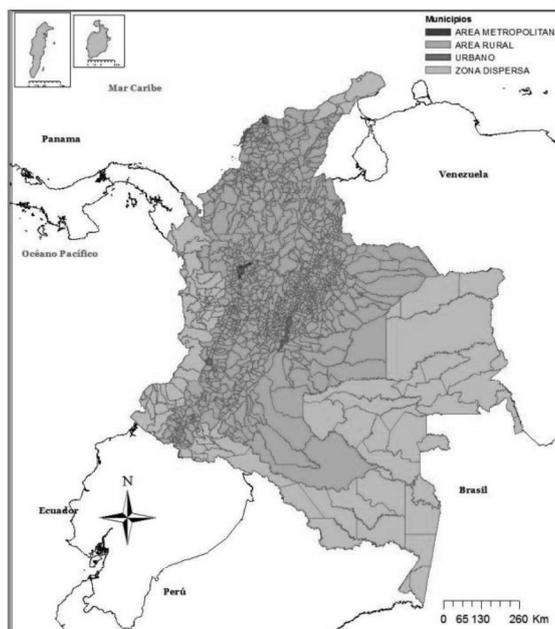
Además, la situación de pandemia a nivel global propició cientos de miles de fallecimientos que se podrían prevenir, en el mismo sentido que se vieron perturbadas la calidad de los derechos humanos y fundamentales, en general las condiciones de vida, estabilidad y seguridad social a lo largo del territorio nacional. Es por ello que Colombia, desde el Ministerio de Salud, aseguró por medio de acuerdo multilaterales y bilaterales el suministro de dosis suficientes para varias fases del proceso de vacunación hasta tener aproximadamente 35 millones de ciudadanos vacunados, en aras de contribuir con la inmunidad de rebaño (Pinzón 2021; Vargas-Uricoechea 2020).

En ese orden de ideas, el plan de vacunación se realizó de manera paulatina por medio de cinco etapas y dos fases (Decreto 2021), las cuales se concentraron en los siguientes grupos poblacionales así:

- Etapa 1: se vacunó progresivamente al personal vinculado al sector salud involucrado en la atención de pacientes con diagnóstico confirmado. Al mismo tiempo el talento humano en salud, apoyo logístico, personal técnico y epidemiólogos locales y territoriales fueron atendidos de manera prioritaria. Se incluyó también a la población con morbilidades graves, así como a los adultos con más de 80 años.
- Etapa 2: en esta etapa se vacunó a la población nacional que tuviera un riesgo grave o posibilidad de morir por COVID-19. También se incluyó a los trabajadores vinculados al sector salud en cualquier nivel del servicio. La visión poblacional de esta etapa abarcó de los 60 hasta los 79 años.
- Etapa 3: de manera progresiva se amplió el rango de edad para que cubriera de los 50 a los 59 años; además, se vacunó a la población con un riesgo moderado en la presentación de un diagnóstico grave a consecuencia del contagio de la COVID-19. En esta etapa se evidenció la potencialidad y reconocimiento de enfermedades que requerían una medicación adicional o de cuidados especiales como lo es la diabetes, el cáncer, la insuficiencia renal, las enfermedades asociadas al corazón, el asma y los ciudadanos con trasplantes, entre otros. Además, la etapa tres también reconoció el papel de los docentes o el personal que se ha vinculado con los entornos educativos, el personal activo de la fuerza pública, los ciudadanos al cuidado de los cementerios, aeropuertos, esquemas de seguridad, cuidadores medioambientales y gestores de paz.
- Etapa 4: desde este punto inició la segunda fase donde se reconocieron las necesidades de la población privada de la libertad y el personal de custodia, así como los bomberos activos en el país, socorristas, habitantes de calle, pilotos y auxiliares de vuelo y personal vinculado a barcos internacionales, junto a la población de 40 a 49 años.
- Etapa 5: en la última etapa se identificó una ampliación y masificación del proceso de vacunación ya que se contempló a la población a partir de los 12 años y que no hubieran sido incluidos en las poblaciones de las etapas

anteriores. Se mantuvo el orden de vacunación desde los 30 hasta los 39 años llegando paulatinamente a la población más joven.

Esta dinámica puso en evidencia las preelaciones, en el mismo sentido que planteó serias diferencias en los procesos de vacunación para aplicar las dosis y atender de manera homogénea a la población. La mejor muestra de ello se reflejó en el avance del plan de vacunación en Colombia, que vinculó elementos exógenos de la normatividad como lo son la gestión de los entes territoriales y las garantías hospitalarias. En ese sentido, los municipios de quinta y sexta categoría (Castro Vergara 2017) en muchas regiones no tienen hospitales y dependen de la cabecera municipal para atender a los ciudadanos, y los municipios que son categorizados en rural disperso tienen una propensión para vivir la desigualdad; como se observa continuación en los mapas de la aplicación de dosis y en la distribución territorial, los patrones son claros con relación a la baja aplicación de vacunas.



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC

David Fernando Rubio Quintero

En el marco de esta situación se identifican varios elementos culturales y sociales que inciden en los esquemas de vacunación, como lo son:

1. La falsa percepción relacionada a que las vacunas incluyen microchips u elementos extraños diseñados con fines anormales.
2. La percepción de que el proceso de vacunación y los biológicos usados en las principales capitales del país eran de mejor calidad en comparación con las dosis que llegaban a los territorios rurales.
3. La pérdida -por varios factores externos- de vacunas en los territorios.

Con relación a este último factor, vale la pena mencionar el papel de la Contraloría General de la República, institución que ha realizado tareas de monitoreo y control a la gestión territorial, lo que permite aproximar costos y pérdidas de biológicos en Colombia de la siguiente manera:

Laboratorio	Cantidad de dosis perdidas	Valor unitario de la dosis (USD)	Valor total (USD)
Pfizer	10 466	\$ 12.00	\$ 125 592,00
Sinovac	1 519	\$ 16.94	\$ 25 731,86
AstraZeneca	1 292	\$ 10.55	\$ 13 630,60
Total	13 277	N/A	\$ 164 954,46

Tabla 1. Estos datos fueron suministrados por medio de una entrevista anónima con fines académicos por parte de una funcionaria pública, quien para el desarrollo de la presente investigación aporta los informes de la Contraloría General de la República. Por esta razón, y luego de sintetizar la información sensible suministrada, surge la identificación de costos de las dosis de vacunas en dólares acordadas por el Gobierno de Colombia y canalizadas por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, clave en el desarrollo del proceso de vacunación para el primer trimestre del año 2021.

Fuente: elaboración propia con base en datos oficiales de la Contraloría General de la República

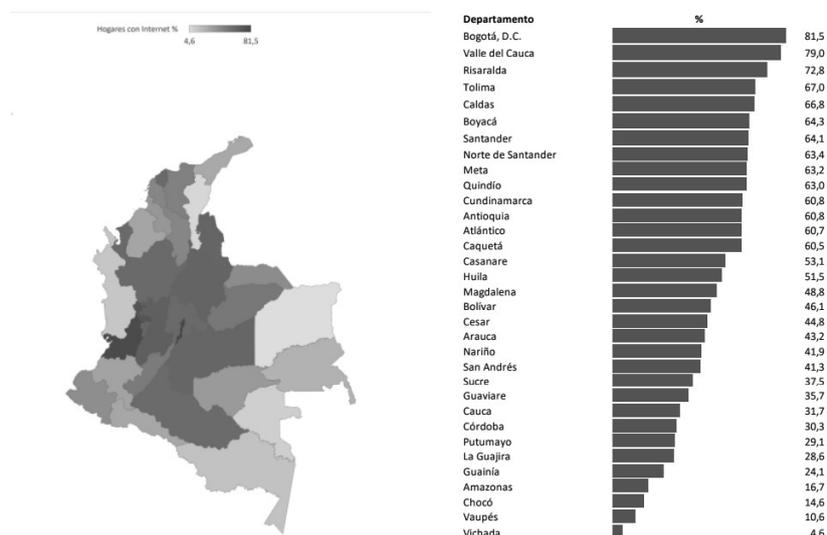
### 3. Pandemia y políticas públicas, el debate de “las dos Colombias” y su realidad

Como se ha mencionado anteriormente, la mirada del Ministerio de Salud apoyó el desarrollo de una guía de prevención de la COVID-19 proyectada para ciudadanos de más de 70 años y que tuvieran una condición de discapacidad reconocida por las entidades de salud. Dentro de las condiciones que el Ministerio reconoce estaba la dependencia funcional, discapacidad psicosocial, discapacidad visual, auditiva, física e intelectual, personas sordociegas y sordomudas, junto a sus cuidadores, voluntarios, psiquiatras y psicólogos que estén prestando servicios de

salud en la ruralidad del país y que ofrecen orientación médica a la sociedad en general. Sin embargo, no se explica con claridad el vínculo y mecanismos para defender a la población que tenga algún tipo de dependencia; en ese mismo sentido, ocurre con la desigualdad y la falta de cobertura en servicios básicos y necesidades insatisfechas.

Justamente, este es uno de los elementos que más polémica genera, como lo mencionan Restrepo Tamayo y Gómez Agudelo (2020), la conectividad digital y el acceso al internet está amparado en el ordenamiento legal colombiano, donde la Corte Constitucional tiene un papel fundamental para reducir la brecha digital en Colombia, entre lo rural y lo urbano. Sin embargo, la situación que no se adecua a las tendencias globales y, en cambio, promueve la desconexión. Colombia tiene cerca de 21 millones de personas con acceso y posibilidad de tener internet, mientras que 23 millones de ciudadanos no tienen esta herramienta, con especificidad en los estratos socioeconómicos 1 y 2.

Tomando como referencia los datos del Departamento Nacional de Estadística (DANE), la masificación de los servicios de internet (Cruz-Carbonell et al. 2020) en el territorio nacional se convertiría en una constante, ya que la gran mayoría del país no cuenta con servicios de telefonía, lo mismo sucede con los servicios básicos como redes hidráulicas, servicio de luz y atención en salud primaria (Jaramillo 2006). Sin embargo, la masificación de los servicios de internet no ocurrió como se esperaba y en consecuencia, resulta contraproducente que el Gobierno proyecte el uso e incentivo de la telesalud como una opción que fortalece las medidas de protección, reconocimiento y equidad en el acceso a los servicios de salud, este tipo de dinámicas se enfocó en temas económicos para los prestadores de salud en Colombia, quienes continuarían prestando el servicio de salud por medio de la virtualidad (Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón 2016).



Mapa 3. Este mapa pone en evidencia la conectividad del país en temas de acceso a la red de internet con relación a los 32 departamentos, donde se puede percibir que los departamentos finales en la lista por baja conectividad hacen parte de la zona rural dispersa del país, donde la densidad poblacional es menor a 50 habitantes por kilómetro cuadrado y que representan el 64.9% de la población rural en el país.

Fuente: Departamento Nacional de Estadística - DANE

Es claro que la situación del COVID-19 afectó todas las esferas y áreas sociales en Colombia, desde la aplicabilidad y la mirada de la educación hasta los temas de movilidad y transporte, ello quiere decir que impactó a nivel estructural la cotidianidad del ser, sus actividades, proyecciones, calidad y expectativas de vida (Rojas-Rincón et al. 2021). En el ámbito educativo, desde el 16 de marzo de 2020, las instituciones de educación públicas y privadas a lo largo del país suspendieron las clases presenciales, con el fin de que la población joven se mantuviera en sus hogares, incentivando el aislamiento preventivo (Ricciulli-Marín et al. 2020). Considerando la dinámica de la pandemia, el calendario académico sufrió serias modificaciones con relación a la presencialidad y virtualidad, donde se recomendó la autonomía y flexibilidad para desarrollar el estudio a nivel virtual o a distancia, situación que generó disyuntivas socioeconómicas con relación a los precios de las matrículas y los costos asociados a los servicios educativos, con especial incidencia en las universidades privadas (Maggio 2021).

Por otro lado, desde el Gobierno se incentivaron cambios en el Programa de Alimentación Escolar (PAE) para que los refrigerios fueran llevados o recibidos en los hogares (López 2017), situación que desencadenó escándalos y nuevas situaciones de corrupción en las zonas rurales del país. Aunado a lo anterior, se buscaron alivios

en el pago de sueldos y pensiones para los profesores vinculados a colegios públicos. Con el tiempo, el Gobierno optaría por el modelo de alternancia, el cual combina la presencialidad con la virtualidad, momento en donde se tuvieron que implementar medidas de bioseguridad y distanciamiento, posibilitando la autonomía regional en el proceso de implementación (López 2017).

No menos importante, el gobierno permitió que las instituciones de educación a lo largo del país flexibilizaran el calendario académico en un proceso concertado con el mandatario local, donde las instituciones educativas permitieran el aseguramiento de la educación con calidad en el marco de la pandemia (Largo-Taborda et al. 2022).

#### 4. Conclusiones

A lo largo de este estudio se ha identificado que la situación de pandemia fue particularmente fuerte para la población rural a lo largo del país, en muchos casos desde el gobierno nacional se supuso que el acceso a internet sería una opción ideal para el desarrollo de las actividades cotidianas como el trabajo y la educación, situación que resulta falaz y que sirvió para vulnerar estructuralmente los derechos humanos y fundamentales grandes grupos sociales. Pensar y proponer la tesis de “las dos Colombias” no es descabellado, ya que con datos oficiales se ha identificado la presencia de profundos problemas de desigualdad, violencia e invisibilización de las necesidades sociales que debían ser atendidas por el Estado como garante de los derechos.

Esta investigación no se motiva en la dicotomía del Estado y la sociedad, lo que busca es justamente zanjar la división y deuda histórica que se ha tenido por décadas a nivel social, humano, cultural, económico y político con los territorios rurales y dispersos. En este dialogo desde la visión pública, se vuelve a confirmar que la necesidad y la respuesta sigue desconectada en Colombia, donde impera la ignorancia, el desconocimiento y el olvido del Estado, como se refleja fielmente en los datos de acceso a internet y su vínculo con el desarrollo cotidiano, como lo es el trabajo, la educación y otras actividades básicas.

En ese mismo sentido, el contraste entre la necesidad y la pérdida se convierte en una constante que pone en evidencia la debilidad del Estado a la hora de planificar sus acciones y atender las necesidades. La pérdida de vacunas con especial incidencia en Cundinamarca permite evidenciar que las condiciones precarias en temas de salud y aseguramiento de la calidad de vida están muy cerca de los centros urbanos grandes del país, lo cual acentúa la desigualdad en temas básicos como lo es la educación, el acceso al sistema de salud e internet.

Desde el enfoque teórico se evidencia que una situación *sui generis* como lo fue la pandemia puso en tensión los principios esenciales del contrato social, lo cual

se interpreta en la inoperancia del gobierno en la implementación de estrategias que materializan deseos o demandas. En consecuencia, la desconexión por falta de cobertura y presencia del Estado donde las políticas públicas se diseñan para permitir y posibilitar el entendimiento y la cercanía entre el ciudadano y las instituciones se hace evidente y se perfila como un problema estructural e histórico de Colombia.

Finalmente, y no menos importante, uno de los grandes aportes de esta investigación es la certeza de los costos de las vacunas adquiridas por el gobierno nacional ya que desde el inicio de la investigación siempre se identificaron costos especulativos tendientes a la baja relacionado entre uno y dos dólares por dosis, cuando la realidad permite identificar el costo real triplicado de acuerdo con lo que los medios de comunicación indican de manera desacertada. En esa misma postura, la pérdida de vacunas y la falta de atención hacia la ciudadanía fue una constante en un diálogo unilateral donde el Estado en cabeza del gobierno de Iván Duque, tomaría decisiones lejos de la realidad y los criterios sociales, como en el caso de la educación virtual, los periodos de cuarentena y la propia proyección en la aplicación de vacunas como ha ocurrido en las zonas dispersas del país.

### Referencias bibliográficas

- Arroyave Alzate, Santiago. 2011. "Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos." *Revista Forum*, 1 (1): 95-111.
- Basile, Gonzalo y Oscar Feo. 2022. "Las tres 'D' de las vacunas del SARS COV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, Dependencia y Descoordinación." En *VIII Dossier Salud Internacional Sur Sur. Ediciones GT Salud Internacional*. CLACSO. <https://www.clacso.org/las-tres-d-de-las-vacunas-del-sars-cov-2-en-america-latina-y-el-caribe-determinacion-dependencia-y-descoordinacion/>.
- Castro Vergara, Rosa Marcela. 2017. *Revisión de levantamientos topográficos-IGAC (Pasantía)*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Cruz-Carbonell, Valeria, Ángel Fabián Hernández-Arias y Adriana Carolina Silva-Arias. 2020. "Cobertura de las TIC en la educación básica rural y urbana en Colombia." *Revista Científica Profundidad Construyendo Futuro*, 13: 39-48.
- Cuervo, Jorge Iván. 2007. "Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental (una revisión a los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana)." *Ensayos sobre políticas públicas*, 83: 66-95.
- Eccleston-Turner, Mark and Harry Upton. 2021. "International collaboration to ensure equitable access to vaccines for COVID-19: the ACT-Accelerator and the COVAX facility." *The Milbank Quarterly*, 99 (2): 426-49.

- Gleckman, Harris. 2021. "COVAX". *A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism*. Amsterdam: Friends of the Earth/Transnational Institute.
- Heckathorn, Douglas D. and Steven M. Maser. 1990. "The contractual architecture of public policy: A critical reconstruction of Lowi's typology." *The Journal of Politics*, 52 (4): 1101-23.
- Jaramillo, Patricia Stella. 2006. "Pobreza rural en Colombia." *Revista colombiana de sociología*, 27: 47-62.
- Largo-Taborda, Wilson Alejandro, María Ximena López-Ramírez, Eddy Mackniven Guzmán Buendía y Carlos Andrés Posada Hincapié. 2022. "Colombia y una educación en emergencia: innovación, pandemia y TIC." *Actualidades Pedagógicas*, 1 (78): Artículo 3. doi: <https://doi.org/10.19052/ap.vol1.iss78.3>.
- Laskar, Manzoor. 2013. "Summary of social contract theory by Hobbes, Locke and Rousseau." [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2410525](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2410525).
- Lasswell, Harold D. 2018. *Politics: Who gets what, when, how*. Auckland: Pickle Partners Publishing.
- López, Niny. 2017. *¿El programa de alimentación escolar contribuye a mejorar el rendimiento académico? Evaluación del PAE en Colombia*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Maggio, Mariana 2021. *Educación en pandemia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mendoza-Tolosa, Henry Antonio, Jacobo Alberto Campo-Robledo y Pedro Hugo Clavijo-Cortés. 2022. "Fuentes de crecimiento económico regional." En *Eficiencia tributaria y dinámica económica regional en Colombia*, 99-116. Bogotá: Editorial Universidad Católica de Colombia. <https://doi.org/10.14718/9786287554184.2022.5>.
- Pinzón, Jorge Enrique Díaz. "Proyección del tiempo para alcanzar la inmunidad de rebaño para COVID-19 en Bogotá". *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30 (2021).
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto 630 de 2021 (2021). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=164326>.
- "Resolución 2383 de 2021." Ministerio de Salud y Protección Social.
- Restrepo Tamayo, John Fernando y Dany Steven Gómez Agudelo. 2020. "La Conectividad Digital como Derecho Fundamental en Colombia." *Revista de Direito, Estado e Telecomunicações*, 12 (1): 113-136.
- Ricciulli-Marín, Diana, Jaime Bonet-Morón, Gerson Javier Pérez-Valbuena, Eduardo A. Haddad, Inácio F. Araújo y Fernando S. Perobelli. 2020. "Diferencias regionales en el impacto económico del aislamiento preventivo por el COVID-19: estudio de caso para Colombia." *Documento de Trabajo sobre Economía Regional y Urbana*.
- Rodríguez, Francisco A. González. 1999. "Reseña de la efectividad de las políticas públicas en Colombia. Un análisis neoinstitucional de Eduardo Wiesner." *Revista de Economía Institucional*, 1 (1): 143-51.

David Fernando Rubio Quintero

- Rodríguez-Triana, Diana R. y John A. Benavides-Piracón. 2016. “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud.” *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (3): 359-71.
- Rojas-Rincón, Sandra Rocío, Laura Cristina Tapias-Muñoz y Andrés Mauricio Santacoloma-Suárez. 2021. “Percepción de la calidad de vida durante el aislamiento social por Covid-19 en Colombia.” En *Semilleros: Contribuciones investigativas desde la psicología a las realidades sociales en Colombia*, editado por Ayala-Rodríguez, N. y López-Cantero, E., 17-40. Bogotá: Editorial Universidad Católica de Colombia.
- Sepúlveda-Marín, María Nicoll. 2022. “Dinámicas geopolíticas de las vacunas (Covid-19) a la luz de la teoría de la dependencia.” *Oasis*, 36: 7–20.
- Soto, Laura. 2020. “Principal hospital del Chocó: sin UCI, sin plata y medio cerrado.” *La silla vacía*, 22 de abril. <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/principal-hospital-del-choco-sin-uci-sin-plata-y-medio-cerrado/>.
- Vallès, Josep M. 2007. *Ciencia política. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Vargas-Uricoechea, Hernando. 2020. “COVID-19 en Colombia e inmunidad de rebaño: ¿es momento de considerarla?” *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 7 (1): 57-59. <https://doi.org/10.53853/encr.7.1.572>.
- Velásquez, Alejo Vargas. 1999. *Notas sobre el estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena Editores.