

**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE DERECHO**

TRABAJO DE GRADO

**Para acceder al título de Magíster en Derecho con énfasis en Derecho
Administrativo y Ciencias Políticas**

**LOS RETOS DEL GOBIERNO DEL HUILA PARA GARANTIZAR
EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ANTE LA CRISIS
DESATADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.**

María Isabel Reyes Ávila

Luz Ayda Pastrana Loaiza



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia

Vigilada MINEDUCACIÓN

Bogotá D.C., 2021

**LOS RETOS DEL GOBIERNO DEL HUILA PARA GARANTIZAR
EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ANTE LA CRISIS
DESATADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.**

**María Isabel Reyes Ávila
Luz Ayda Pastrana Loaiza**

**Director de Investigación
Carlos Laverde Rodríguez**

**TRABAJO DE GRADO
Para acceder al título de Magíster en Derecho con énfasis en Derecho
Administrativo y Ciencias Políticas**



**UNIVERSIDAD
La Gran Colombia**

Vigilada MINEDUCACIÓN

**Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales
Maestría en Derecho con énfasis en Derecho
Administrativo y Ciencias Políticas
Universidad La Gran Colombia
Bogotá D.C., 2021**

Agradecimientos

En primer lugar, a Dios que siempre permite que vayamos en el camino correcto; a nuestras familias que con su apoyo y paciencia impulsaron siempre nuestra labor y no nos permitieron desfallecer.

A nuestro director de Tesis, doctor Carlos Laverde Rodríguez, por su apoyo y dedicación, pues sin ellas no habría sido posible este gran logro.

A nuestros compañeros, colegas, amigos y docentes de la Maestría en Derecho cohorte 17, gracias por sus aportes y grandes momentos.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a todas las personas que padecieron esta enfermedad y a aquellas que aún sin padecerla tuvieron que vivir la profunda tristeza de perder a un ser querido.

Dios de paz a sus días.

Tabla de Contenido

Resumen	8
Abstract	10
Introducción	12
Planteamiento del Problema	17
Justificación	20
Objetivos	22
Objetivo General.	22
Objetivos Específicos.	22
Estado del Arte	23
Marco teórico conceptual	35
Metodología	45
CAPÍTULO I	46
Estudiar el derecho fundamental a la salud y evaluar la eficacia de las políticas públicas en el manejo de la pandemia en Colombia y el departamento del Huila.	46
1.1. Medidas adoptadas y su alcance en el marco del poder	46
1.2. El efecto de la pandemia sobre los más pobres	54
1.3. Acciones en el marco de las políticas públicas en salud adelantadas por el departamento del Huila.	57
1.4. El acceso al sistema general de seguridad social en salud, como derecho fundamental desde el marco constitucional y legal.	59
Conclusión del capítulo	60
CAPÍTULO II	62
Examinar las acciones adelantadas en el sector Salud, por los entes territoriales para afrontar el Covid-19.	62
2.1. Acciones adelantadas por el gobierno departamental del Huila	62
2.2. Capacidad Instalada	67
Conclusión del capítulo	79
CAPITULO III	83
Sugerir un modelo de herramienta que sirva de apoyo para enfrentar posibles emergencias de salud pública en el futuro.	83
Cómo ejecutar la propuesta y desarrollar la herramienta	87
Enfoque y carácter consultivo	87

Recursos educativos y de formación	88
Conclusiones	93
Referencias	95

Tablas

<i>Tabla 1. Etapas de seguimiento a la enfermedad, evolución normativa y de salubridad COVID-19 en Colombia.</i>	52
<i>Tabla 2 Capacidad instalada en el Departamento del Huila por municipio.</i>	67
<i>Tabla 3. Paralelo capacidad instalada Colombia - Huila.</i>	68
<i>Tabla 4. Distribución de equipos biomédicos, camas y camillas para las IPS de la red pública del departamento, con destino a enfrentar el Covid-19</i>	69
<i>Tabla 5 Capacidad de camas UCI</i>	72
<i>Tabla 6 Categorías municipios del Huila</i>	73
<i>Tabla 7 Camas UCI Huila</i>	74
<i>Tabla 8 Capacidad de camas UCI por zona, luego de ser dotadas por IPSs.</i>	75
<i>Tabla 9 Nivel de complejidad y zona geográfica – Red Prestadora de Salud Huila.</i>	76
<i>Tabla 10 Gestiones adelantadas por el gobierno del departamento del Huila</i>	80

Ilustraciones

<i>Ilustración 1 Estructura orgánica funcional y mecanismos para prevención del Covid-19 en el departamento del Huila, a junio de 2020.</i>	13
<i>Ilustración 2. Esquema evolución normativo y de salubridad COVID-19 en Colombia en sus primeros 4 meses.</i>	53
<i>Ilustración 3. Distribución del ingreso e informalidad</i>	55
<i>Ilustración 4 Distribución del Ingreso y Cuentapropismo</i>	56
<i>Ilustración 5. Casos Huila hasta 31 diciembre 2020</i>	63
<i>Ilustración 6 Esquema evolución normativa y de salubridad COVID-19 en el Huila hasta el 31 de diciembre de 2020.....</i>	64
<i>Ilustración 7. Decretos para mitigar impactos del Covid-19 en el Huila.....</i>	65
<i>Ilustración 8. Otra normativa COVID-19</i>	66

Resumen

La actual pandemia rompió todos los esquemas de prevención a nivel mundial y planteó unos retos muy complejos en el país, por ejemplo, en el departamento del Huila, donde se pusieron al descubierto debilidades en la infraestructura del sistema de salud que agudizaron las condiciones de acceso al servicio y pusieron a prueba la infraestructura y las políticas públicas en la materia.

El departamento del Huila con todos sus matices sociales es un modelo a escala de Colombia y se aproxima al comportamiento del país, pues replica las condiciones socioeconómicas y en algunos casos culturales. En este trabajo de investigación se escogió este departamento porque fue el primero en plantear una propuesta concreta y un trabajo bien estructurado y serio sobre la reactivación económica en el país. (Gobernación del Huila, 2020).

La presente investigación, tiene como objetivo estudiar la salud como derecho fundamental, examinando las acciones implementadas en el Huila para el manejo de la pandemia. No hay duda que una afectación a la salud es muy desafortunado para una persona, pero, cuando afecta a muchas en todo el mundo, y es una “Pandemia”, empezamos a notar que las consecuencias se vuelven aún más trágicas, ya que involucran otros factores como la economía, la productividad, el colapso de los sistemas de salud y la atención de emergencias, que lleva al aumento del gasto público para su atención, y, como si fuera otra enfermedad, la depredación de ciertos sectores sobre los menos favorecidos.

El carácter cuantitativo de este trabajo, midiendo y evaluando la gestión pública en salud, específicamente las condiciones de acceso de la población en el Huila, por vía de análisis de cifras oficiales a través de métodos estadísticos descriptivos, permite identificar, como hallazgos relevantes, pero no sorprendentes, que las políticas públicas en salud en y la infraestructura, complicaron el acceso al servicio y que hoy por hoy no son suficientes para afrontar la magnitud de una pandemia.

La conclusión tras analizar la información obtenida y contrastarla con la hipótesis planteada, es que no obstante la entidad y letalidad del virus SARS-CoV-2, las acciones desarrolladas en el Departamento del Huila se constituyeron en una gran prueba que sacó lo mejor de cada huilense demostrando que el trabajo en equipo arroja buenos resultados. La respuesta de las instituciones en general fue positiva.

Palabras clave: Pandemia, políticas públicas, poder, estado paternalista, crisis, salud, emergencia.

Abstract

The pandemic broke all prevention schemes worldwide and posed very complex challenges in the country, for example, in the department of Huila, where weaknesses in the infrastructure of the health system were exposed that exacerbated the conditions of access to healthcare. service and put the infrastructure and public policies on the matter to the test.

The department of Huila with all its social nuances is a scale model of Colombia and approximates the behavior of the country, since it replicates the socioeconomic conditions and in some cases cultural conditions. In this research work, this department was chosen because it was the first to put forward a concrete proposal and a well-structured and serious work on the economic reactivation in the country. (Government of Huila, 2020).

The present research aims to study health as a fundamental right, examining the actions implemented in Huila for the management of the pandemic. There is no doubt that a health condition is very unfortunate for a person, but, when it affects many around the world, and it is a “Pandemic”, we begin to notice that the consequences become even more tragic, since they involve other Factors such as the economy, productivity, the collapse of health systems and emergency care, which leads to an increase in public spending for their care, and, as if it were another disease, the depredation of certain sectors on the less favored.

The quantitative nature of this work, measuring and evaluating public health management, specifically the conditions of access of the population in Huila, by means of analysis of official figures through descriptive statistical methods, allows to identify, as relevant findings, but It is not surprising that public policies on health in and infrastructure complicated access to the service and that today they are not enough to face the magnitude of a pandemic.

The conclusion after analyzing the information obtained and contrasting it with the hypothesis raised, is that despite the entity and lethality of the SARS-CoV-2 virus, the actions carried out in the Department of Huila were constituted in a great test that got the best of each

huilense demonstrating that teamwork yields good results. The response of the institutions in general was positive.

Keywords: Pandemic, public policies, power, paternalistic state, crisis, health, emergency.

Introducción

El 2020 es el año de la Pandemia originada por el Coronavirus o Covid-19, pero, es claro que, desde que el hombre se ha organizado en grupos, clanes o polis, dentro de espacios territoriales definidos, como el ser social que es, ha sido testigo de los devastadores efectos de las enfermedades que contagian masivamente a las personas *-pandemias-*, pues en algunos lugares reducen tanto su voluntad, como su número de individuos. El pasado 17 de marzo del año 2020, el gobierno colombiano por medio del Decreto 417 declaró Estado de Emergencia Económica, social y ecológica en todo el territorio debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19.

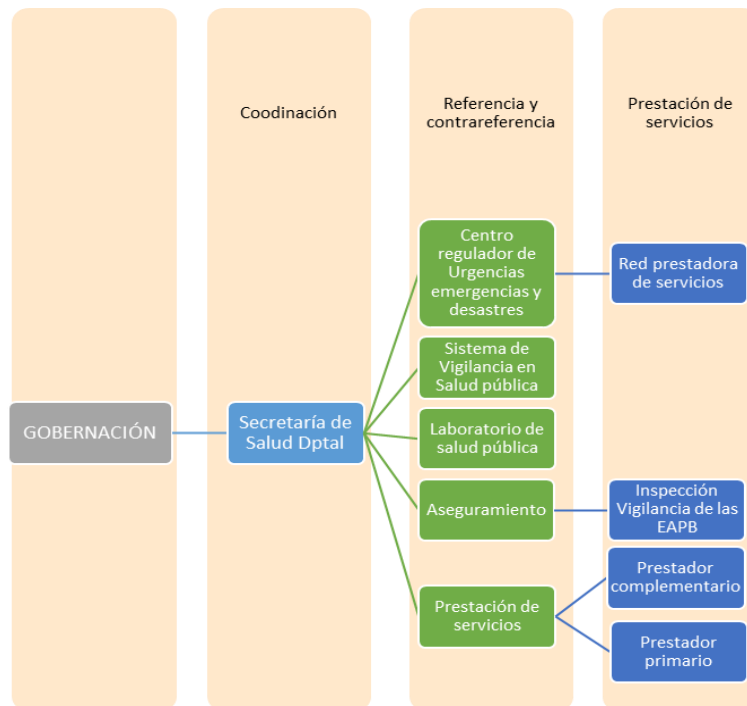
En atención a esta declaratoria el Sistema de Naciones Unidas en Colombia desarrolló un plan intersectorial de respuesta a la Covid-19, en colaboración con el Equipo Humanitario de País (EHP) y el Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), en torno a los ocho pilares establecidos por la OMS para la Covid-19: 1. coordinación y planeación 2. comunicación del Riesgo y movilización social 3. vigilancia epidemiológica e investigación de los casos 4. puntos de entrada 5. laboratorios de salud pública 6. prevención y control de la infección 7. manejo de los casos 8. soporte logístico. Estos pilares fueron tenidos en cuenta por muchos gobiernos en el mundo y sirvieron de modelo para implementar sus propios protocolos.

Como es el caso del departamento del Huila que cuenta con 37 municipios, y cuya ciudad capital es Neiva, posee una extensión de 19.990 km² y una población aproximada de 900.000 habitantes. Asimismo, se encuentra localizado al suroccidente del país entre el nacimiento del Rio Riachón, municipio de Colombia y el pico de la Fragua, municipio de Acevedo, y entre el Alto de Las Oseras, municipio de Colombia y el páramo de Las Papas, municipio de San Agustín. Al norte limita con los departamentos de Cundinamarca y el Tolima al sur con los de Cauca y Caquetá, al oriente con los departamentos de Meta y Caquetá, y hacia el Occidente con los de Cauca y Tolima (Gobernación del Huila, 2021).

Por su parte, este departamento expidió un documento titulado *Plan de respuesta territorial para la fase de mitigación en la pandemia por Covid-19* en junio de 2020,

mediante el cual se conformó la estructura orgánica funcional y mecanismos que permitieron el recurso humano para asistir la emergencia sanitaria en este territorio, como se evidencia a continuación en la Figura 1:

Ilustración 1 Estructura orgánica funcional y mecanismos para prevención del Covid-19 en el departamento del Huila, a junio de 2020.



Creación propia, fuente de información: Plan de respuesta territorial para la fase de mitigación en la pandemia por Covid-19

Se pretende con el presente trabajo de investigación, analizar la efectividad de la intervención del Estado en momentos de crisis, su capacidad de adaptación y la habilidad para integrar sus instituciones en procura de conjurar las situaciones problemáticas existentes, de manera incluyente y con un enfoque territorial. Lo anterior podría explicarse en la implementación de respuestas eficaces para la solución de problemas, que no se queden en largas listas de actividades por desarrollar, a cargo de instituciones estatales lentas y burocráticas que identifican al grupo social afectado, como su gran objetivo, pero le niegan la participación para ampliar y enriquecer las propuestas de solución.

En vista de tan difícil situación a nivel mundial, la improvisación y la imitación, fueron las herramientas más empleadas, pues, la emergencia que produjo el Covid-19, no obstante, al ser una afectación a la salud de la población, incluyó nuevas características del virus y se propagó de una manera vertiginosa, afectando a diversos grupos de personas, lo que dificultó considerablemente establecer sus patrones de comportamiento.

Dentro de los retos del gobierno en Colombia se puede decir que, el principal siempre será minimizar el contagio para evitar que se masifique tanto que, haga colapsar a los sistemas de salud, y así evitar que el desastre sanitario llegue a los más vulnerables y cause pánico por el aumento de las muertes, con una consecuencia aún más demoledora que será la implementación de medidas de aislamiento más severas, lo que generará más pérdida de empleos y el consecuente deterioro de la economía, lo que hará que la población vulnerable también crezca y el círculo se haga cada vez peor.

El estudio de las acciones adelantadas en el departamento del Huila y su velocidad de adaptación conforme las necesidades de cada uno de sus 37 municipios, es necesario para proponer nuevos planes de intervención y un diseño específico para la generación de políticas públicas de salud en el departamento, cosa que, hasta el momento, no se ha logrado. Esta es una investigación pertinente, ya que de los resultados arrojados se podrán trazar a futuro estrategias territoriales que reflejen las verdaderas necesidades de la población del Huila, sin escapar al marco de las directrices nacionales que sean aplicables a municipios con características similares.

Esta es una investigación que se requiere primordialmente para establecer antecedentes específicos sobre este tipo particular de enfermedad y los protocolos y acciones para disminuir su contagio y minimizar su letalidad, lo que redundará en beneficios y será de utilidad para las futuras generaciones, ya que es claro que, no es la primera ni será la última de las pandemias que aquejarán a la humanidad. Se busca dotar al Huila de conocimientos sobre el virus y las herramientas eficaces para combatirlo, situación que es conveniente no sólo a los Huilenses sino a toda Colombia y el mundo.

Además de establecer cómo ha sido el manejo que se le ha dado a la pandemia por Covid-19 a nivel nacional, es del caso precisar que en este trabajo centraremos la investigación en las decisiones que tomó el gobierno departamental del Huila, para garantizar el derecho al acceso a la salud de sus habitantes, -en los 37 municipios que lo conforman-, para atender la emergencia generada por esta enfermedad, en un lapso determinado.

Se escogió al departamento del Huila, por ser esta una zona intermedia del país con una economía robusta y recursos suficientes provenientes principalmente de la agricultura, la ganadería, la explotación petrolera, el turismo y el comercio, aunque en un fuerte contraste se encuentre que sólo 2 municipios de 37 que tiene se salvan de hacer parte de la desesperanzadora categoría 6 en la que se sitúan los entes territoriales con mayores límites definidos de población y menores Ingresos Corrientes de Libre Destinación (ICLD). Adicionalmente, con un vistazo a cifras de casos confirmados por Covid-19, una ligera revisión de capacidad instalada y cifras de mortalidad (que se analizarán más a fondo en el desarrollo de este trabajo), se puede determinar que el Huila podría convertirse en una especie de caso de estudio que puede brindar una panorámica del tratamiento de la pandemia a nivel nacional.

Se abordó el estudio desde las garantías constitucionales, la articulación de las entidades públicas con el sistema de salud, la implementación de protocolos de bioseguridad aplicados al manejo dado a la pandemia por Covid-19, entre otros aspectos.

En el desarrollo constitucional además de lo preceptuado frente a la responsabilidad del Estado de ser garante del acceso a la salud, se encuentra que la Ley 1751 de 2015 que se centró en definir el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, destacándose que el ejercicio pleno del derecho comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad, para lograr la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, obligando al Estado a adoptar políticas para asegurar el acceso a actividades de tratamiento y rehabilitación (entre otras) para todas las personas. Dispuso expresamente el legislador como obligación del Estado Colombiano, que este debía “abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la

población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas.” (Ley 1751, art. 5, 2015).

Corolario, como principio y elemento indispensable para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se estableció que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, sin que puedan ser objeto de interrupción por razones administrativas o económicas, situación que atañe a este estudio, pues, muchas personas entraron en grave situación económica a raíz del cierre de negocios y pérdida de trabajos.

La pandemia por Covid-19, generó un sinnúmero de afecciones en la población del mundo, sumado a condiciones económicas muy difíciles y el despertar de miedos nunca experimentados, muerte, desolación, desempleo y un particular aislamiento que generó más cambios emocionales de los que las personas podían soportar. Estos cambios emocionales se manifestaron de diversas maneras: en forma de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo), o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Ahora bien, ese es el escenario particular que debe afrontar una persona en particular, quien enfrenta miedo a muchas cosas, entre ellas el dolor, la entidad de su enfermedad, los eventos desconocidos que deberá afrontar y en el peor de los casos a la muerte. (López, 2007, p.209-211).

Planteamiento del Problema

La actual Pandemia no dejó muchos espacios y oportunidades de reacción, sólo se propagó y causó sus destrozos de acuerdo con su genética y capacidad de acción, obligando al mundo entero a modificar sus hábitos y a los gobiernos a emplearse a fondo en la implementación de estrategias para evitar su propagación que, el tiempo ha demostrado que con disciplina pueden llegar a ser eficaces. Pero la pandemia, es apenas la punta del iceberg, pues lo que provoca luego de imponer su presencia es un sinnúmero de nuevos problemas, desde aquellos que le atañen directamente como son los deterioros en la salud de las personas, hasta las catástrofes económicas que originan la caída de los mercados, la pérdida de empleos, la desaparición de algunos sectores de la economía y en muchos casos la quiebra en algunos sectores que, hasta antes de su aparición se pensaban sólidos.

Es claro que, en tiempos de crisis se acelera el termómetro que mide el liderazgo gubernamental y le permite a la sociedad acentuar o moderar, mediante su postura crítica, la presión sobre el gobernante de turno, al poner en escrutinio el manejo que le ha dado a la crisis y su impacto sobre los aspectos sociales, económicos, ambientales, y políticos.

Las oportunidades que planteó esta pandemia para medir nuestra velocidad de respuesta frente a las crisis, la infraestructura para combatirlas y las reacciones de los habitantes de nuestro diverso país ante tan desconocido escenario, desde sus primeras manifestaciones a principios del 2020, han sido muchas y muy polémicas.

El Coronavirus nos tomó un poco desprevenidos y sacó a la luz algunos problemas de recursos e infraestructura que, aunque se presumían de tiempo atrás, no habían aflorado, pues, hacía mucho tiempo que el mundo no se estremecía ante una calamidad de tales proporciones, que pusiera a prueba nuestra capacidad de reacción para mostrarnos lo sensible que puede ser un sistema ante la falta de previsión y planeación en sus instituciones.

Así las cosas, sabiendo que muy pocos pueblos del mundo han escapado a su régimen, el Covid-19, vino a transformar nuestras vidas, incorporando a ellas protocolos de bioseguridad y el empleo de accesorios de manera permanente, nos obligó a vivir aislados, separados y a implementar nuevas formas de socialización -reuniones- a través de medios virtuales, medidas que poco a poco se volvieron más comunes y aceptadas en contraste con el temor por el contagio. Nos exigió, buscar en la trastienda para saber si había suficientes camas y equipos, UCIs, medicamentos, personal médico y paramédico, acceso al sistema de salud y recursos guardados para subsidiar a los más pobres o a los que se quedaron sin vinculación laboral o perdieron sus pequeños negocios por culpa de medidas drásticas y necesarias como el aislamiento que se estableció como una acción preventiva.

Es de conocimiento público que, por la inexperiencia en este campo, las reacciones gubernamentales alrededor del mundo no fueron completamente efectivas ni coordinadas, aunque algunos gobiernos como el de Nueva Zelanda y algunos países Nórdicos tuvieron un poco más de acierto con sus medidas restrictivas en etapa temprana y su manejo general de la emergencia.

Se pone de presente que en un país como Colombia, las medidas parecen haberse tomado a destiempo, teniendo en cuenta que el 12 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanza la alerta de una gran amenaza para la salud humana que ya había afectado a 41 personas en China y había segado la vida de un habitante de este territorio, momento en el que el gobierno Colombiano inicia su “etapa de prevención” con la que pretendía tomar ventaja en protocolos y fortalecimiento de la infraestructura en salud para poder atacar a quien se convertiría en el peor verdugo del mundo para los tiempos modernos.

Pero fue sólo hasta el 11 de marzo de 2020, dos meses después de la alerta y cinco días posteriores al primer caso confirmado de Covid-19 en el país, que el gobierno de Colombia inicia algunas tímidas medidas, como el aislamiento preventivo voluntario de extranjeros que provenían de zonas con brotes activos; para esta fecha darían por terminada la “etapa de prevención” para dar paso a la etapa de contención.

La constitución política establece mecanismos para que el Ejecutivo pueda atender situaciones sobrevinientes, como la pandemia generada por el Covid-19, a través de la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, que es uno de los estados de excepción, que le otorga grandes facultades al presidente de la República para tomar aquellas decisiones necesarias tendientes a conjurar la emergencia sanitaria.

El 17 de marzo de 2020, se hace la declaratoria de estado de emergencia sanitaria en Colombia, el 25 de marzo se restringe la operación aérea en el país y se instituye el aislamiento preventivo obligatorio, teniendo para esa fecha un total 481 casos confirmados (en su gran mayoría “importados”) y un saldo de 4 compatriotas fallecidos; para ese entonces ya eran 64 los municipios afectados en el territorio colombiano por el mortal virus.

Según lo expuesto y en atención a que, el problema sanitario ocasionado por la actual pandemia en el país es un tema poco explorado e investigado dado lo reciente de su aparición, ya que la mayoría de los trabajos investigativos sobre el tema provienen de disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología y la economía, resulta pertinente hacer el siguiente cuestionamiento:

¿Cómo ha sido la respuesta desde la política pública de salud del gobierno del Huila y de qué manera se ha garantizado el acceso al sistema como derecho fundamental, a partir de la primera declaratoria de estado de emergencia sanitaria generada por la pandemia Covid-19 y hasta diciembre de 2020?

Justificación

El presente trabajo pretende establecer cómo el departamento Huila a través de sus instituciones de salud, ha tomado las medidas necesarias y suficientes para reaccionar de manera eficaz a la prevención, manejo y control de la pandemia, con qué herramientas contó para enfrentarla o en caso contrario, cuál fue el nivel de reacción e implementación de políticas públicas y estrategias, en salud, que sobre la marcha se pusieron en práctica para luchar y mitigar el impacto del virus.

Esta investigación busca determinar las implicaciones de las políticas públicas en salud, aplicadas al caso de la pandemia originada por el Covid-19 en Colombia, concretamente en el departamento del Huila y la forma de contribuir a la discusión en curso sobre el impacto que ha generado desde el ámbito sanitario, así como la posibilidad de crear un sistema de información basado en cifras proporcionadas en tiempo real, desde el sector público y privado, acudiendo a otras fuentes de información, complementarias a las que el gobierno nacional tradicionalmente analiza, como es el caso del censo realizado por el DANE. Lo que se propondrá al final de la investigación es la creación de un instrumento que permita estructurar este sistema de información, con datos actualizados de la población, su caracterización social, perfil epidemiológico, factores medioambientales y geográficos que afecten las condiciones de salud, la accesibilidad al servicio de salud, las formas en que se debe actuar para mejorarlas, trabajando en el desarrollo e implementación de políticas públicas más eficientes a nivel departamental y nacional.

Dentro de los retos que se plantea la presente investigación, está en primer lugar, el hecho de que va a hacer posible que la ciencia tenga un ligero avance en relación con el manejo de las epidemias y pandemias y será el antecedente de futuros y más elaborados proyectos de intercambio de información con miras a establecer bases sólidas en la formulación de proyectos y políticas públicas que se destaquen por su eficacia en el manejo y control de enfermedades, y, en general para que sea la metodología de manejo de información que sirva como base para

desarrollar mejores y más eficaces sistemas de solución de todo tipo de problemas a nivel salud mediante la optimización de recursos ya existentes.

De esta manera se espera que se generen importantes cambios sociales que mejoren la calidad de vida de todas las personas y de esta forma se logren de manera eficaz y económica los fines del Estado. Pero debemos tener claro que la relación entre nuestra economía y esta dura crisis es muy estrecha, pues no solo se ha fallado en infraestructura en salud, sino que la brecha económica creció notablemente.

En opinión de profesionales del Centro de Investigación para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia (2020), es necesario adoptar políticas económicas más robustas para evitar que el mediano plazo el confinamiento acabe con los ingresos de los hogares y que el consumo basado en deuda haga más frágil su economía, pues al regresar la “normalidad” será casi imposible que honren sus obligaciones y nos enfrentaremos a otra gran calamidad.

Por lo anterior, más allá de criticar o modificar la forma en que el gobierno nacional, departamental y municipal formulan sus políticas públicas de conformidad con las necesidades reales de la sociedad colombiana, se trata de entender el problema, generar una discusión sana, y trabajar en una propuesta de transformación; esta investigación pretende aportar como producto final, un esquema de lo que podría ser a futuro, un Centro de Intercambio de Información para el Desarrollo e Implementación de Políticas Públicas, como se hace en países desarrollados.

Se espera que el resultado de la presente investigación sea un aporte que permita enriquecer los procedimientos existentes en cuanto al manejo de emergencias sanitarias de la magnitud de una pandemia y que abra la puerta a más investigaciones que contribuyan a nuestro país y al mundo en el fortalecimiento de los procesos investigativos en el sector de la salud, que tanto necesita nuestro país y el resto de la humanidad.

Objetivos

Objetivo General.

Analizar la manera cómo ha respondido el gobierno departamental del Huila al reto de acceso a la salud como derecho fundamental que plantea la pandemia Covid-19, a partir de la primera declaratoria de estado de emergencia sanitaria generada por esta y hasta diciembre de 2020.

Objetivos Específicos.

- I. Estudiar el derecho fundamental a la salud y evaluar la eficacia de las políticas públicas en el manejo de la pandemia en Colombia y el departamento del Huila.
- II. Examinar las acciones adelantadas en el sector Salud, por los entes territoriales para afrontar el Covid-19.
- III. Sugerir un modelo de herramienta que sirva de apoyo para enfrentar posibles emergencias de salud pública en el futuro.

Estado del Arte

De conformidad con el balance bibliográfico realizado se puede apreciar que principalmente disciplinas como la economía, la psicología, la sociología, la política, y la historia son las que han abordado el tema de las políticas públicas y su papel frente a la Pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2, proponiendo en algunos casos, cambios en la manera en que se toman las muestras, aislamientos más inteligentes y selectivos sobre poblaciones que constituyen amenazas, despolitización en la formulación y hasta propuestas económicas como la creación de rentas básicas universales, condonación de deudas e incentivación de sectores como el campo. No obstante, falta atacar de manera estructural el origen del problema, mediante la confección de políticas públicas en salud que se especialicen en el manejo de pandemias y fortalezcan la investigación más allá de la genética.

En su documento *“Políticas Públicas de Gestión del Riesgo - Algunas Lecciones en la Pandemia del Coronavirus Covid-19”*, Edgar Varela Barrios¹, experto en análisis y formulación de políticas públicas, luego de revisar definiciones y realizar ejercicios académicos con sus alumnos, formuló unos cuestionamientos sobre si la salud es un derecho y a quién le corresponde velar por la seguridad económica de los asociados, teniendo como punto de partida la política pública de gestión del riesgo que, es el antecedente de toda esta nueva generación de políticas; en su texto Varela (2020), explica que: *“se dio el último giro de la política de gestión del riesgo, la cual empieza a analizar riesgos de naturaleza ambiental”* y que, *“de manera tímida, se comienza a analizar riesgos en el campo de la salud pública, en el caso de las pandemias”* (p. 4).

Menciona Varela (2020), que los grandes obstáculos para afrontar la crisis desatada por el virus, son entre otros: la burocracia en la OMS, la lucha de los laboratorios por hacerse con el

¹ El autor es Ph. D. en Administración (opción Management) de la HEC-Université de Montreal, Filósofo e historiador. Actualmente es el Rector de la Universidad del Valle, Cali- Colombia, y profesor titular en la Facultad de Ciencias de la Administración. El profesor Varela se desempeña actualmente como presidente de la CRULA, Conférence régionale des Recteurs des Universités Latino-américaines, y como miembro del Board of Management de la IASIA y del consejo directivo del LAGPA (Latin American Group for Public Administration).

gran negocio de comercializar una vacuna, el interés de las farmacéuticas y en gran parte la negación y disminución de la amenaza que hacen los gobiernos, con fines políticos globales como el caso de Trump en Estados Unidos y Bolsonaro en Brasil, países que llegaron a tener el número más alto de contagiados y un costo social altísimo. Contrasta el científico social, la situación de las políticas públicas globales, que, sólo mostraron incapacidad ante la tragedia, con el caso colombiano en el que, a pesar de demoras el gobierno se asesoró y terminó acudiendo a una práctica antigua pero eficaz, el “*Lock Down*” o confinamiento que, no obstante, no ser la solución definitiva, le da tiempo de reacción a los servicios de salud. (pp.3-4)

Concluye Varela (2020), que, lo anterior es la evidencia de que no hay mucha innovación y las prácticas son repetitivas en el tiempo. En Colombia se actuó de manera tardía en el cierre de aeropuertos y con una libertad relativa dejando en manos de cada individuo la responsabilidad de aislarse, situación que aceleró la propagación, notándose una ausencia de reglas claras y más severas como el confinamiento obligatorio que, dicho sea de paso, presentaba una gran dificultad debido a que los sectores más pobres estaban frente a la disyuntiva de salir a trabajar o morir de hambre. Enfatiza que, pugnan derechos como la vida y la libertad o la movilidad, que si se restringe afecta la economía y los mercados, pero si se aumenta hace que se pierda el control sobre la salud pública. (pp.7-8)

Por último, plantea como complemento al confinamiento lo que en materia de políticas públicas de gestión del riesgo se recomienda, esto es, la trazabilidad de los pacientes sospechosos e identificación de poblaciones con riesgo específico, para hacer aislamientos concretos y no generales. Contrario a lo que se plantea el imaginario popular, el confinamiento es para garantizar la vida, es decir, se sacrifica la libertad, para garantizar el bien por excelencia que es la vida.

Es claro que la formulación de políticas públicas, no se salva de la politización de la que es objeto todo aspecto en nuestro país y esto se puede convertir e en un grave problema en la medida en que dicha labor pierda su verdadera esencia y contrario a las necesidades de la comunidad, empiece a obedecer a intereses particulares. Varela (2020), en su texto, plantea el

Lock Down o confinamiento, como una medida efectiva para desacelerar el contagio y le quita la satánica comparación con los campos de concentración, cuando afirma: “quiero ser enfático, allí, más que de una teoría del campo de concentración, se encuentra una teoría de la vida, como bien primario” (p.11).

Pero de todas formas no menciona que nuestro país no tiene políticas claras para la atención en salud de su población, lo que sumado al afán de protagonismo de algunos funcionarios no ha permitido que se desarrollen programas eficaces de vacunación con coberturas amplias y de paso un sistema de ayuda a los sectores de la economía informal, que a la larga es la menos favorecida pues depende de su salida a la calle para proveer las mínimas condiciones de supervivencia.

Se queda escaso el doctor Varela y es austero en sus comentarios sobre la lenta implementación de políticas públicas en salud, por la intervención de burócratas y encumbrados funcionarios que exponen la salud de la población por defender absurdas tesis y programas ineficaces.

Juan David Timarán Torres y Diego Fernando Cuervo Torres (2020), Politólogo e Historiador de la Universidad del Valle, respectivamente, en su texto *“Acciones públicas desde el enfoque de bienestar para atender población vulnerable, en el Distrito de Santiago de Cali y Neiva, durante emergencia sanitaria Covid-19”*, analizan qué acciones públicas se desplegaron en dos ciudades capitales como son Cali y Neiva, enmarcadas en altos niveles de pobreza multidimensional, mediante la metodología de evaluación de las políticas públicas, ya que lo que buscaban era analizar la acción estatal a través de sus planes de contingencia, la contratación estatal encaminada a la mitigación del impacto social en las poblaciones más vulnerables.

Se pudo evidenciar que, a pesar de estar en coordinación con directivas nacionales, los dirigentes asumieron unos planes de contingencia y protocolos de bioseguridad diferentes, acordes con los caracteres socioculturales de sus poblaciones, teniendo también en cuenta el nivel de disciplina social. Así las cosas, analizan los tipos de estados de bienestar en Latinoamérica, destacando que Colombia se encuentra en el tipo “mixto” que quiere decir que el

bienestar llega mayoritariamente a las zonas urbanas, excluyendo las rurales y de esta forma agrandando la brecha social de esos colombianos.

Los profesionales Timarán y Cuervo (2020), nos dan la prueba de la independencia que pretenden mantener algunos alcaldes y funcionarios públicos en ciertas regiones, para desarrollar estrategias que, aunque no son malintencionadas en la mayoría de los casos se apartan de las directivas que a nivel mundial ha diseñado la OMS y que, son producto de importantes estudios científicos, para en su lugar hacer pruebas y ensayos propios sin ningún respaldo científico que terminan las más de las veces empeorando la situación y en algunos casos en los que no hay consecuencias fatales, por lo menos se desperdician el tiempo y los recursos y se termina por adherir a las directrices internacionales. Concluyen que, no se evidenciaron políticas nuevas tendientes a mitigar los efectos de la pandemia por Covid-19, en apariencia se fortalecieron programas sociales existentes, basados en encuestas anteriores que identificaban los sectores sociales más vulnerables de la sociedad colombiana antes de la pandemia. Recomiendan fortalecer los regímenes de bienestar y crear nuevas políticas públicas dirigidas a la población vulnerable. (pp.2-11)

Por otro lado, Estefanía Llanos Almario y Fernando Bermúdez Álzate (2020) en *“Análisis multivariado y espacial para determinar la relación de la propagación del Covid-19 con condiciones socioeconómicas en Pitalito-Huila”* luego de un estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal con un enfoque cualitativo de datos del Sisbén² (metodología III) y la Secretaría de Salud del municipio, coinciden en afirmar que, la vulnerabilidad social a la Pandemia tiene estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población manifestada a través de dos factores: los físicos y los sociales.

Los investigadores tomaron como objeto de estudio al municipio de Pitalito y fue claro para ellos que, la ubicación geográfica del municipio y su acceso a servicios y recursos públicos,

² El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan. (<https://www.sisben.gov.co/Paginas/que-es-sisben.aspx>)

su nivel de acceso vial, el clima, la condición socioeconómica de la población y demás factores socioculturales, incidieron al momento de evaluar la manera en que se dio la propagación de la enfermedad. Los denominados Determinantes Sociales en la Salud, que son todos los aspectos en que las personas nacen, crecen, se desarrollan y envejecen, también varían a medida que la emergencia crece y determinan algunas nuevas características de ésta, posibilitando generar planes de acción nuevos y la modificación de los existentes, debido a los cambios. Lo que traduce esto es que, la gente con menos posibilidades económicas y bajas tasas de empleo, perciben menos recursos, se alimentan mal y tienen menos acceso a servicios públicos, salud, programas educativos de prevención y esto los hace cada vez más vulnerables y un objetivo fácil y rápido de propagación del virus.

Señalan Llanos y Bermúdez (2020) al finalizar su estudio que, pese a ser un municipio que se destaca en la región por su actividad comercial, su economía es predominantemente informal: Pitalito también posee serios contrastes en cuanto a la concentración de la población ya que, en las zonas con mayor actividad comercial la gente reside mayoritariamente en edificaciones de uso mixto en las que hay un alto número de habitaciones en alquiler, y que, en su economía predomina el comercio informal, todos factores que pudieron haber contribuido a la propagación de la enfermedad, primero por los cambios socioeconómicos en el sector informal y a reglón seguido por las altas concentraciones de personas en los sectores comerciales. (pp.6-16)

La deuda histórica del Estado con un buen sector de la población, más específicamente con los trabajadores informales que son los que le dan un gran soporte a la economía del país, se hizo patente con la pandemia, pues es claro que, en muchas regiones del país, el sector informal ha resuelto los problemas que el gobierno a través de su política social no ha podido. No es justo que los más pobres sigan llevando esta carga y el gobierno no implemente soluciones estructurales más allá de los subsidios y otros programas de transferencia que ayudan, pero no erradican la pobreza.

En orden al trabajo realizado por los investigadores Llanos y Bermúdez (2020) en su análisis multivariado y espacial, creemos que es un tipo de investigación que genera información

deseable para compartirse a nivel regional o municipal con el fin de aportar al centro de información para el diseño y elaboración de políticas públicas en salud. Su acertada decisión de utilizar la encuesta Sisbén con una finalidad diferente a la de focalizar inversión social, fue de mucha utilidad y es una evidencia clara de lo que se puede hacer a futuro.

Para explicar el impacto de la pandemia generada por el Covid-19, Luna (2020), en su artículo “*Determinaciones socioambientales del Covid-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional*” publicada en la Revista de Ciencias Sociales, de la Universidad del Zulia, analiza factores importantes, como la determinación socioambiental en contraste al sistema alimentario capitalista y la devastación ecosistémica, así como, la vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional-, generada por la pandemia, como parte de la evolución e historia epidemiológica de la humanidad. En su investigación plantea varios interrogantes que buscan determinar la relación que puede existir entre la pandemia por Covid-19 y el sistema alimentario, la alta morbimortalidad, la afectación de la población en aspectos económicos, espaciales en referencia a su estado de salud en la mitad de una crisis sanitaria, entre ellas, las medidas que se han tomado para atender la problemática, el rol de la ciencia, la sociedad y la academia para atender los efectos de la pandemia, concretamente reducir los problemas económicos, sanitarios – institucionales. (pp.1-2)

Concluye Luna (2020), resaltando una serie de retos y oportunidades para la sociedad, la clase política y sector científico y académico, para que trabajen de manera articulada en las distintas áreas de oportunidad que, tanto en aspectos económicos, ambientales, espaciales, de salud y de política pública, se presentan con la actual coyuntura del Coronavirus, a partir de la estructuración e implementación de estrategias para enfrentar la pandemia y reducir los escenarios de vulnerabilidad, regulando la oferta de alimentos transgénicos que afectan la salud, detener actividades productivas que destruyen ecosistemas o contaminan el medio ambiente y finalmente reconstituir servicios médicos públicos, mejorando las condiciones salariales de los trabajadores de la salud, optimizando la calidad en la prestación de los servicios de salud y trabajando en la promoción del autocuidado.

Luna, (2020), describe en las siguientes líneas la realidad de un país como el nuestro, en el que se improvisa y se responde a las crisis con escasa planeación:

Las clínicas y hospitales pertenecientes al sector público, en algunos países han sido las más afectadas del proceso de desmantelamiento y correlativa privatización de los sistemas de salud. Por lo que, una vez llegada la crisis sanitaria actual, no se contaba ni con la infraestructura ni con la formación de profesionales en ciencias de la salud en la cantidad necesaria, para enfrentar la sobreproducción de enfermos graves que requerían hospitalización al presentar un cuadro agudo de Covid-19. (p.2)

Pero más allá de todo estudio, estas importantes disertaciones corresponden a la realidad de lo que se vive en Colombia a partir de lo que se ha denominado la “nueva normalidad”, que para las clases menos favorecidas en las diferentes regiones sobrepobladas y con carencias que solo muestran el olvido del Estado, no son una nueva normalidad, son su constante normalidad.

Es cierto, una familia de escasos recursos, por no decir que en las más precarias condiciones, tiene un radio, un cilindro de gas y un televisor y es graciosamente catalogada por el DANE con una realidad que solo existe en sus estadísticas de papel ya que, ese padre o madre de familia sin importar que haya una pandemia que está generando graves afectaciones en la salud, incluso en algunos casos la muerte de las personas, tiene que salir a buscar el sustento de sus hijos, pues su pandemia constante es el hambre, la carencia de servicios de todo tipo y el abandono del Estado, que solo lo busca en época de elecciones.

Frente a la problemática social que ha desatado en nuestro país la pandemia, autores como Torres, Tirado y Trujillo (2018), citados por Trujillo, S., Laverde, C.A., Vargas-Chávez, I. (2020) han destacado que la bioética goza de gran relevancia en el momento de tomar decisiones normativas y jurisprudenciales; pues se deben atender y respetar principios y valores en la construcción del derecho, para que las leyes que se expidan no afecten la dignidad humana, su autonomía y su relacionamiento en la sociedad.

Trujillo, Laverde y Vargas (2020), consideran que la biojurídica debe promover normativa que aporte a la construcción y al cambio social y ecológico; trabajando en

problemáticas como la pobreza extrema, la falta de servicios públicos esenciales, el acceso al agua potable, un entorno sin contaminación, alimentación a la población, garantizando ese equilibrio que debe existir entre el crecimiento económico, el cuidado del medio ambiente y la calidad de vida. Destacan que, de todos esos problemas, la biojurídica también debe examinar causas que afectan el desarrollo de la salud pública y la medicina social. Frente a la actual pandemia por el Covid-19, destacan que las normas expedidas por los gobernantes territoriales deben incorporar principios dirigidos a garantizar “el mínimo vital en épocas de crisis”. (pp.287-288).

Así las cosas, Trujillo, Laverde y Vargas (2020), plantean como la biojurídica beneficia los derechos individuales:

La biojurídica permite humanizar los actos administrativos en pro de los derechos individuales que pueden afectar a la persona y a los demás. Más allá de pensar en un Estado paternalista y de hacer una crítica al liberalismo en épocas de crisis, los fundamentos filosóficos de las acciones legislativas deben tener inmersas filosofías como el comunitarismo y el cuidado por el otro. La biopolítica como ejercicio del poder con tendencia bioética se manifestará si el Gobierno Nacional permite que exista mejor inversión en ciencia y salud pública (p.294).

Triviño García, Santiago Castaño y Manuel Rubio García (2020), en su artículo titulado “*Política pública en tiempos de Covid-19, entre la necesidad y la contingencia*”, desde un análisis económico proponen una serie de alternativas ante la difícil situación fiscal del país a raíz de la pandemia. Situación caracterizada por el alza en los precios sobre los bienes básicos, la oferta inelástica del sector agrícola, la depreciación del peso colombiano, en donde a su vez la tasa cambiaria, la deuda externa y las importaciones del dólar se convierten en un problema de gestión que dificulta la financiación de la política pública ante la emergencia sanitaria por Covid-19.

Sus propuestas son: **1) Renta básica universal provisional por tres meses:** esta propuesta está pensada para los trabajadores de la economía popular, también llamados “informales” y para los nuevos desempleados. Esta supone una renta básica a los hogares

unipersonales por una suma de \$500.000 mes y al resto de los hogares conformados por (4) personas, una suma de \$300.000 per cápita. Para su acceso se propone un autoregistro confrontado con las bases de datos DNP y DANE. **2) Apoyo a distribución, comercialización y economía campesina:** apoyar los canales de crédito blando para que sectores claves que involucren productos agrícolas, productos asociados a la canasta básica y empresas públicas de telecomunicaciones mantengan la nómina y seguridad social de trabajadores. **3) Fuentes de financiamiento alternativas (emisión monetaria):** emisión de títulos de deuda social y económica por el Banco de la República a un costo menor de la tasa vigente. **4) Reservas internacionales:** Utilizar el 10% de las reservas que se estiman alcanzan los 53 mil millones de dólares, escenario que resultaría mejor que el endeudamiento con la Banca Multilateral. **5) Condonación y moratoria de la deuda:** la solicitud sobre la condonación de la deuda por hasta dos años de CELAG sin intereses a BID, CAF, FMI, entre otros. Ante esto la propuesta es emplear los 14,2 billones de pesos de deuda externa a costear los 4,9 billones que proyecta el Decreto 417 de 2020 o un ingreso mínimo vital para 600.000 hogares vulnerables. **6) Política de control de precios y control de capitales:** a través de la fomentación de pequeñas unidades agrícolas rompiendo con la especialización productiva y el mercado oligopolista y nuevas formas de comercialización que eviten el acaparamiento asegurando, el abastecimiento en regiones, veredas o barrios con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Es complejo lograr que propuestas como las planteadas por académicos y estudiosos conocedores de la problemática que atraviesa hoy el país, agudizada por la pandemia, hagan eco en el gobierno y se incorporen en como estrategias económicas y sociales, lamentablemente muchas iniciativas, son descartadas sin un previo análisis, calificadas de populistas e inviables financieramente porque no se gestaron al interior del partido de gobierno o cualquiera de sus simpatizantes, las cuales terminan por desestimarse al no alinearse con los postulados de un determinado partido o sector económico. Por lo anterior, es claro que hay personas con ideas fantásticas para ayudar a las clases menos favorecidas a sobreponerse a esta crisis, pero, por otro lado, hay una clase política que permeó todas las esferas de la vida pública que ve amenazada su comodidad y estilo de vida, si de alguna manera le cede algo de espacio a esos compatriotas que nada tienen.

El Profesor Jorge Martín Rodríguez (2020), en su artículo *“Lecciones de la pandemia: fortalecer la atención primaria y el enfoque poblacional”* publicado en la revista Salud Bosque, hace una corta pero decisiva reflexión en el sentido de fortalecer la atención primaria en salud a nivel social-comunitario, cambiando el enfoque clínico y hospitalario, para que en adelante sea dirigido por salubristas y epidemiólogos, apoyado por diversos profesionales en ciencias sociales y resalta la importancia de la atención primaria en los hogares, y en particular el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en los lugares que se hayan identificado como altos focos de contagio.

Rodríguez (2020), insiste sobre la labor de las instituciones encargadas de la salud en nuestro país, dando una solución clara y eficaz que, quizás como toda propuesta que no beneficie los intereses de los depredadores políticos, empezará a perder oxígeno como quien enfrenta el Covid-19 y no prosperará. Porque el país necesita un nuevo aire en sus instituciones, más inversión en tecnología e investigación, más apoyo a esos que luego se estigmatiza como cerebros fugados y un fortalecimiento de la infraestructura en salud, con una verdadera misión encaminada realmente a la promoción y prevención de enfermedades y a la prestación de servicios de salud, como lo establece la Constitución Política (1991) en su artículo 49, es decir como Servicio Público a cargo del Estado. (p.1-3)

Un grupo de profesionales de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes en la publicación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD en su capítulo América Latina y el Caribe, Covid-19 – *“Documentos de Política Pública El Coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política”* (2020), realizan un análisis de las condiciones de nuestro país y los retos a enfrentar con ocasión de la pandemia. Coinciden en que, el confinamiento paraliza en buena parte al sector informal y su duración en el tiempo afectará a más sectores económicos cada vez, lo que obligaría a solicitar recursos, con el riesgo de generar un excesivo endeudamiento que a la larga alejaría la inversión futura. En cuanto a medidas de salud pública se contempló el aislamiento como una medida necesaria para ganar un poco de tiempo que ayudara a mejorar la infraestructura en salud, pero a la larga el mejoramiento en todo el país fue muy bajo; consideran analizar el llamado riesgo diferencial o agudo de contagio y las

consecuencias de la enfermedad o riesgo crónico para establecer o focalizar las medidas en salud, que contemplan la infraestructura en servicios públicos, medios de transporte, tipos de vivienda y materiales de construcción, junto a su capacidad y otros elementos que van hasta los métodos de cocción.

En cuanto a las medidas de política los economistas recomiendan que, vayan encaminadas a:

- (i) Contener el contagio y ajustar la infraestructura de salud. (ii) Mitigar los efectos nocivos de la crisis sobre la pobreza y, por esta vía, hacer más fácil cumplir con el confinamiento. (iii) Proteger el empleo formal y ayudar a la supervivencia de las firmas. PNUD (2020).

En conclusión, el grupo coincide en que la actual crisis es un excelente reto para salvar la economía del país, mientras que, al tiempo se mitigan los efectos del virus sobre la población, con recomendaciones desde su óptica profesional, que van desde seguir transfiriendo dinero a los más necesitados, dar crédito a las empresas y subsidio a sus nóminas, mientras se amplía la infraestructura en salud y se disminuye gradualmente el confinamiento.

En otras palabras, Colombia se ha venido ajustando a la formulación y confección de políticas públicas en salud en atención a la emergencia sanitaria mundial, empero su proceso no ha resultado del todo satisfactorio, pues el país reporta un alto índice de mortalidad. Según el DANE (2021) entre el 2 de marzo de 2020 y el 9 de mayo de 2021 se reportaron en el país 82.517 fallecimientos por Covid-19. En tratándose de formulación de políticas públicas, Colombia no ha salido del marco de lo que se hace a nivel mundial, quizás por el mediano conocimiento en la materia, o, por culpa del casi obligatorio sometimiento a los procesos políticos y burocráticos que obedecen siempre a intereses particulares, dejando desprotegida la sociedad del común, por lo tanto, se hace imperativo formular políticas públicas ajustadas a la realidad social, geográfica y cultural.

Todos los problemas que se originaron a raíz del rápido escalamiento que tuvo el virus hasta llegar a estar presente en casi todo el mundo, dan muestra clara de la fragilidad de la

humanidad ante un ser casi imperceptible, la poca previsión que se ha tenido en materia de investigación e infraestructura en salud, pese a tener serios antecedentes de pandemias desastrosas y lo equivocados que han estado los gobiernos del mundo globalizado, al estar más preocupados por acaparar riquezas representadas en oro, carbón, petróleo y otros valores de bolsa, dejando de lado al individuo.

Colombia no ha sido un caso excepcional en este estado de cosas, por el contrario, nuestro gobierno, aunque acogió disposiciones internacionales y protocolos adoptados en países desarrollados, esperó mucho para cerrar sus fronteras con el carácter que se requería en el momento más crítico del contagio. Al parecer fue más contundente y capaz la posición un tanto altiva del presidente y su gabinete en mantenerse en posiciones rígidas y no aceptar consejos de ningún otro sector, por cercano que fuera a sus ideales políticos, aun a sabiendas que podía estar obrando de manera errónea, como por ejemplo, se criticaba al presidente Duque por gastar muchos recursos en su imagen favorable y en mantener un programa de televisión de una hora por todas las cadenas nacionales, en el que actualizaba las cifras de contagiados y fallecidos día tras día incluso a costa de escuchar de todos los sectores del país que esos recursos se podrían invertir en infraestructura hospitalaria o en atención a la población menos favorecida.

Marco teórico conceptual

Esta investigación pasó por el análisis de ciertas teorías y posturas filosóficas que, sirvieron para contrastar la realidad que se vive a raíz del Covid-19 de una parte, y de otra, como esquema proposicional para poder plantear el resultado que a futuro se aportará al gobierno del Huila, como una alternativa más para fortalecer los sistemas de atención de emergencias de tipo sanitario, que no pretende erigirse como política pública, sino, ofrecer una postura ubicada fuera de las instituciones gubernamentales con un enfoque serio y basado en la realidad del departamento.

Su análisis es de capital importancia, porque ayudarán a justificar el estudio y permitirán, poner en evidencia carencias y falta de análisis en algunos casos en los programas sociales que actualmente ejecuta el gobierno.

Por ejemplo, se analiza la teoría esbozada por John Rawls, que busca primordialmente establecer unos criterios y razonamientos legítimos, para precisar en qué consiste la justicia y que se debe hacer para que los seres humanos logren la igualdad entre sí. Para Rawls, un individuo racional, que desconoce del todo las condiciones actuales en que habita en la sociedad, toma la decisión imaginaria de elegir idealmente para sí, principios de igual trato, se genera una tensión entre igualdad y libertad.

A propósito, destaca Caballero (2006), en la Revista Iberoforum, que: “A grandes rasgos la teoría de Rawls considera que los principios de justicia que son objeto de un acuerdo entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa, pueden contar con una validez universal e incondicional”. (p.2)

La noción de imparcialidad de su teoría es muy importante, ya que, ubica a los individuos en una posición de igualdad a partir de la ignorancia de ellos mismos y de la sociedad, por lo tanto: “se depura el acuerdo de la influencia de factores naturales y sociales que Rawls considera

contingentes desde el punto de vista de la justicia, y a la vez se asegura el tratamiento equitativo de las distintas concepciones del bien” (Caballero, 2006, p.2).

El tema de contraste es la Teoría de la Justicia de Rawls y la situación por la que está pasando actualmente la humanidad, en la que hay una significativa modificación al contrato social que propone de manera clásica Hobbes. John Rawls, aborda su teoría, a partir de la tensión que mencionábamos al inicio y la manera como se debe construir una sociedad más equitativa y justa, en la que la ficción llamada Estado no termine beneficiando a los de siempre y sacrificando a los de siempre. La justicia debería ser tan importante para el ser humano que, su comportamiento esté orientado hacia ella eliminando las injusticias. De eso se trata este texto, una reflexión de la respuesta gubernamental y lo justo de su actuar al hacerle frente a una pandemia.

Este filósofo expone la necesidad de tener equidad en el reparto de los bienes sociales, como la riqueza, las oportunidades, las bases sociales, invita a crear algo similar a un contrato social para ayudar a los menos favorecidos, teniendo de presente que esta figura es más una metáfora. Un principio equitativo de justicia argumenta, brinda mayores beneficios a los coasociados menos favorecidos. En la teoría de Rawls se ve lo insuficiente que pueden ser los esfuerzos de un Estado para garantizar la libertad y seguridad de sus ciudadanos, al tiempo, proporcionarles una justa igualdad a todos sus miembros. Tiene mayor mérito entonces al unir dos valores irreconciliables: la libertad y la igualdad. Rawls plantea, que estos dos principios son fundamentos de la justicia, como apoyo a los menos aventajados, creería uno, que el deber ser de los gobiernos en estas épocas de emergencia es precisamente, acoger estos dos principios buscando un estado de bienestar general. Se podría decir que lo que se pretende según teoría de Rawls es ejercer derechos que no afecten a los otros, esta situación la vemos hoy en grandes empresarios que alegan su derecho al trabajo pero que, al reactivarse, exponen a la mano obrera.

Ahora bien, si analizamos a Colombia bajo la concepción contractualista de Rawls (1971) la distribución de la riqueza y del ingreso se da en función de las capacidades naturales y de los talentos, aunque desde una perspectiva moral sea arbitrario; considera que el principio de la

igualdad de oportunidades “sólo puede realizarse imperfectamente, al menos mientras exista en alguna forma la institución de la familia”.

Sin embargo, no se puede olvidar que el poder encomendado, algunas veces pierde su objetivo principal que es brindar protección y garantizar las necesidades al conglomerado social, pues, se terminan sobreponiendo a los derechos y las libertades individuales como la vida, la dignidad humana, la salud y el bienestar, los intereses del mercado y de las corporaciones por parte de aquellos que se han elegido para representarnos.

En este orden de ideas, Keynes (1936), que es considerado el fundador de la macroeconomía moderna en su teoría afirma que, el Estado debe intervenir en la economía para mantener el equilibrio y revertir los ciclos de crisis y defiende que el mercado no se regula de forma natural, por lo que los Gobiernos deben minimizar las fluctuaciones económicas, modelo revolucionario, opuesto a la intervención estatal mínima que promulgaba el liberalismo clásico. Nace de allí el keynesianismo; su ideólogo fue el economista británico John Maynard Keynes (1883-1946), que la expuso en su obra Teoría general del empleo, el interés y el dinero en 1936, por la que es considerado el fundador de la macroeconomía moderna.

Con la crisis desatada por la pandemia se perdió el índice de confianza en los consumidores, pero según Keynes (1936), citado por Benavides, (2020), propone tres medidas para recuperarla; la primera consiste en brindar poder de compra a los que menos ingresos poseen, otra propone promover un activismo fiscal en sectores con alto encadenamiento laboral y productivo y la tercera que es de corte capitalista, es brindarle liquidez a la economía. Salvar la economía en primer lugar, puede no gustarles a muchos, pero es quizás lo más importante, sin dejar de lado el desmonte de las medidas restrictivas tomadas con ocasión de la crisis (pp. 29-31)

Es algo así como que, la Teoría Keynesiana se viene aplicando a todas las crisis económicas casi desde su aparición, pero esta vez parece que hasta a Keynes (1936), también lo afectó la pandemia, pues el comportamiento de la economía por los devastadores efectos del Covid-19, no le da espacio a su aplicación, lo que sitúa la emergencia económica por este

concepto, en una de las más dañinas y difíciles de tratar de conjurar, pues, luego del año 2014 se produjo una aparente recuperación de la economía a nivel mundial, pero llegó la pandemia y la crisis sanitaria a escala global, igual que hace con sus víctimas, sacó a relucir nuevamente cuestiones que parecían ya resueltas.

Por eso la estrategia Keynesiana, es más posible que pueda entrar en juego luego de superada la crisis y cuando se haya ido la pandemia, utilizando por supuesto los beneficios de la globalización, como sería definitivamente la colaboración multilateral para lograr un despegue económico sin tropiezos.

Ahora bien, en tratándose de Políticas Neoliberales, podríamos empezar diciendo que, la pandemia fue el gran motivo para que muchos países revisaran sus políticas económicas y sociales, distinguidos por gobiernos neoliberales que, mediante sus regímenes privatizadores le han venido restando importancia y preponderancia a los Estados en el manejo de sus asuntos, en el caso que nos ocupa resaltan de manera protuberante las políticas públicas en salud.

Rápidamente se demostró que el neoliberalismo había vaciado, segmentado y parcialmente privatizado los sistemas de salud en muchos países, y que, al mismo tiempo, había creado una clase trabajadora precaria y empobrecida altamente vulnerable tanto a las interrupciones de su capacidad para generar ingresos como a los problemas de salud, debido a la insuficiencia de sus ahorros, sus viviendas de mala calidad, la deficiencia de su nutrición y la incompatibilidad de sus esquemas laborales con una vida saludable (Solty, 2020, p.2).

El neoliberalismo acuña el concepto de libertad individual y libre mercado, con prescindencia total del Estado, en el que el ser es libre y responsable de sí mismo y el Estado solo se preocupa, -aunque no debería intervenir-, en cuidar la salud del sistema financiero y asegurar su solvencia aún por encima del bienestar de los individuos.

Aunque su debut lo hizo como un modelo económico, se convirtió en modelo hegemónico en muchas partes del mundo y como argumenta Harvey (2007), el neoliberalismo

puede ser utópico, o bien como: “un proyecto político para restablecer las condiciones para la acumulación de capital y restaurar el poder de las elites económicas”. (p.25)

Por ahora queda claro que las teorías neoliberales no han dado resultado en ningún escenario hasta el día de hoy, pues genera espacios geográficos desiguales, una minoría en la que se concentra la acumulación de capital y la mayoría totalmente rezagada, mientras que, los medios de comunicación todo el tiempo hablan de que, en esos espacios el neoliberalismo fue un éxito y los venden como estilos de vida deseable.

Con la llegada del neoliberalismo se termina de alguna manera la dominación del Estado sobre el individuo, pero con la llegada del Coronavirus y su consecuente expansión por el mundo como la más reciente pandemia, prácticas como el confinamiento y la adopción de protocolos como la distancia social y el confinamiento se retoma el control del poder sobre la vida.

En este momento del estudio, cabe entonces destacar la función del Estado como ente protector con el deber de velar por sus asociados, por lo tanto, se debe analizar el concepto de Paternalismo, comenzando con una definición, así:

El Diccionario de la Real Academia Española lo define como:

“paternalismo

De paternal e -ismo.

1. m. Tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc.”

Cuando pensamos en paternalismo, traemos a la mente la tesis que hace Gerald Dworkin en “*Paternalism*”, quien citado por Macario Alemany (2006), define el paternalismo, como “un modo de acción consistente en una interferencia en la libertad de un individuo, motivado (o con el fin de) beneficiar o evitar daños a ese mismo individuo” (p.200), esta noción justifica la intervención que hace el Estado a través del legislador, de las políticas públicas y de sus

programas sociales, para alcanzar objetivos específicos y para satisfacer necesidades del conglomerado social.

En lenguaje sencillo el Estado Paternalista, es aquel que, haciendo las veces del padre de familia, limita las libertades individuales y autonomía de los individuos y grupos, so pretexto de protegerlos de sí mismos, para que no se causen daño cuando son dueños de su autonomía y libertad. En ejercicio de su autoridad, el Estado restringe, limita y coarta libertades, basado en valores que le dan fundamento a su poder impositivo.

Respecto de la generalización del término, Bobbio y Matteucci, citados por Alemany (2005), se avienen a definir el paternalismo como:

Una política social, tendiente al bienestar de los ciudadanos y del pueblo, que excluye la directa participación de estos: es una política autoritaria y al mismo tiempo benévola, una actividad asistencial para el pueblo, ejercida desde arriba, con métodos puramente administrativos (p.13).

En Colombia, la cercanía con uno u otro partido político puede determinar en opinión de sus opositores, el mayor o menor grado de paternalismo del gobierno que, aunque en dosis moderadas es algo bueno para aquellos que requieren más protección del Estado, termina por generar un juego en el que, los de Derecha afirman que los opuestos quieren todo regalado y que sus gobiernos son populistas al regalar, rebajar o subsidiar y los de Izquierda resaltan lo mezquinos y avaros que son sus opositores.

Ligado a lo anterior, es menester hacer un breve contexto sobre lo que son las Políticas Públicas, y es que, para abordar esta temática, es de gran utilidad iniciar con algunas definiciones, de tal manera que apropiemos conceptos y tengamos la capacidad de generar una propia definición.

La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública de Ministerio de Salud, se apropia de la definición del doctor Jorge Iván Cuervo (2010), en la que señala:

Por política pública entendemos la acción del Estado orientada por el gobierno que, de una manera coherente, integral, legítima, sistemática y sostenible, busca responder a las demandas sociales y desarrollar los mandatos constitucionales y legales, acudiendo a distintos métodos de análisis, modelos de gestión y criterios de evaluación, con la participación de los actores involucrados en el problema y en la búsqueda de la solución (p.7).

Otra de las maneras simples, pero muy contundente de definir las políticas públicas es la que hace Salazar (1994): “Las sucesivas respuestas del Estado (del “régimen político” o del “gobierno de turno”) frente a situaciones socialmente problemáticas” (p.47).

La combinación de acciones que se desarrollan en lo público, junto con una serie de acciones de tipo político resaltan la simbiosis de los dos sectores.

Torres y Santander (2013), resaltan que las políticas públicas no son de competencia exclusiva del gobierno y que su ejecución es únicamente su responsabilidad, pues se requiere un gran apoyo social y político para llevarlas a cabo, por lo tanto, si bien es cierto que el gobierno es actor protagónico, este no actúa solo, ni define el plan de acción abstraído y alejado completamente de la sociedad, al contrario, tiene un papel fundamental en el entorno general. (pp.14-15)

Según Peterson (2003), las políticas públicas, por definición, son la responsabilidad de las autoridades públicas que tienen como objetivo satisfacer alguna visión de “bien público” y esto necesariamente implica la participación de múltiples actores (citado por Torres y Santander, 2013, p.55).

Las políticas públicas son un objeto de estudio complejo, lo que se refleja en la dificultad de encontrar una definición homogénea. Existe una multiplicidad de definiciones, muchas de estas, o son muy generales y no permiten diferenciar de otro tipo de intervenciones gubernamentales, o son demasiado acotadas, dejando por fuera elementos esenciales de lo que conforma una política pública. De acuerdo con Velázquez (2009):

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas 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. (p.156)

Otra de las definiciones sobre el concepto de política pública, para enriquecer el marco del presente trabajo, es la entendida por Roth (2002), como:

Una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (p.3).

Estas precisiones conceptuales permiten delimitar el análisis de las políticas públicas, como el examen de resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar un determinado problema o situación. De este modo, y siguiendo a Roth el análisis de una política pública consigna su examen en los siguientes ejes: a) Objetivos colectivos, b) medios y acciones procesadas (totales o parciales), c) resultados de las acciones, se incluyen consecuencias previstas como imprevistas.

En su análisis existen instrumentos que permiten recolectar, organizar, interpretar y entender datos referidos a las políticas públicas. Estos instrumentos según Roth (2002) son: las

tipologías; los instrumentos de intervención del estado (prescriptivos, incentivos, coordinación, organización y procedimiento, materiales, delegación a socios); modelo policy cycle.

Las Políticas Públicas son pues, las medidas que implementa un Estado a fin de conjurar situaciones que, luego de un análisis de las necesidades de un determinado sector social, son consideradas como: “un problema que hay que resolver”. Luego, en una vista macro, una política pública, es básicamente la respuesta del Estado a una explícita necesidad del pueblo, de ahí que se dividan por sectores.

Ahora bien, el Estado no ha diseñado políticas públicas encaminadas a mitigar los efectos a todo nivel de una emergencia sanitaria como la que nos aqueja hoy por hoy, eso hay que dejarlo claro. Quizás las experiencias por las que ha tenido que pasar el presidente y todo su gabinete, hayan dejado las enseñanzas y la conciencia de hacer inversión en los sectores adecuados y no tengamos que ver morir a tantos compatriotas por falta de infraestructura en salud y tener que volver a esperar directrices, instrucciones y formas adoptadas en naciones en donde el individuo es más importante que el capital o los intereses políticos.

Por todo lo anterior, es imprescindible identificar y hacer visible la relación entre el Derecho y las Políticas Públicas, sobre todo aquellas que podríamos denominar como “emergentes” en los sectores sociales como la salud y la economía -a propósito del Covid-19- que suponen de parte de los gobiernos un proceso de planificación y acción coordinada para direccionar los recursos públicos hacia objetivos que impliquen el bienestar de los sectores menos favorecidos, con políticas claras por parte de la administración, en donde se evite revictimizar al individuo que recibe directamente los rigores de la emergencia, con procesos largos, tediosos y llenos de requisitos, para obtener algo de protección a sus derechos humanos fundamentales.

Establecido ese lazo, es posible realizar un acercamiento entre la normalidad y la normatividad, es decir, entre la realidad actual -pandemia por Covid-19- y la legislación constitucional y legal, para generar un equilibrio y reciprocidad y así atender las necesidades de

esa nueva realidad, aprovechando la normatividad existente, en pro de la población más vulnerable y con el más bajo nivel de acceso a los servicios y por consiguiente la más alta exposición al contagio.

Metodología

El presente trabajo es de carácter cuantitativo debido a que se llevará a cabo la medición y evaluación de la gestión pública y el acceso al sistema de salud en el departamento del Huila desde marzo de 2020 hasta diciembre del mismo año, a partir de la recolección de datos numéricos de uso público, emitidos por entes gubernamentales e instituciones públicas como: DANE, Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Salud Departamental, SIR Huila y el Ministerio de Salud y Protección social. De este modo, indicamos que nuestra población universal es el Departamento del Huila, esto es el conjunto total de unidades de análisis y nuestra muestra representativa, esto es el subconjunto finito y factible de la población serán los municipios de: La Plata, Pitalito, Garzón y Neiva.

Por consiguiente, a la recolección de datos se llevará a cabo la sistematización de la información, esto es el ordenamiento y clasificación de datos que se estructurarán a partir de la definición de categorías y relaciones. El conjunto de categorías e indicadores serán las formas en que se mide el problema de la investigación, en este caso, cómo ha sido la respuesta desde la política pública de salud y de qué manera se ha garantizado el acceso al sistema de salud, algunos de los indicadores que orientarán el trabajo son: cifras del servicio médico, presencia y calidad del servicio, número de infectados, capacidad de unidades de cuidado intensivo, planes y programas adoptados para mitigar los impactos de la pandemia.

Seguidamente, una vez sistematizada la información y en tanto estos datos son productos de mediciones, se instará a su análisis a través de métodos estadísticos, en este caso en particular de la estadística descriptiva, ya que no se pretende proyectar hallazgos ni generalizar, sólo resumir y representar de manera ordenada la información recogida. De igual modo, se dará a la creación de modelos interpretativos propios basados en la recolección de la información. Finalmente, el resultado arrojado de los datos recolectados se analizará e interpretará a la luz de la hipótesis planteada y el modelo teórico construido, que permitirán la comprobación de la hipótesis o no, a partir de la demostración experimental de los fenómenos.

CAPÍTULO I

Estudiar el derecho fundamental a la salud y evaluar la eficacia de las políticas públicas en el manejo de la pandemia en Colombia y el departamento del Huila.

En el presente capítulo se revisarán algunas de las medidas tomadas por el Gobierno Nacional y el departamental del Huila, para atender la crisis generada por la pandemia con ocasión del Covid-19. Se hará brevemente una reflexión desde la esfera del poder del Estado y se revisarán algunos conceptos, buscando la definición más cercana de poder. Así mismo, se realizará un análisis de las políticas proteccionistas que identifican a Colombia como un estado paternalista dentro de un sistema neoliberal.

1.1. Medidas adoptadas y su alcance en el marco del poder

Una de las primeras medidas tomadas por el Gobierno Nacional para afrontar la pandemia, consistió en la declaratoria del estado de emergencia económica y social a través de la expedición del decreto 417 del 17 de marzo de 2020, con el objeto de atender la calamidad a raíz del Covid-19. Dado que, la Constitución Política en su artículo 215³ reviste al presidente de la República con facultades extraordinarias para dictar decretos con fuerza de ley, para tomar decisiones que le permitan conjurar la crisis y evitar daños ocasionados por las circunstancias y/o situaciones que dieron lugar a la declaratoria.

En los complejos sistemas políticos de algunos pueblos, al entregar el poder soberano, se entrega la autonomía y determinación del individuo que queda a merced de la bondad o autocracia de sus dirigentes, por lo que brevemente se examinará el concepto de poder y sus implicaciones, de ahí que, se observará la relevancia de esta suma de facultades en cabeza de un sólo individuo, así su origen busque restablecer el orden y garantizar la tranquilidad de la

³ El artículo 215 determina que “cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 (estado de guerra exterior y estado de conmoción interior) que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario”.

ciudadanía, pues, en un estado de excepción como el de emergencia económica, ecológica y social, se pueden llegar a limitar severamente las libertades individuales.

A continuación, analizaremos el poder desde el ámbito político y filosófico, para entender cómo ha evolucionado este concepto, revisaremos los factores que motivan a la comunidad a elegir de manera cíclica a la misma clase política.

Es relevante conocer las diferentes definiciones que se han dado sobre el poder, por ejemplo, Jiménez (2006), parafraseando a Hobbes en su obra *el Leviatán* (1651), señala que el poder soberano es

El poder soberano es necesariamente un poder absoluto, sin límites, sin ningún tipo de límites efectivos, pues incluso los límites de tipo moral, aquellos que vienen determinados por las leyes naturales que descubre nuestra razón, no pueden actuar como freno puesto que sólo tienen viabilidad en el ámbito interno, lo que lo lleva a configurar al poder soberano como un poder fáctico, que es imprescindible en la ordenación de nuestras relaciones externas (p.81).

Hobbes (1980), en su obra *Leviatán* plantea que un Estado se genera con lo que denominó el poder común, entendiendo que, el acuerdo social de los hombres, dotados de palabra y así de razón:

Proviene sólo de pacto, lo cual es artificial: y, en consecuencia, no debe asombrar que (además del pacto) deba existir algo más capaz de hacer constante y duradero su acuerdo; la cual es un poder común que los mantenga en el temer y dirija sus acciones el beneficio común. El único modo de erigir tal poder común capaz de defenderles de la invasión de los extranjeros y de las injurias ajenas, asegurándoles de tal suerte que por su propia actividad y por los frutos de la tierra pueden nutrirse y vivir satisfechos, es conferir todo su poder y su fuerza a un Hombre o Asamblea de hombres, la cual puede reducir todas sus voluntades, mediante una pluralidad de voces, a una sola voluntad (p.75).

Pero para que exista ese poder, los individuos deben renunciar a sus derechos con el fin de otorgárselos a otra persona como soberano, que garantizará a todos el cumplimiento del pacto, así mismo, pretende que donde no existe el poder común, no existe la ley y por consiguiente no existe la justicia. La tesis de Hobbes (1980), ha tenido asidero en las mentes de muchos gobernantes que consideran que el poder es esa entrega de voluntad ilimitada del pueblo, para tomar decisiones, pero olvidan que esta delegación tiene como fin determinado la satisfacción de las necesidades que permitan garantizar una seguridad colectiva.

Max Weber, citado por (Martínez, 2010), refiere que el poder es:

Poder es la imposición de la propia voluntad sobre otro. La imposición puede ser por medio de la fuerza, pero también por otros medios tales como: la persuasión, la manipulación, las recompensas o los castigos. Se trata de un poder de hecho o de la capacidad de hacer triunfar la voluntad sobre otros, aunque estos se resistan. Para Weber el concepto de poder es sociológicamente amorfo, pues puede darse en tantas relaciones sociales y aplicarse a diferentes motivos y fines que no sirve para lograr una clasificación y clarificación de la realidad (p.414).

Para Parsons (1967), “el poder, entonces, es una capacidad generalizada para asegurar la realización de compromisos obligatorios por parte de las unidades de un sistema de organización colectiva” (citado por Tirado y Doménech, 2001, p.192).

Hannah Arendt, ha señalado que no podemos caer en el error de emplear conceptos como poder y autoridad, como si fueran sinónimos, para esta filósofa y teórica política, el poder hace referencia a la capacidad humana de actuar concertadamente y en tal sentido es propio de toda la comunidad. En cambio, la “autoridad” es el poder que ejercen unos pocos con el reconocimiento de aquellos a quienes se les pide obedecer y que no necesita del miedo ni de la coerción. La fuerza o violencia se utilizan cuando la autoridad fracasa (citada por Montbrun 2010, p.372).

Michael Foucault, hace una reflexión diferente, analiza el poder desde la forma en que éste se ejerce, plantea algunos interrogantes que cuestionan la forma y el resultado del ejercicio del poder, como a través de qué tecnologías y mediante qué procedimientos se ejerce ese poder y qué consecuencias y efectos se derivan de ello. Considera que el poder no es una institución, no es una estructura ni una fuerza de la que dispondrían algunos: es el nombre que se le da a una situación estratégica compleja en una sociedad dada. Como parte de su análisis, Foucault busca precisar aún más las expresiones determinantes de las prácticas del poder. En ese ejercicio manifiesta que el poder no es en modo alguno acción directa o inmediata sobre los otros. Su explicación es más compleja: el poder “actúa sobre sus acciones; una acción sobre la acción, sobre las acciones eventuales o actuales, presentes o futuras”, (citado por Montbrun, 2010, p. 372).

El concepto de poder involucra según los anteriores autores, elementos como la entrega de la voluntad, compromiso, obediencia, prohibición y limitación por parte de los integrantes de un grupo, frente a diferentes actores como el Estado y particulares en situaciones que buscan protección por considerar que existe un elemento superior, el cual se le reconoce y otorga como retribución o contraprestación de las medidas de protección que el grupo social necesita.

La anterior es una forma de explicar o justificar por qué históricamente se ha entregado a otros el poder del pueblo soberano para que, en estos tiempos de incertidumbre, desasosiego, inseguridad y peligro, sean ellos quienes tomen las decisiones que el pueblo necesita para afrontar un virus que todavía no sabemos cómo combatir y que continúa mutando.

Ahora bien, conforme con la organización política en Colombia, como un Estado social de Derecho en el que se establece la protección de derechos y libertades, el Estado debe trabajar en políticas y proyectos sociales dirigidos a disminuir la desigualdad y garantizar la participación de las decisiones que afectan a la comunidad. Es por esto que, en atención a la emergencia sanitaria a causa de Covid-19, el Estado dentro de su concepción proteccionista y sus políticas sociales, ha expedido 189 decretos económicos y sociales, al 31 de diciembre de 2020, con los que pretende dar una solución temporal a las necesidades de los colombianos, al sector

económico y a la industria, e implementar medidas para controlar y mitigar los efectos de la pandemia. (SUIN – Juriscol, 2021).

Todos los gobiernos del mundo están repitiendo un método más o menos similar. Adoptan políticas sanitarias de emergencia adecuadas a las características y la magnitud de la crisis. De manera general, se trata de establecer una normativa especial que sustituya la ordinaria, que no otorga poderes suficientes. En el entender que es excepcional la situación que se combate en la actualidad, también debe serlo la legislación que se aplica.

Las legitimaciones a favor de los poderes del Estado en medio de una emergencia para desplazar la legalidad ordinaria se encuentran inmersas en todos los sistemas constitucionales. Tal es así que, en nuestra Constitución Política se encuentra establecido en primer lugar, que el Congreso de la República regula los estados de excepción mediante leyes estatutarias y que los estados de excepción son un mecanismo temporal empleado por el ejecutivo, que lo faculta de amplias potestades para tomar decisiones, que los instrumentos jurídicos ordinarios, no le permiten afrontar la situación de crisis que altera o amenaza con afectar el orden público y la tranquilidad de la población, estas circunstancias pueden adquirir proporciones de calamidad pública o potencial y perturbar como ya se indicó el orden público, económico, ecológico y social; se declaran como medida extraordinaria para atender y resolver esta grave afectación, por parte del Presidente de la República. (Const. P., 1991, art. 212 y ss.)

Los factores de perturbación o de amenaza antes señalados, tienen que ser de una gravedad tal que no pueda ser manejados con la normativa vigente y, por lo tanto, es necesario acudir a nuevas medidas con el fin de conjurar las situaciones de crisis que ya han acontecido o las que se van a generar en un futuro próximo, si no se toman las decisiones para evitarlo o contrarrestar los efectos, es claro que la pandemia por Covid-19 se ajusta perfectamente a los requerimientos antes esbozados.

En medio de la gravedad del impacto de la crisis sobre unas sociedades que se encuentran sumidas en un escenario de inmensa polarización política y con un intenso rechazo

hacia las instituciones públicas, se buscan respuestas gubernamentales en las políticas públicas que puedan contrarrestar estas situaciones, pero las políticas públicas son insuficientes a la hora de enfrentar esta grave situación, por lo que el gobierno nacional a través de un caudal de decretos le enseñó al país de manera real, los poderes de los que está investido en virtud del estado de excepción decretado.

A modo de ejemplo, para el sector económico se promulgaron decretos como el 467 y 468 de 2020, el primero dirigido a generar un plan de auxilios económicos y periodo de gracia para beneficiarios del ICETEX y el segundo, encaminado a Findeter y Bancoldex para la implementación de líneas de crédito directo para financiar proyectos y actividades orientadas a mitigar los efectos del Covid-19. El decreto 457 limitó por primera vez durante la pandemia, la libertad de locomoción, ordenando el aislamiento preventivo obligatorio de todos los habitantes del país, hasta el 13 de abril, con unas excepciones para garantizar prestación de servicios básicos y abastecimiento, así mismo, suspendió las operaciones aéreas nacionales, salvo carga y emergencia humanitaria, hasta la misma fecha y definió sanciones por incumplimiento.

Luego vinieron decretos como el 470 y el 518, enfocados en asistencia social, para garantizar la continuidad del programa de alimentación escolar del sector oficial, a los niños, niñas y adolescentes, en sus casas; y el segundo decreto habilitó a los departamentos, municipios y distritos para que emplearan recursos del sistema general de participaciones, en beneficio de esta misma población durante la emergencia sanitaria para garantizar el derecho a la educación.

La siguiente gráfica nos permite dimensionar la forma en que el gobierno muy rápidamente tuvo que cubrir todos los aspectos de la emergencia, mediante la expedición de normas, en este caso se muestra el crecimiento en la normatividad que atañe al aislamiento obligatorio y como se fue prolongando a medida que la velocidad de propagación del virus fue siendo más alta y el número de contagiados y muertos iba en aumento.

Tabla 1. Etapas de seguimiento a la enfermedad, evolución normativa y de salubridad COVID-19 en Colombia.

ETAPAS	Etapa Preparación	Etapa contención										Etapa mitigación							
FECHA	ene-20	6/03/2020	11/03/2020	12/03/2020	14/03/2020	15/03/2020	16/03/2020	17/03/2020	20/03/2020	22/03/2020	25/03/2020	6/04/2020	12/04/2020	13/04/2020	26/04/2020	27/04/2020	11/05/2020	30/05/2020	
		Se confirma caso 1 Colombia (FIS 27/02/2020)	Autoaislamiento preventivo extranjeros	Declaratoria estado de emergencia sanitaria	Cierre fronterizo con Venezuela	Suspensión actividades académicas	Cierre fronteras terrestres, marítimas y fluviales	Se decreta Estado de Emergencia económica, social y ecológica	Aislamiento preventivo obligatorio para mayores de 70 años	Inicio aislamiento preventivo	Cierre - Suspensión transporte doméstico por vía aérea		Se decretan medidas para contratación Estatal	Inicio ampliación de cuarentena	Culminación primera ampliación cuarentena nacional	Inicio segunda ampliación aislamiento preventivo obligatorio	Culminación segunda ampliación cuarentena nacional	Culminación estado de emergencia sanitaria	
					Aislamiento preventivo con viajes recientes al extranjero						Aislamiento preventivo obligatorio Nacional	Más del 10% de los casos con "circulación autónoma"				"Aislamiento inteligente"			
DECRETOS				Res. 385				Decreto 417			Decreto 457		Decreto 537	Decreto 531					
# CASOS		1		13				75		306	481	1579			2852				
PRUEBAS		120		660				1663		4648	9505	25645			47716				
%CASOS CONFIRMADOS/ PRUEBAS PROCESADAS		0,83%		1,97%				4,51%		6,58%	5,06%	6,16%			5,98%				

Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial senado de la República y presidencia de la República

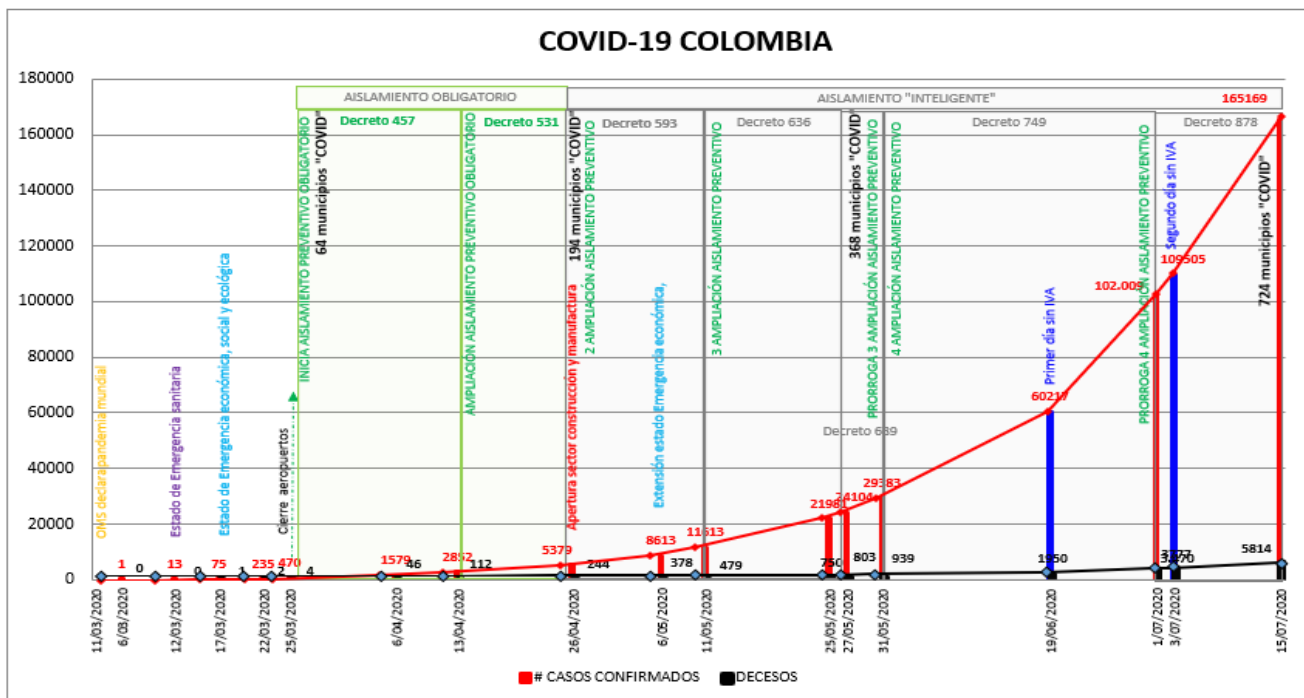
En esta tabla se refleja las etapas de atención de la enfermedad en Colombia y la evolución de la misma en el marco normativo, en medidas policivas y en incremento de casos positivos y fallecimientos por el COVID-19, allí queda en evidencia como en “etapa de preparación” entre los meses de enero y febrero del año 2020 no se avanzó en términos normativos, esto sin contar que la enfermedad fue conocida a nivel mundial desde el mes de diciembre de 2019 cuando se reportaba el primer caso en China.

Como se puede extraer del cuadro, es solo hasta el 12 de marzo del 2020 que el gobierno por medio de resolución declara al país en estado de emergencia sanitaria, creando tímidas medidas con connotación de “preventivas” y dejando pasar varios días para el cierre de fronteras aéreas por donde mejor se movilizaba el virus. A este cierre aéreo, marítimo y terrestre se le sumó el aislamiento preventivo *obligatorio* Nacional o también llamada “cuarentena”

Para el 6 de abril de 2020, el COVID-19 ya presentaba indicios de volverse un peligroso agente determinador de la salud y la economía de Colombia, identificándose su circulación como “autónoma” (el rastreo y el cerco epidemiológico ya no eran fácilmente ejecutables)

Luego de esto vinieron varios actos administrativos que dejaron en evidencia el desconocimiento y falta de preparación para un virus que tomó por sorpresa a la humanidad (la culminación de medidas con ampliación posterior de las mismas y el reinicio reiterado de actividades son algunas circunstancias que le dan peso a este argumento).

Ilustración 2. Esquema evolución normativo y de salubridad COVID-19 en Colombia en sus primeros 4 meses.



Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial senado de la República y presidencia de la República

En esta figura se observa el incremento que tuvo la normatividad, con ocasión de la Pandemia por Covid-19 en Colombia, el crecimiento exponencial de casos positivos y unas cifras abrumadoras de decesos por esta enfermedad.

Así mismo se evidencia la voracidad de un virus que a 4 meses de su primer positivo ya estaba presente en 724 municipios y había cobrado la vida de 5.814 ciudadanos.

Como se puede observar, el cierre de fronteras aéreas y la declaración de aislamiento obligatorio se dio teniendo ya 470 casos activos en 64 municipios, 4 fallecimientos y luego de 24 días de la declaratoria de pandemia mundial que hiciera la OMS, queda entonces en el aire el interrogatorio si adoptando estas medidas radicales con más prontitud se hubiera contenido mejor la enfermedad. Se nota improvisación en el manejo normativo para la mitigación del COVID-19, aclarando que, en ninguna parte del mundo se estimaban los impactos tan negativos que ha dejado este mortal virus.

1.2. El efecto de la pandemia sobre los más pobres

El CEDE (2020), analiza a profundidad las implicaciones de la pandemia por Covid-19 sobre la población más vulnerable de nuestro país, haciendo más críticas aún las condiciones de esa población y señala que: Colombia es, además, la segunda economía con mayor desigualdad en distribución del ingreso en la región, sólo superada por Brasil (CEPAL, 2019, p.22).

Con la emergencia se ha marcado la precariedad y las condiciones de vida limitadas, bajo las que un sinnúmero de colombianos vive de manera permanente. Situación que ha sido ignorada y desatendida por el Estado, pero que también es repelida por la sociedad, pues la pobreza no es otra cosa más que otredad, que, en el contexto de este trabajo, se entiende como el reconocimiento del pobre como “otro” en oposición a mi -yo-. La alteridad, entre ese “otro” que no soy “yo”, dificulta desarrollar empatía, esto es, reconocer sentimientos y pensamientos en los demás, en aceptación de ese otro como similar a mí.

El nocivo efecto del Covid-19 sobre los habitantes con menos recursos, ha generado un efecto sobre la clase media, que fue analizado por el Centro de Estudios de Desarrollo Económico – CEDE, de la Universidad de los Andes, (2020), al que se refiere en esta forma:

La reducción en pobreza y la persistencia de la desigualdad en Colombia reflejan dos elementos importantes que se han manifestado con fuerza en la crisis actual.

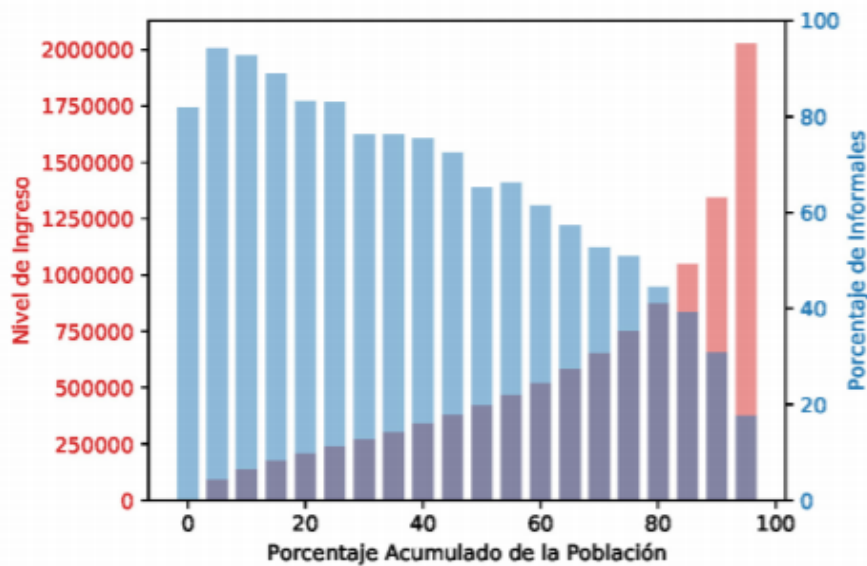
Por un lado, la disminución de la pobreza se ha traducido, sobre todo, en crecimiento de una clase media frágil. Es decir, hogares con niveles de ingreso y consumo superiores a las líneas de pobreza, pero no muy lejos de este margen. Se trata, por lo tanto, de una clase media con una alta exposición al ciclo económico (p.1).

El segundo aspecto es definido de la siguiente manera:

Un segundo aspecto que afecta la distribución del ingreso y la pobreza en Colombia: la alta incidencia de la informalidad y el cuentapropismo característicos de los hogares de ingreso medio bajo en el mercado laboral que explica la fragilidad de sus fuentes de ingresos ante choques económicos. (p.1).

Las siguientes gráficas muestran la distribución del ingreso e informalidad, con datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares del 2019 (GEIH-19) del DANE.

Ilustración 3. Distribución del ingreso e informalidad

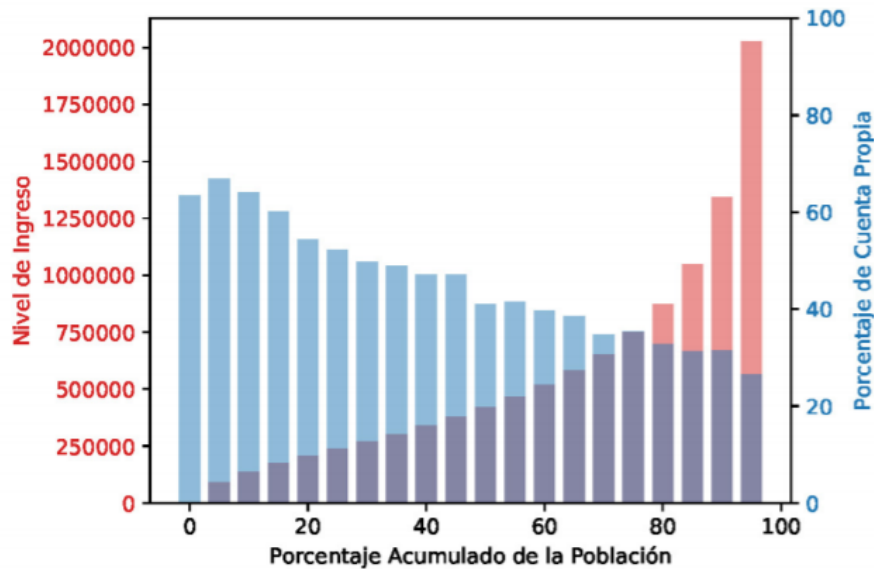


Las barras de color rojo muestran el nivel de ingresos medio por percentiles de la población. Las barras azules muestran el porcentaje de personas que viven en hogares cuyos ingresos dependen (más de 50% del ingreso del hogar) de trabajo informal.

Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/sites/default/files/asset/document/notamacro20.pdf>

La gran desigualdad en cuestión de ingresos en Colombia se observa en que, el 20% de la población en la parte superior de la distribución tiene ingresos 10 veces mayores a los del 20% de la parte baja de la distribución. (CEDE, 2020).

Ilustración 4 Distribución del Ingreso y Cuentapropismo



Las barras de color rojo muestran el nivel de ingresos medio por percentiles de la población. Las barras azules muestran el porcentaje de personas que viven en hogares cuyos ingresos dependen (más de 50% del ingreso del hogar) de trabajo informal.

Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/sites/default/files/asset/document/notamacro20.pdf>

El individuo que vive en condiciones de pobreza es visto de manera rezagada, es también un sujeto pasivo al no ser productivo económicamente, en suma, es objeto de aversión y hostilidad. De este modo, se entiende como en un país como Colombia, con los niveles de desigualdad señalados antes, acontece la “apofobia”, como lo define la filósofa Adela Cortina, refiriéndose al rechazo, aversión, temor y desprecio que se dirige al pobre, al indefenso, al que aparentemente no puede restituir nada a cambio en un mundo fundado sobre el contrato económico, en otras palabras para muchos, el pobre es una carga para la sociedad; pero el Estado debe implementar políticas públicas y programas que incluyan a los pobres de manera concluyente en su política de desarrollo social y económico, pues la dignidad de las personas se debe considerar como un mínimo de justicia en medio de tanta desigualdad, ahora bien, no

debemos confundir pobreza con desigualdad, aunque una lleve a la otra de la mano (citada por Rojas, 2020, p.319-321).

1.3. Acciones en el marco de las políticas públicas en salud adelantadas por el departamento del Huila.

Durante los primeros cuatro meses de pandemia se marcaron con mayor fuerza las desigualdades sociales, niños y jóvenes sin acceso a un computador e internet para poder continuar con sus clases de manera virtual, se incrementó el índice de desempleo, un golpe inesperado a la actividad informal de muchas familias, debido a las medidas de aislamiento y la cuarentena que obligaron a muchos a encerrarse en sus casas, en otras palabras, esta emergencia ha desnudado a la sociedad de los pobres que se ocultaba y disimulaba tras la informalidad.

A propósito de los estudiantes y sus posibilidades de acceso a internet, la voz oficial de la Gobernación del Huila (2020), a través del Secretario de Educación del Departamento, Luis Alfredo Ortiz Tovar, afirmó que el Huila es deficiente en conectividad:

De nuestros 125.000 estudiantes, sólo el 25% cuenta con conectividad y tiene acceso a internet. El otro 75% se comunica con sus instituciones educativas, rectores, directivos y docentes, a través de mecanismos distintos, lo que hemos llamado herramientas offline, como la radio, la televisión, los textos, las guías, las cartillas; de esa forma estamos interactuando. (Gobernación del Huila, 2020)

En relación con la deserción escolar, afirmó el funcionario:

En un ejercicio que estamos haciendo de seguimiento, identificamos que la deserción se ha aumentado, pero no es tan significativa como en otros Departamentos. Sin pandemia, normalmente la deserción educativa en el Huila es del 4%; ahora con esta pandemia del Covid-19 que estamos viviendo, tenemos una deserción sólo del 8%, aseguró Ortiz Tovar. (Gobernación del Huila, 2020).

Un estudio realizado con corte al 1 de junio de 2020, por la Secretaria Departamental de Educación, apoyado en la información de la plataforma SIMPADE⁴ reveló que el 92,11% de los estudiantes están presentes en las actividades académicas y lectivas, que el 1,7% no se ha podido contactar, este último porcentaje corresponde a 2.061 estudiantes, lo anterior, de acuerdo con el registro que realizan de manera articulada 163 de las 177 instituciones educativas presentes de los 35 municipios que hacen parte del departamento de Huila. Aunque las cifras parezcan alentadoras tenemos un 6,19% de la población estudiantil que no se ha identificado en este estudio; en efecto, afirmar que un porcentaje de la población realiza las actividades escolares, no implica que ese grupo cuente con un equipo (computador, tablet, celular) con acceso a internet.

Decir que se va a estudiar el comportamiento de un virus tan letal como el que nos tiene sometidos en la actualidad, es un poco pretencioso pues hasta para los países más desarrollados ha sido un carrusel de eventos. Sin embargo, podemos decir que el departamento del Huila fue uno de los primeros en asumir su realidad y proponer medidas para su territorio, acogiendo a las difíciles condiciones que planteaba el aislamiento obligatorio para evitar la propagación de la pandemia y a través de su gobernador, se lideró un convenio con los municipios de la zona cafetera del Huila, para la entrega de material de protección para los recolectores del grano. (Gobernación del Huila, 2020).

Con lo precipitado los hechos originados por la pandemia de Covid-19, no era el momento de modificar políticas públicas locales o criticar aquellas de carácter nacional, sino que, en virtud de las existentes, el Huila desplegó todo su poder de acción y se organizó para dar la batalla. Se puso en marcha una estrategia para generar alivios en el pago de servicios públicos en algunos municipios, ayudas humanitarias para los que más necesitados, gestión de ayudas por parte del gobierno nacional y todas aquellas misiones encaminadas a fortalecer el saneamiento ambiental en sitios públicos, protección del personal de la salud y entre muchas otras actividades, las que garantizaban el abastecimiento en el departamento, desde los productos de la canasta básica, hasta otros menos indispensables pero necesarios.

⁴ Sistema de Información para el Monitoreo, Prevención y Análisis de la Deserción Escolar

Como en todo el país y a la par con la gradualidad de la expansión del virus, se fue atendiendo a cada una de las aristas que fue mostrando esta emergencia, siempre de la mano del gobierno nacional que dictó la estrategia a seguir, pero sin desconocer la iniciativa local.

1.4. El acceso al sistema general de seguridad social en salud, como derecho fundamental desde el marco constitucional y legal.

Según el artículo 49 de la Constitución Política la salud es un derecho fundamental y corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de su salud; coordinando la descentralización por niveles de atención y la plena participación de la comunidad usuaria. De igual forma, destaca la carta política la responsabilidad del Estado para organizar, dirigir, reglamentar y formular políticas en la prestación de los servicios de Salud, ejerciendo vigilancia y control (Const. P., 1991).

El desarrollo constitucional la Ley 1751 de 2015, se centró en definir el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, destacándose que el ejercicio pleno del derecho comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad, para lograr la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, obligando al Estado a adoptar políticas para asegurar servicios, actividades de tratamiento y rehabilitación entre otras, para todas las personas. Corrobora la responsabilidad que tiene el Estado en la adopción de políticas públicas en salud.

Dispuso expresamente el Legislador como obligación del Estado Colombiano, que debía “abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas” (Literal a) Ley 1751, 2015, art. 5).

Ahora bien, en un estado paternalista como el nuestro, la legislación sobre la que se apoya el derecho fundamental a la salud y el acceso a los servicios dentro del sistema general de

seguridad social en salud, en una pandemia, enfrenta al gobierno como mínimo a dos crisis, la primera, es la que afecta la infraestructura en salud, pues a raíz de ella, la movilización de los recursos la especificidad de la emergencia es sanitaria, la segunda, es decir, afecta la salud y economía de la población.

Conclusión del capítulo

Ante esta situación el Gobierno, debe atender dos frentes importantes, el primero, tomar medidas urgentes para evitar que la infraestructura sanitaria colapse, desatendiendo la emergencia y agravando las condiciones de acceso al servicio de salud, afectando también al personal de talento humano en salud. Así mismo, deberá trabajar en el diseño de estrategias encaminadas a la recuperación del sector económico, atacando de fondo los factores que pueden agudizar la crisis social, llámese desempleo, desabastecimiento, seguridad y acceso a servicios públicos básicos, entre ellos la salud, para garantizar de esta forma la disminución de la pobreza.

Tal como lo recomendara la Universidad de los Andes el año pasado, el gobierno nacional debe como primera medida, crear las condiciones que permitan acelerar un conjunto de reformas estructurales encaminadas a consolidar la disminución de la pobreza y de esta forma robustecer a la clase media, tan golpeada por estos fenómenos económicos; de otro lado hay que lograr el desmonte de la informalidad, con programas que garanticen al trabajador iguales ingresos dentro de un marco de legalidad y acceso al Sistema General de Seguridad Social Integral y a aquellos que no se acojan a esta solución, procurar que puedan acceder a un mercado laboral formal más flexible y con oportunidades de ingreso regular. Como medida final, se debe abordar nuevamente el debate de una estructura tributaria que permita mejor distribución del ingreso, con miras a financiar el esfuerzo fiscal que se está haciendo y que se deberá seguir haciendo en los próximos meses. CEDE (2020).

Es claro entonces que, como a la mayoría de los países del mundo, a Colombia y jerárquicamente a cada uno de sus departamentos, le tocó, aunque basado en esquemas y protocolos globales, crear su propio sistema para afrontar la emergencia, todo esto basado en las

características de sus habitantes, la geografía de su tierra y los rasgos socioculturales de sus habitantes, por lo cual se pudo establecer que en diferentes regiones del país el virus, aunque letal, se comportó de manera no tan similar.

CAPÍTULO II

Examinar las acciones adelantadas en el sector Salud, por los entes territoriales para afrontar el Covid-19.

Desde la época colonial se documentan crisis y respuestas gubernamentales por epidemias que han afectado el territorio colombiano, estas se remontan a brotes permanentes de enfermedades como el cólera o el sarampión, las cuales no son comunes hoy en día. Estos hechos, las múltiples circunstancias que se han debido sortear, las experiencias internacionales y el aprendizaje de más de dos siglos, han estructurado el sistema de salud y se supone que lo deberían tener preparado para atender emergencias como la actual; es de precisar que el principal cambio reciente del sistema de salud fue la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, con la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que ha sido reformado en múltiples ocasiones.

Esta ley no fue motivada por la existencia de una pandemia, sino que se concibió para garantizar el acceso a la salud, aunque hay bastantes retos y críticas derivadas de su implementación, es de destacar que la población colombiana a finales del siglo XX, especialmente la más vulnerable, tenía acceso limitado a este servicio.

2.1. Acciones adelantadas por el gobierno departamental del Huila

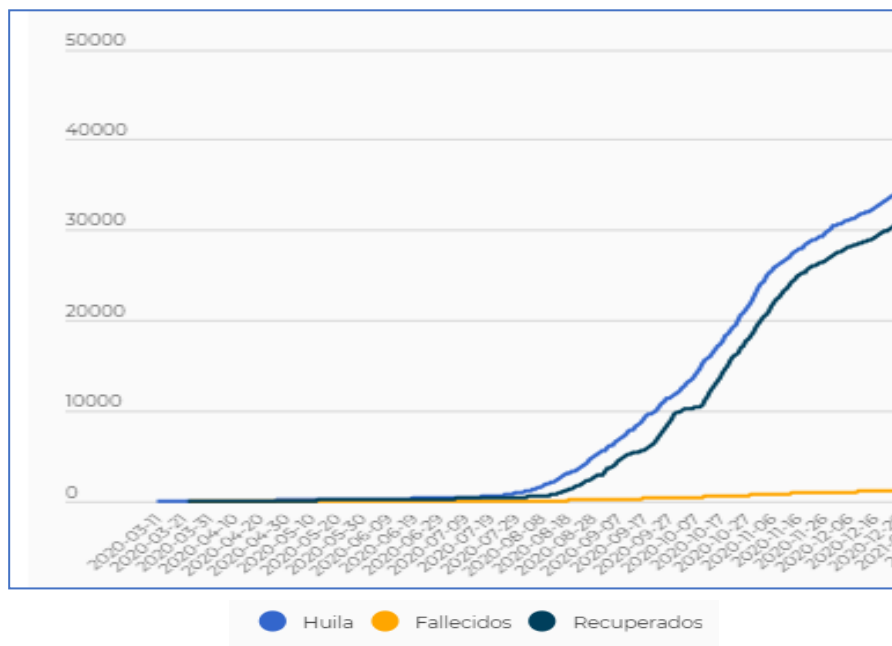
Descendiendo al caso que nos ocupa, la Gobernación del Huila (2020), en el documento refrendado por su Ente de Control, presentó una novedad que destaca, y esta es “la ruta de atención integral para la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en el marco de los lineamientos del nuevo Coronavirus SARS CoV-2 causado por el Covid-2019” (Plan de respuesta territorial para la fase de mitigación en la pandemia por Covid-19, Secretaria de Salud Departamental del Huila, junio de 2020, p.13) así:

Todas las IPS públicas y privadas que brindaran atención a los sintomáticos respiratorios (leves y moderados) deberán implementar una atención en un sitio diferente al servicio de

urgencias, e igualmente los que tengan criterio de aislamiento, la institución debe establecer una zona diferente a hospitalización normal para atender a estos pacientes. Se establece la ruta de atención integral para la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en el marco de Los lineamientos del nuevo Coronavirus SARS CoV-2 causado por el Covid-2019.

En cuanto a la capacidad del sistema de salud, la crisis puso de manifiesto importantes desafíos como es el caso de la brecha existente entre la demanda por el servicio de la red de laboratorios y la oferta en 2020. Es decir, la capacidad instalada de la red de laboratorios no se ha logrado ampliar a la misma velocidad que la propagación del virus.

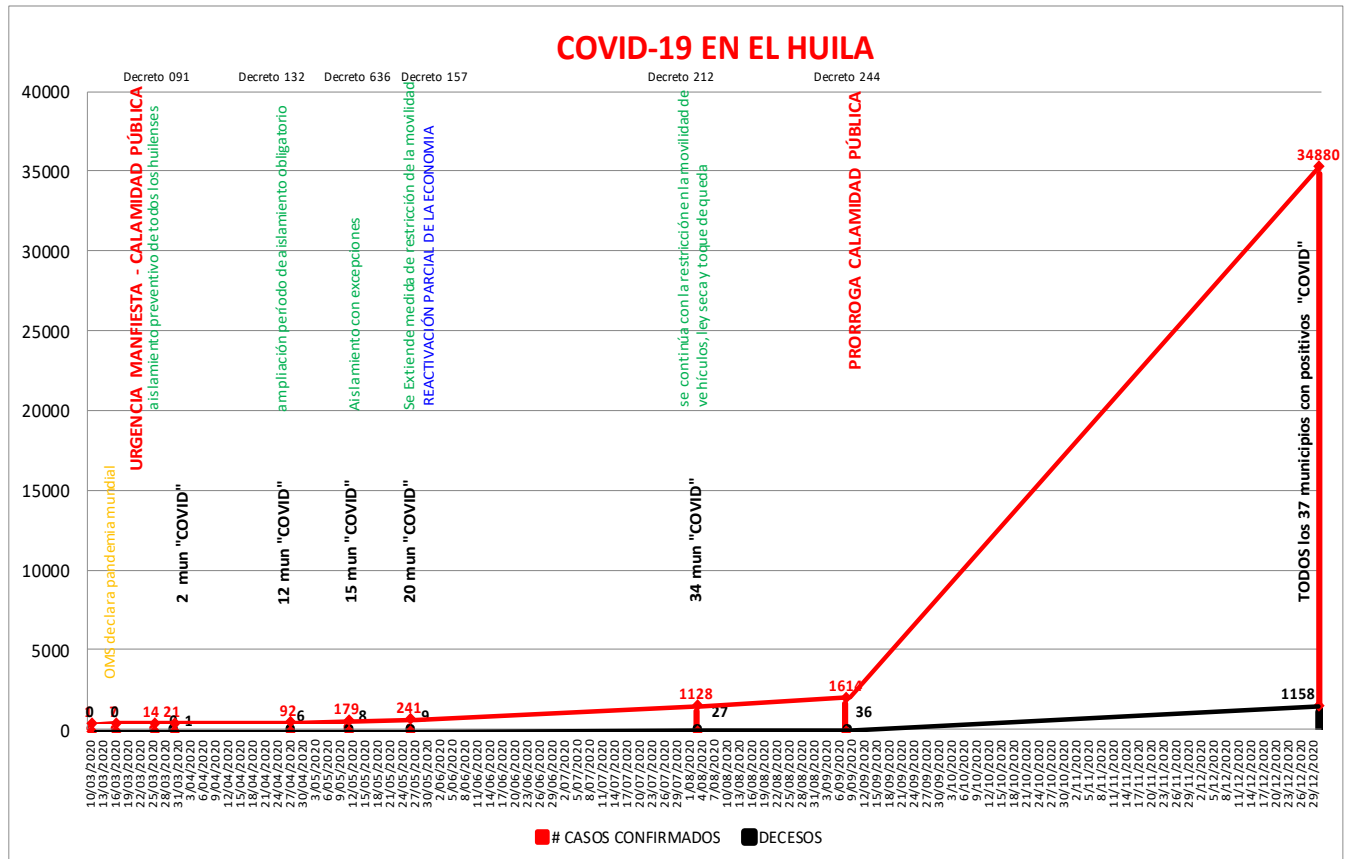
Ilustración 5. Casos Huila hasta 31 diciembre 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud – INS, se evidencia la aceleración peligrosa de los casos COVID-19 en el Huila

Tomando como base la gráfica del Instituto Nacional de Salud con el reporte de casos, fallecidos y recuperados del Huila en los periodos comprendidos entre marzo y diciembre 2020 se puede extraer que la propagación de la enfermedad en este territorio se dio con más impacto en el último cuatrimestre de dicha anualidad alcanzando cifras realmente alarmantes e impactantes sobre la salud de los huilenses.

Ilustración 6 Esquema evolución normativa y de salubridad COVID-19 en el Huila hasta el 31 de diciembre de 2020



Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial Gobernación del Huila, página SIRHUILA <http://sirhuila.gov.co/>

Se puede deducir de la ilustración, que el gobierno departamental del Huila efectuó un des escalamiento de las medidas preventivas Covid-19 con algo de premura dando herramientas legales para la reactivación económica en una temprana fecha donde la magnitud de la enfermedad aún no se evidenciaba.

Al igual que el gobierno nacional, la administración departamental creó una normativa de tipo policiva, con muy poco enfoque social, lo que puede haber incidido en el crecimiento significativo de casos Covid-19 positivo y en los lamentables decesos que aun deja este virus a su paso.

A continuación, se presenta el detalle de la normatividad establecida por el gobierno del Huila para la mitigación de los impactos del Covid-19:

Ilustración 7. Decretos para mitigar impactos del Covid-19 en el Huila

DECRETOS PARA MITIGAR IMPACTOS DEL COVID-19 EN EL HUILA

#	FECHA	NORMATIVA DEPARTAMENTAL	DESCRIPCIÓN	No. CASOS ACUMULADOS	No. FALLECIDOS ACUMULADOS	No. MUNICIPIOS CON CASOS POSITIVOS
1	10/03/2020	PRIMER CASO CONFIRMADO		1	0	1
2	16/03/2020	Decreto Departamental No. 0093 de 2020	URGENCIA MANIFIESTA EN EL DEPARTAMENTO	7	0	1
		Decreto Departamental No. 0091 de 2020	CALAMIDAD PUBLICA - aislamiento preventivo de todos los huilenses			
3	19/03/2020	Decreto Departamental No. 0095 de 2020	Medidas sanitarias y acciones transitorias de policía	9	0	1
		Decreto Departamental No. 0096 de 2020	Medidas transitorias para garantizar el orden público			
4	20/03/2020	Decreto Departamental No. 0097 de 2020	Medidas transitorias para garantizar el orden público	9	0	1
5	22/03/2020	Decreto Departamental No.0098 de 2020	Extiende medida de restricción de la movilidad	10	0	1
6	24/03/2020	Decreto Departamental No. 0101 de 2020	Se adoptan las medidas impartidas por el gobierno nacional	14	0	1
7	26/03/2020	Decreto Departamental No. 0104 de 2020	Se insta a los municipios para que adopten medidas	14	0	2
8	11/04/2020	Decreto Departamental No. 0104 de 2020	Se adoptan las medidas impartidas por el gobierno nacional	52	3	5
9	26/04/2020	Decreto departamental No. 0132 de 2020	ampliar el período de aislamiento obligatorio	92	6	12
10	11/05/2020	Decreto departamental 636 del 06 de mayo de 2020	Aislamiento con excepciones	179	8	15
11	23/05/2020	Decreto departamental 0157 de 2020	Extiende medida de restricción de la movilidad	241	9	17
12	30/05/2020	Decreto departamental 0159 de 2020	Extiende medida de restricción de la movilidad	247	9	17
13	15/07/2020	Decreto departamental 0205 de 2020	Extiende medida de restricción de la movilidad	458	14	24

14	18/07/2020	Decreto departamental 0208 de 2020	Se adoptan medidas sanitarias urgentes	520	15	27
15	31/07/2020	Decreto departamental 0212 de 2020	adopta medida de restricción de la movilidad	908	26	32
16	3/08/2020	Decreto departamental 0212 de 2020	se continúa con la restricción en la movilidad de vehículos, ley seca y toque de queda	1128	27	34
17	8/09/2020	Decreto departamental 0244 de 2020	Prorroga CALAMIDAD PÚBLICA	1614	36	36
18	23/12/2020	Decreto departamental 0344 de 2020	Adopta medidas y acciones administrativas y de policía	33277	1152	37
19	31/12/2020	Día de cierre del estudio		34880	1158	37

Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial Gobernación del Huila

Ilustración 8. Otra normativa COVID-19

Lineamientos PAI en el contexto de la Pandemia - (23 julio 2020)	Lineamientos generales para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI en el contexto de la pandemia de COVID-19. Colombia 2020. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS15.pdf
Resolución 1270 (29 de julio de 2020)	Creación del Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente al COVID-19.
Decreto 1258 de 2020 (30 de septiembre)	Por el cual se crea una Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).
Resolución 2272 de 2020 (02 de octubre)	Por la cual se modifica la integración de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (COVID-19) establecida en la Resolución 1628 de 2020.
Ley 2064 de 2020 (9 de diciembre)	“por medio de la cual se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra el COVID-19 y la lucha contra cualquier pandemia y se dictan otras disposiciones”
Resolución 2481 de 2020 (24 de diciembre)	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). de Pago por Capitación (UPC).

Creación propia, fuente de información: Página oficial Gobernación del Huila, página SIRHUILA <http://sirhuila.gov.co/>

2.2. Capacidad Instalada

Frente a la capacidad instalada en el departamento del Huila, es relevante señalar que, la misma es reportada a través del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS, del Ministerio de Salud y Protección y verificada mediante visita presencial a las instituciones prestadoras de servicios del nivel complementario por el equipo del área de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental.

Tabla 2 Capacidad instalada en el Departamento del Huila por municipio.

MUNICIPIOS	No. DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	No. DE CAMAS DE CUIDADOS INTERMEDIOS	No. DE CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS
Neiva	302,5	16,5	61
Acevedo	2	0	0
Agrado	1,5	0	0
Aipe	2	0	0
Algeciras	2	0	0
Baraya	1,5	0	0
Campoalegre	2	0	0
Colombia	1,5	0	0
Garzón	31,5	0,5	4
Gigante	2	0	0
Guadalupe	2	0	0
Hobo	1,5	0	0
Íquira	2	0	0
Isnos	1	0	0
La Argentina	2	0	0
La Plata	14	0	0
Nátaga	2	0	0
Oporapa	2	0	0
Paicol	1	0	0
Palermo	2,5	0	0
Pital	2	0	0
Pitalito	42	1	5
Rivera	3	0	0
Saladoblanco	2,5	0	0

San Agustín	3,5	0	0
Santa María	2	0	0
Sauza	2	0	0
Tarqui	1	0	0
Tello	2	0	0
Teruel	2	0	0
Tesalia	1,5	0	0
Timaná	2,5	0	0
Villavieja	3	0	0
Yaguará	1	0	0
TOTAL	448,5	18	70

Elaboración propia a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS

Nota: De la Tabla se puede observar que la capital (Neiva) posee la mayor participación en camas de hospitalización con el 67,45%, camas de cuidados intermedios con el 91,67% y camas de cuidados intensivos el 87,14%. Los municipios de Altamira, Elías y Palestina no poseen camas para el cuidado de pacientes. Recuperado de: <https://cchuila.org/wp-content/uploads/2020/07/PLAN-DE-REACTIVACI%C3%93N-ECONOMICA-DEL-HUILA-CRECI.pdf>

Debido a la declaratoria de calamidad nacional a causa de los efectos del Covid-19 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció directrices en cuanto a mejorar la capacidad instalada de la red pública y privada buscando el aumento de camas hospitalarias y el aumento de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Para definir esta capacidad se tiene en cuenta lo descrito en el REPS (Registro Especial de Prestadores de servicios de salud) y la red de atención transitoria, las cuales desaparecerán una vez levantada la emergencia sanitaria.

Tabla 3. Paralelo capacidad instalada Colombia - Huila.

	COLOMBIA	HUILA
Número de camas de hospitalización	20.088	446.5
Número de camas de cuidados intermedios	1.599	18
Número de camas de cuidados intensivos	2.761.5	70
TOTAL	24.448.5	534.5

Elaboración propia a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

La Gobernación realizó la distribución de equipos biomédicos como monitores (315), camas hospitalarias (391), colchones (118), capnógrafos (5), camillas hospitalarias (250), AMBUT (50), fonendoscopios (50), tensiómetros (50), pulsioxímetros (25), glucómetros (50), camas de transporte (50), ventiladores para UCI (115), ambulancias (10), bomba de infusión (130) con destino a enfrentar el Covid-19, distribuidos en las Empresas Sociales del Estado E.S.E de los 37 municipios del departamento evaluados en \$29.266.065.804 ejecutados mediante 10 contratos.

Tabla 4. Distribución de equipos biomédicos, camas y camillas para las IPS de la red pública del departamento, con destino a enfrentar el Covid-19

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESTADOR	VALOR ENTREGADO A LAS DIFERENTES E.S.E	CANTIDADES EQUIPOS BIOMEDICOS. DISPOSITIVOS MEDICOS AMBULANCIA	CANTIDADES EQUIPOS BIOMEDICOS. MINISTERIO	TOTAL, EQUIPOS BIOMEDICOS POR MUNICIPIO
	CANTIDADES A DISTRIBUIR				
ACEVEDO	E.S.E SAN FRANCISCO JAVIER	\$ 344.342.432	18		18
AGRADO	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO	\$ 86.432.112	13	10	23
AIPE	E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS	\$ 127.788.616	16		16
ALGECIRAS	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL	\$ 140.234.800	15		15
BARAYA	E.S.E HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO	\$ 92.539.744	15		15
CAMPOALEGRE	E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO	\$ 340.300.248	46		46
COLOMBIA	E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ	\$ 73.030.768	12		12
ELÍAS	HOSPITAL MUNICIPAL SAN FRANCISCO DE ASIS	\$ 49.228.080	10		10
GARZÓN	E.S.E. HOSPITAL DEP SAN VICENTE DE PAUL	\$ 3.699.237.158	161	119	280
	E.S.E MARIA AUXILIADORA	\$ 495.446.240	72	31	103
GIGANTE	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO	\$ 155.247.616	21		21

GUADALUPE	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	\$ 127.552.560	21		21
HOBO	E.S.E HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL	\$ 70.476.952	11		11
IQUIRA	E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	\$ 75.476.952	11		11
ISNOS	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE	\$ 157.247.616	21		21
LA ARGENTINA	E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	\$ 259.674.264	10		10
LA PLATA	E.S.E SAN SEBASTIAN	\$ 221.997.160	15		15
	E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO DE PADUA	\$ 2.872.778.822	141	51	192
NÁTAGA	E.S.E HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA	\$ 51.674.264	9		9
NEIVA	E.S.E. HOSPITAL U. HERNANDO MONCALEANO P.	\$ 11.133.541.030	371	217	588
	E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	\$ 769.225.240	26		26
OPORAPA	E.S.E MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ	\$ 90.878.296	12		12
PAICOL	E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	\$ 76.878.296	12		12
PALERMO	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	\$ 146.998.744	20		20
PALESTINA	E.S.E CAMILO TRUJILLO SILVA	\$ 93.432.112	13		13
PITAL	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS	\$ 96.878.296	12		12
PITALITO	E.S.E MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR	\$ 693.678.184	81		81
	E.S.E HOSPITAL DPAL SAN ANTONIO	\$ 4.603.721.090	252	97	349
RIVERA	E.S.E HOSPITAL DIVINO NIÑO	\$ 295.228.080	11		11
SALADOBLANCO	HOSPITAL NUESTRA SRA DE LAS MERCEDES	\$ 91.432.112	13		13
SAN AGUSTÍN	E.S.E HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS	\$ 185.938.264	20	10	30
SANTA MARÍA	E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	\$ 255.228.080	11		11

SUAZA	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SRA DE FATIMA DE SUAZA	\$ 103.687.080	15		15
TARQUI	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI	\$ 85.228.080	10		10
TELLO	E.S.E CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ	\$ 72.781.896	11		11
TERUEL	E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE	\$ 258.240.896	17		17
TESALIA	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA	\$ 264.335.712	13	10	23
TIMANÁ	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO	\$ 320.399.744	19		19
VILLAVIEJA	E.S.E HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO	\$ 77.584.584	13		13
YAGUARÁ	E.S.E HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA	\$ 84.043.584	18		18
<u>ALTAMIRA</u>		\$ 26.000.000	0		0
TOTAL			1608	545	2153

Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial Gobernación del Huila, página SIRHUILA. Recuperado de: <http://sirhuila.gov.co/>

Aunado a lo anterior están los retos técnicos, operativos, de infraestructura y tecnológicos de las autoridades sanitarias nacionales y territoriales (Minsalud, 2020).

Estos factores se reflejan en el bajo número de camas disponibles al inicio de la pandemia en las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, no solamente de los afectados por el Covid-19, sino también de los afectados por otras enfermedades.

Por su parte, el Ministerio de Salud hizo entrega de equipos como camillas (52), camas hospitalarias (151), rayos x (5), bombas de infusión (105), ventiladores (125), desfibriladores (2), monitores (105) para un total de 545 equipos distribuidos en los municipios del Agrado, Garzón, La Plata, Neiva, Pitalito, San Agustín y Tesalia.

Tabla 5 Capacidad de camas UCI

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESTADOR	1 DE ENERO DE 2020				31 DE DICIEMBRE DE 2020				TOTALES			
		UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS			TOTAL UCI	UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS			TOTAL UCI	UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS			TOTAL UCI
		ADULTOS	PEDIATRIA	NEONATAL		ADULTOS	PEDIATRIA	NEONATAL		ADULTOS	PEDIATRIA	NEONATAL	
GARZÓN	E.S.E. HOSPITAL DEP SAN VICENTE DE PAUL	8		5	13	45			45	53	0	5	58
LA PLATA	E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO DE PADUA				0	20			20	20	0	0	20
NEIVA	E.S.E. HOSPITAL U. HERNANDO MONCALEA NO P.	28	10	12	50	85			85	113	10	12	135
PITALITO	E.S.E HOSPITAL DPAL SAN ANTONIO	10			10	55			55	65	0	0	65
		46	10	17	73	205	0	0	205	251	10	17	278










RED COMPLEMENTARIA

NEIVA	CLINICA BELO HORIZONTE	10			10	5			5	15	0	0	15
NEIVA	CLINICA MEDILASER	33	9		42	30			30	63			63
NEIVA	SEDE ABNER LOZANO			13	13				0	0			0
NEIVA	CLINICA UROS	34	5	18	57	19			19	53			53
NEIVA	CLINICA CARDIOVASCULAR CORAZON JOVEN	8			8	2			2	10			10
NEIVA	CLINICA EMCOSALUD	9		5	14	10			10	19	0	5	24
		94	14	36	144	66	0	0	66	160	0	5	165

Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial Gobernación del Huila, página SIRHUIILA <http://sirhuila.gov.co/>, respuestas a derechos de petición de la administración departamental

En cuanto al nivel de complejidad de las empresas prestadoras de salud, se tiene que en el departamento tan sólo existe una institución de tercer nivel ubicada en la ciudad de Neiva y sólo existen tres de segundo nivel en los municipios de Garzón, La Plata y Pitalito. Dejando en evidencia el olvido en acceso de salud de primera calidad en el departamento del Huila para los más de un millón doscientos mil habitantes.

Tabla 6 Categorías municipios del Huila

Bandera	Nombre	Área (km ²)	Habitantes	Densidad (Habitantes *km ²)	Categoría del municipio	instituciones				Ambulancias	
						nivel 1	nivel 2	nivel 3	Clínicas	Básicas	Medicalizadas
	Acevedo	612	33.613	54,92	6	1				3	
	Agrado	222	9.111	41,04	6	1				1	
	Aipe	802	26.933	33,58	6	1				3	
	Algeciras	570	24.566	43,10	6	1				2	
	Altamira	188	4.377	23,28	6						
	Baraya	750	9.654	12,87	6	1					
	Campoalegre	661	34.472	52,15	6	1				3	
	Colombia	1.698	12.530	7,38	6	1					
	Elías	72	3.988	55,39	6	1					
	Garzón	580	90.187	155,49	6	1	1			4	3
	Gigante	626	33.871	54,11	6	1				9	
	Guadalupe	254	21.657	85,26	6	1				3	
	Hobo	217	6.963	32,09	6	1				2	
	Íquira	532	12.959	24,36	6	1				1	
	Isnos	361	27.485	76,14	6	1				2	
	La Argentina	326	14.271	43,78	6	1				2	
	La Plata	1271	63.817	50,21	6	1	1			4	2
	Nátaga	133	6.387	48,02	6	1				1	

	Neiva	1553	344.130	221,59	1	7		1	19	29	11
	Oporapa	188	13.826	73,54	6	1				2	
	Paicol	298	5.606	18,81	6	1				2	
	Palermo	923	33.248	36,02	6	1				3	
	Palestina	224	11.692	52,20	6	1				1	
	Pital	20291	13.776	0,68	6	1				2	
	Pitalito	591	128.251	217,01	4	1	1			10	8
	Rivera	435	18.992	43,66	6	1				4	
	Saladoblanco	290	11.580	39,93	6	1				3	
	San Agustín	1310	33.201	25,34	6	1				3	
	Santa María	314	11.453	36,47	6	1				2	
	Suaza	336	19.486	57,99	6	1				2	
	Tarqui	3080	17.763	5,77	6	1				3	
	Tello	558	14.274	25,58	6	1				2	
	Teruel	499	8.787	17,61	6	1				2	
	Tesalia	373,68	9.280	24,83	6	1				4	
	Timaná	182,5	20.350	111,51	6	1				3	
	Villavieja	670	7.311	10,91	6	1				2	
	Yaguará	329	9.063	27,55	6	1					

Creación propia, fuente de información: Instituto Nacional de Salud INS, Página oficial Gobernación del Huila, página SIRHUIILA <http://sirhuila.gov.co/>, respuestas a derechos de petición de la administración departamental.

Conforme se observa en la tabla, esta era la capacidad de camas UCI por zonas en el departamento del Huila.

Tabla 7 Camas UCI Huila

REPS CAMA UCI	INICIAL	EXTENSIÓN	TOTAL
ZONA NORTE	122	151	151
ZONA CENTRO	8	45	45
ZONA SUR	10	55	55
ZONA OCCIDENTE	0	20	20
	140	271	271

Creación propia.

No obstante, se elevó derecho de petición a la Gobernación del Huila, para conocer la capacidad de camas destinadas para atención de servicios en -UCI- se recibió información que da cuenta de que efectivamente se fortaleció dicha capacidad. En cuanto a las Unidades de Cuidados Intensivos la gobernación mediante respuesta a la petición informa que a enero de 2020 estaban registradas 140 camas adulto y 271 camas UCI total habilitadas teniendo en cuenta cuidado neonatal y pediátrico, lo que concuerda con los datos registrados en el plan de respuesta territorial al Covid-19 y con la dotación de nuevas camas a diciembre de 2020 (Se dotaron las IPS públicas y privadas en un total de 271 camas) estaban en funcionamiento al cierre del año 2020, 411 camas. Es importante resaltar que a las IPS privadas Emcosalud, Medilaser, Clínica Uros el Ministerio de Salud las dota de 42 ventiladores. En su orden 10, 22, 10.

Tabla 8 Capacidad de camas UCI por zona, luego de ser dotadas por IPSs.

REPS CAMA UCI	INICIAL	EXTENSIÓN	TOTAL
ZONA NORTE	122	151	273
ZONA CENTRO	8	45	53
ZONA SUR	10	55	65
ZONA OCCIDENTE	0	20	20
	140	271	411

Fuente de Información Gobernación del Huila mediante respuesta a derecho de petición – (Tabla construcción propia)

Según información suministrada por la Gobernación del Huila, las camas de UCI, estaban dotadas de los siguientes elementos, cama con colchón antiescaras, ventilador, monitor de signos vitales, bombas de infusión. Estos equipos se adquirieron mediante recursos de la gobernación y recursos del Ministerio de Salud y La Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Así mismo se informa por parte de la entidad, que las camas que han tenido mayor demanda son las correspondientes a hospitalización de adultos, cuidado intermedio de adultos y cuidado intensivo de adultos.

Ahora bien, dentro de los compromisos adquiridos por la Gobernación del Huila, se encuentra que a mediados del año 2020 la Asamblea del Huila anunció la aprobación de unos recursos adicionales para el departamento los cuales ascendían a la suma de \$25.000.000.000 para la compra de elementos biomédicos de los cuales se puede observar en la siguiente tabla que no se cumplió con el cometido, la extensión fue mucho menor que el compromiso adquirido.

Tabla 9 Nivel de complejidad y zona geográfica – Red Prestadora de Salud Huila.

MUNICIPIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD Y ZONA GEOGRAFICA		NOMBRE DEL PRESTADOR	VALOR ENTREGADO A LAS DIFERENTES E.S.E	CANTIDADES EQUIPOS BIOMEDICOS DISPOSITIVOS MEDICOS AMBULANCIA	CANTIDADES EQUIPOS BIOMEDICOS MINISTERIO
	NIVEL DE COMPLEJIDAD	ZONA	CANTIDADES A DISTRIBUIR			
ACEVEDO	Primer Nivel	Sur	E.S.E SAN FRANCISCO JAVIER	\$344.342.432	18	
AGRADO	Primer Nivel	Centro	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO	\$86.432.112	13	10
AIPE	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS	\$127.788.616	16	
ALGECIRAS	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL	\$140.234.800	15	
BARAYA	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO	\$92.539.744	15	
CAMPOALEGRE	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO	\$340.300.248	46	
COLOMBIA	Primer Nivel	Norte	E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ	\$73.030.768	12	
ELÍAS	Primer Nivel	Sur	HOSPITAL MUNICIPAL SAN FRANCISCO DE ASIS	\$49.228.080	10	
GARZÓN	Segundo Nivel	Centro	E.S.E. HOSPITAL DEP SAN VICENTE DE PAUL	\$3.699.237.158	161	119
GARZÓN	Primer Nivel	Centro	E.S.E MARIA AUXILIADORA	\$495.446.240	72	31
GIGANTE	Primer Nivel	Centro	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO	\$155.247.616	21	

GUADALUPE	Primer Nivel	Centro	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	\$127.552.560	21	
HOBO	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL	\$70.476.952	11	
IQUIRA	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	\$75.476.952	11	
ISNOS	Primer Nivel	Sur	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE	\$157.247.616	21	
LA ARGENTINA	Primer Nivel	Occidente	E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	\$259.674.264	10	
LA PLATA	Primer Nivel	Occidente	E.S.E SAN SEBASTIAN	\$221.997.160	15	
LA PLATA	Segundo Nivel	Occidente	E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO DE PADUA	\$2.872.778.822	141	51
NÁTAGA	Primer Nivel	Occidente	E.S.E HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA	\$51.674.264	9	
NEIVA	Tercer Nivel	Norte	E.S.E. HOSPITAL U. HERNANDO MONCALEANO P.	\$11.133.541.030	371	217
NEIVA	Primer Nivel	Norte	E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	\$769.225.240	26	
OPORAPA	Primer Nivel	Sur	E.S.E MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ	\$90.878.296	12	
PAICOL	Primer Nivel	Occidente	E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	\$76.878.296	12	
PALERMO	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	\$146.998.744	20	
PALESTINA	Primer Nivel	Sur	E.S.E CAMILO TRUJILLO SILVA	\$93.432.112	13	
PITAL	Primer Nivel	Centro	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS	\$96.878.296	12	
PITALITO	Primer Nivel	Sur	E.S.E MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR	\$693.678.184	81	
PITALITO	Segundo Nivel	Sur	E.S.E HOSPITAL DPAL SAN ANTONIO	\$4.603.721.090	252	97
RIVERA	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL DIVINO NIÑO	\$295.228.080	11	
SALADOBLANCO	Primer Nivel	Sur	HOSPITAL NUESTRA SRA DE LAS MERCEDES	\$91.432.112	13	
SAN AGUSTÍN	Primer Nivel	Sur	E.S.E HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS	\$185.938.264	20	10
SANTA MARÍA	Primer Nivel	Norte	E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	\$255.228.080	11	

SUAZA	Primer Nivel	Centro	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SRA DE FATIMA DE SUAZA	\$103.687.080	15	
TARQUI	Primer Nivel	Centro	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI	\$85.228.080	10	
TELLO	Primer Nivel	Norte	E.S.E CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ	\$72.781.896	11	
TERUEL	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE	\$258.240.896	17	
TESALIA	Primer Nivel	Occidente	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA	\$264.335.712	13	10
TIMANÁ	Primer Nivel	Sur	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO	\$320.399.744	19	
VILLAVIEJA	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO	\$77.584.584	13	
YAGUARÁ	Primer Nivel	Norte	E.S.E HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA	\$84.043.584	18	
<u>ALTAMIRA</u>	Primer Nivel	<u>Centro</u>		\$26.000.000	0	
NEIVA	Tercer nivel	Norte	CLINICA EMCOSALUD			10
NEIVA	Tercer nivel	Norte	CLINICA MEDILASER			22
NEIVA	Tercer nivel	Norte	CLINICA UROS			10

Creación propia - Fuente de Información Gobernación del Huila mediante respuesta a Derecho de Petición.

Lo vulnerable del sistema no sólo se evidencia en los recursos físicos y al escaso financiamiento del Sistema de Salud, sino que también hay un reducido talento humano en salud.

Uno de los mayores retos se presenta en este tema de talento humano, que vinieron a ser más evidentes en esta emergencia. Además, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud presentan retos de informalidad y baja remuneración, o prevalencia de contratación por prestación de servicios y no mediante un contrato laboral de trabajo.

Así entonces, quedaron expuestos los dos más grandes retos que nos pone esta pandemia, el primero se enfoca en la mortalidad generada sobre la población en general y en

grupos de mayor riesgo, como los adultos mayores de 70 años y la población con comorbilidades. La segunda se refiere al exceso de demanda de los servicios de salud, particularmente los de cuidados intensivos. Se debe indicar en este apartado que en la búsqueda de información frente a las políticas públicas que haya adoptado el Gobierno Nacional con ocasión al Covid-19 y teniendo en cuenta que la gestión de la emergencia ha requerido respuestas rápidas bajo una total incertidumbre, se encuentra que un sólo documento contiene datos específicos para el caso concreto de la pandemia, este es el CONPES 3999 del 5 de agosto de 2020 el cual tiene por título “Estrategia de respuesta inicial ante los efectos de la pandemia del Covid-19 sobre la salud pública, los hogares, el aparato productivo y las finanzas públicas”.

Este documento reseña la respuesta inicial del gobierno de Colombia y plantea acciones de seguimiento para contribuir a la consolidación de una ruta para la reactivación y recuperación de la economía. Este Conpes presenta las medidas iniciales que implementó el Gobierno nacional, con corte a 30 de junio de 2020, de manera coordinada con las administraciones locales, orientadas a: reducir el impacto del Covid-19 sobre la salud de la población, proteger el ingreso y bienestar de los hogares y proteger al aparato productivo de los efectos de la pandemia; y apoyar las finanzas públicas.

Se debe indicar que, para el caso concreto, la Gobernación del Huila no creó ninguna política pública en salud para atención del Covid-19, ya que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció documentos técnicos para que cada Departamento, estableciera plan de respuesta a la pandemia del Covid- 19. Es así como el Departamento construyó su plan de respuesta Territorial.

Conclusión del capítulo

En el Huila como en todo el país, la situación desatada por la Pandemia no ha sido fácil de manejar, más aún, teniendo en cuenta que los medios de comunicación, es especial las redes sociales no han colaborado y algunas veces han desinformado a la población, haciendo virales noticias falsas o asociando los contagios a grupos sociales o a ciertas especialidades por su

cercanía con los pacientes. A partir de esa desinformación se han generado estigmas sobre diferentes grupos de personas, que, en el menos grave de los casos, han sido aislados

socialmente, viéndose por esta situación enfrentados a cuadros de depresión, ansiedad o vergüenza pública.

Por lo anterior es muy importante la educación y el buen uso del lenguaje para no confundir y dar mensajes errados, utilizar los términos adecuados y explicar que significa cada uno en su real contexto: de otro lado se debe seguir información de carácter oficial y no redes sociales, evitando en todo caso asociar la enfermedad o los contagios masivos a grupos sociales específicos, profesiones específicas o ubicaciones territoriales para no generar la estigmatización de esas personas.

En general, la reacción de las entidades gubernamentales del Huila fue buena, teniendo en cuenta que, para el mundo entero, el origen del Covid-19, su evolución, incubación, desarrollo, sus ciclos de contagio y más detalles de su comportamiento eran completamente desconocidos, pero la respuesta se dio en un tiempo aceptable, con decisiones claras y muy buena aceptación por parte de la población, lo que hizo menos difícil la gestión de los funcionarios.

El gobierno actuó en consecuencia, buscando proteger la economía, adelantando consejos de seguridad con la presencia de los gremios más significativos en la producción del departamento, por supuesto el sector agropecuario estuvo encabezando dichos gremios.

Tabla 10 Gestiones adelantadas por el gobierno del departamento del Huila

GESTIONES COVID-19 EN EL HUILA

	APOYOS ENTREGADOS	RECURSOS ENTREGADOS	OTROS ASPECTOS	PROYECCIONES	HOSPITAL BENEFICIARIO
3/04/2020			\$25.000,000,000 La asamblea aprobó presupuesto para compra de elementos médicos	800 Nuevas camas hospitalarias 300 ventiladores 600 monitores	

4/04/2020				ha destinado \$5.600.000.000 para la entrega de alimentos en todo el territorio	
				105.000 mercados	
5/04/2020	24 camas hospitalarias	\$ 594.360.656			
	12 monitores de signos vitales para la Unidad de Cuidados Intensivos				
	12 monitores de signos vitales básicos				
7/04/2020				entregará para el departamento de bomberos un kit de protección especializado para COVID-19	
8/04/2020				Convenio interadministrativo \$1.381.000.000 Con estos recursos se adquirirán 15.000 mercados e insumos de aseo, higiene y desinfección.	
13/04/2020				Habilitar la cámara de comercio de Neiva para 50 camas de atención	
14/04/2020			Inventario de capacidad instalada		
14/04/2020				apoyo a cafeteros por \$550.000.000	
15/04/2020	106.760 ayudas alimentarias				
15/04/2020	10.000 pares de guantes	\$ 1.800.000.000	Recursos para aumentar dotación	gestiona \$3.000.000.000 para la prima adicional de los profesionales de la salud	
	8.775 tapabocas corrientes				
	2.095 tapabocas N-95				
	7.900 gorros				
	4.000 batas				
16/04/2020	70 camas hospitalarias	\$ 547.400.000			Hospital Universitario San Antonio y la ESE municipal Manuel Castro Tovar de Pitalito
17/04/2020				adultos mayores recibirán 4.916 ayudas alimentarias	
18/04/2020	270 entregas de mercados a sus loteros				
20/04/2020				3.800 ayudas humanitarias para la población indígena del departamento	
30/04/2020	430.000 ayudas alimentarias ACUMULADAS	\$ 5.760.000.000			
4/05/2020				gestiona \$1.800.000.000 para dotar con elementos de protección a los trabajadores de la red de salud pública del Huila	
				gestiona \$3.000.000.000 de bonificación para los trabajadores de salud	
8/05/2020	2.400 mercados			1.317 giros para ediles y líderes de Juntas de Acción Comunal	
				1.248 bonos en plataformas a comunidades religiosas	
				3.885 mercados a comunidades indígenas del Huila	
				487 miembros de comunidades afros	

				6.000 líderes y defensores de derechos humanos	
11/05/2020			Hospedaje personal de la salud	\$840.817.379 programa "para los que nos cuidan"	
19/05/2020			INICIA toma de laboratorios COVID-19 en el Huila		
22/05/2020	9.500 KITS DE HIGIENE	\$ 200.000.000			
23/05/2020	Reactivación parcial de la economía				
1/06/2020	3.500 kits de higiene a los recolectores				
8/06/2020	7.000 tapabocas				
18/06/2020				alianza interinstitucional tendrá una inversión de \$11.100 millones alivios servicios públicos	
23/06/2020				Incentivos a lo cultural Beneficios Económicos Periódicos (BEPs), que hará un aporte de \$9.450.000.000	
				Recursos del Impuesto Nacional al Consumo, con el cual se entregarán \$1.106.000.000	
				Incentivos para artistas y gestores culturales en el desarrollo de sus actividades desde la virtualidad, \$820.000.000	
25/06/2020		\$ 1.500.000.000	convenio por la reactivación microempresarios	se proyectan \$5.000.000.000 para apoyo a microempresarios	
6/07/2020				122.000 alimentación escolar, \$42.000.000.000	
9/07/2020				anuncio de MEDIMAS de girar \$13.000.000.000	Hospital Moncaleano Neiva
23/07/2020		\$ 9.357.813.022	efectos sociales y económicos de la pandemia		
		\$ 5.833.328.874	apoyo nutricional		
		\$ 3.524.484.148	corredores humanitarios y la compra de elementos de bioseguridad para recolectores de café, funcionarios públicos y vendedores ambulantes		
23/07/2020		\$ 86.000.000.000			
27/07/2020	10 ventiladores				Hospital Moncaleano Neiva
19/08/2020	2.500 kits de bioseguridad		comunidad indígena		
9/09/2020				387.300 elementos de protección para profesionales de la salud, avalados en \$1.819.920.000	
28/12/2020		\$ 2.996.000.000	Inicio de pago de incentivos económicos a profesionales de la salud		

CAPITULO III

Sugerir un modelo de herramienta que sirva de apoyo para enfrentar posibles emergencias de salud pública en el futuro.

En los últimos años, la humanidad ha presenciado grandes progresos en procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos, sedantes, antidepresivos, vacunas, estudios de imágenes y otro gran número de avances científicos, los cuales han transformado significativamente la tarea empírica y ancestral de lidiar con las enfermedades y el sufrimiento. El resultado ha sido muy notorio pues la expectativa de vida del ser humano es superior al doble que la de unos años atrás, llegando a un promedio de 80 años en los países con una razonable implementación de servicios médicos.

La secuencia interminable de innovaciones científicas ha producido cambios significativos en el área de la salud con consecuencias favorables en las expectativas de vida de los pacientes respecto a las intervenciones médicas, las cuales actualmente en su mayoría están orientadas a la prevención o transformación del curso de estos padecimientos ancestrales.

El interés por implementar nuevos procedimientos y tener mejores avances científicos ha surgido no solo por razones estrictamente históricas, sino porque ha crecido el temor a que una nueva enfermedad de grandes proporciones pueda afectar al mundo entero, causando un enorme número de muertos, sobre todo en los países más pobres, llegando a desencadenar el caos, aún en las sociedades evolucionadas.

En la actualidad, tanto científicos como historiadores del mundo entero investigan en laboratorios, indagan en archivos y bibliotecas y recogen testimonios, buscando la razón de la singularidad de las enfermedades cuyas dimensiones calculadas en número de muertos, les brindan categoría de pandemia. El objetivo final de las investigaciones que se adelantan a nivel mundial es conocer la causa de las peculiaridades de las enfermedades, para preparar protocolos que prevengan en lo posible las consecuencias de ataques epidemiológicos similares.

A la par de los comentados avances médicos, en las últimas décadas los adelantos tecnológicos han transformado a la sociedad. La electricidad, la telefonía, la aviación, el automóvil, la radio y la televisión son claros ejemplos de invenciones que han modificado drásticamente la condición humana. Todas estas transformaciones como medidas para contener la expansión de las enfermedades, eliminar su fuente y combatir las graves consecuencias económicas que han derivado en grandes catástrofes de nivel mundial.

Al estudiar estas vivencias a través del tiempo, debemos también aprender de nuestros errores para que la lucha contra la siguiente crisis, que se espera sea muy lejana, y sea -todavía- más eficaz. Se trabaja por que en el futuro estos errores sean minimizados al máximo y que nuestros dirigentes, hagan bien sus tareas, sirviendo, como es su función, adecuadamente al interés general de la población.

De ello, depende en gran medida nuestro futuro próximo. Por suerte tenemos la experiencia y la posibilidad de estudiar la pandemia que nos asola y angustia (Covid-19), que al mismo tiempo nos recuerda que el Derecho se ha enfrentado muchas veces en el pasado con situaciones de emergencia sanitaria similares, aunque ninguna generación viva recuerda una crisis con tanto impacto, la historia nos demuestra que todas las civilizaciones han tendido que dotarse de poderes fuertes para así superar las emergencias más graves.

Reforzando todo lo anterior, debemos tener en cuenta como lo ha señalado Arrizabalaga (1996), “el estudio de las enfermedades en las sociedades del pasado, además de su interés intrínseco, suministra claves que permiten una mejor comprensión de las actuales reacciones sociales ante la enfermedad e iluminan la búsqueda de respuestas eficaces frente a ella” (p.148).

Se necesita entonces, identificar las claves biológicas necesarias para comprender no sólo a un mortal virus pasado, sino también a patógenos que obligatoriamente encontraremos en el futuro. Pero esa investigación es lenta y después de tantos años todavía no ha terminado de dar respuestas.

Se propondrá en este capítulo un esquema para contribuir en la construcción del centro de intercambio de información como aporte académico para el departamento del Huila, esta herramienta buscará fortalecer las acciones del gobierno departamental, ante situaciones de emergencia, para el caso objeto de estudio aportará elementos y buenas prácticas para combatir una crisis sanitaria. Esta es una idea que surge después de revisar algunos apartes del modelo americano para preparación de emergencias, y que ha permitido a los norteamericanos fortalecer el aprendizaje ante futuras luchas contra las crisis que están por venir.

Se pretende que participen los funcionarios públicos encargados de hacer cumplir la ley de salud pública, incluso que participen aquellas personas que no trabajan en alguna de estas dos líneas) pueden hacer uso de la herramienta para comprender los diferentes objetivos y necesidades de la población antes de que ocurra un evento y de esta forma se trabaje de manera conjunta para identificar las causas, planificar y tomar las medidas para prevenir la propagación de la enfermedad y evitar el pánico público.

Características del modelo de herramienta

Este centro de información intercambiará experiencias y buenas prácticas, regionales, nacionales e internacionales, se sugiere como un depósito central de normas, leyes, decretos, jurisprudencia, circulares, reglamentos, informes, procedimientos, instructivos, trabajos de investigación, entre otras herramientas documentales, legales y técnicas relacionadas con la preparación para emergencias. Estos instrumentos ayudarán a los municipios que estén interesados en actualizar sus programas y actividades de preparación técnica y legal para una futura emergencia de salud pública. Así mismo, se plantea desarrollar una herramienta o instrumento tipo plataforma en línea, para consultar y fortalecer los sistemas de gestión y atención de emergencias en salud pública, el cual deberá trabajar por:

- Aumentar la colaboración entre la salud pública y la aplicación de la ley.
- Mejorar la comprensión e interpretación de las normas como una herramienta de salud pública.

- Fomentar la capacidad de aplicación de la ley para lograr los objetivos de protección de la salud.
- Preparar el sistema de salud pública, en componentes técnicos, jurídicos, sociales y financieros, para abordar las prioridades y las enfermedades que se puedan derivar a través del tiempo.
- Capacitar y formar en línea a funcionarios públicos, especialmente a los que tienen injerencia directa sobre temas de salud pública, para ayudar a que estos profesionales tengan mayor capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, mejorar su comprensión del papel de la ley en la respuesta a emergencias de salud.
- Ayudar a los profesionales de la salud pública, abogados y profesionales de otras disciplinas que hacen parte de la “primera línea” de gestión de emergencias a construir desde la experiencia, de manera articulada mapas de riesgos, planes de acción, con una adecuada interpretación de las normas, que permita dar una respuesta efectiva a enfermedades transmisibles a gran escala.
- Construir guías, que suministren unos elementos básicos a los hospitales para que puedan identificar y abordar problemas técnicos y legales en sus esfuerzos de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias.
- Sugerir recomendaciones para fomentar el teletrabajo y otras posibilidades de empleo cuando las condiciones de salubridad impidan la presencialidad.
- Identificar los beneficios para la salud cuando se empleen diferentes métodos de precaución y compartirlos como buenas prácticas.
- Exponer ejemplos seleccionados para mejorar la coordinación de la preparación ante emergencias de salud en todos los sectores.

El centro de información e intercambio propuesto deberá atender como mínimo los siguientes temas con información que se recopile de las mejores experiencias a nivel regional y mundial:

- Legislación, regulaciones y políticas.
- Programas de salud pública.

- Mapa de riesgos.
- Planes de contingencia.
- Proyecto de divulgación y comunicación.

Cómo ejecutar la propuesta y desarrollar la herramienta

Luego del estudio y análisis de las variables y la problemática actual, se hace necesario para la ejecución de esta herramienta, que el Estado reconozca la necesidad de contar con un centro de información diferente al DANE, que se articule con otras entidades intersectoriales y provea información especializada, analítica de datos, que permita hacer un diagnóstico ágil y tomar decisiones en situaciones de emergencia, situación que se logra solo a través de un proyecto de Ley de Salud Pública, que se enfoque en tres objetivos estratégicos fundamentales:

1. Mejorar la comprensión y el uso de la Ley como una herramienta de salud pública.
2. Fortalecer la capacidad actual en talento humano e infraestructura, para lograr una política pública sólida, encaminada a ejecutar programas de prevención y protección de la salud.
3. Desarrollar y fortalecer de manera permanente el sistema de salud pública para abordar los riesgos y su mitigación, incluyendo programas ejecutables en zonas rurales.

Enfoque y carácter consultivo

El Centro de intercambio de información sobre preparación para emergencias de salud pública es una herramienta que compilará, los reglamentos, las órdenes, los informes legales relacionados con la prevención, mitigación y preparación para emergencias. El Centro de Información estará destinado a ayudar a los entes territoriales que estén considerando actualizaciones y aclaraciones a sus actividades de preparación técnica y legal para emergencias de salud pública, consideramos que debe tener como mínimo lo siguiente:

Recursos educativos y de formación

El centro de intercambio deberá contar con un robusto sistema informático y tecnológico, para garantizar la custodia de la información, dar soporte y capacitar en línea a los profesionales de la salud pública y a los técnicos de gestión de emergencias para que actualicen y mejoren su rol de respuesta a emergencias de salud pública.

Asimismo, deberá capacitar en línea sobre planeación, preparación y mitigación de emergencias epidémicas y desarrollar cursos de aprendizaje en línea a su propio ritmo para ayudar a los profesionales de la salud pública, abogados y profesionales de la gestión de emergencias, a facilitar su comprensión del uso de la normatividad, los recursos y herramientas durante una respuesta a enfermedades transmisibles a gran escala.

El centro de información deberá contar un sistema informático y tecnológico como lo hemos señalado previamente, el cual deberá disponer de una plataforma que permita integrarse de manera permanente con entidades departamentales, nacionales y de la región, principalmente del sector salud, del sistema de gestión del riesgo, interactuar con las universidades, con los centros de investigación, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, los entes territoriales y demás actores e integrantes expertos, con el fin de contar con un repositorio de información actualizada, que facilite el acceso a la capacidad instalada, disponibilidad, desarrollo de proyectos, de manera que estos datos e información ayuden en la identificación de problemas que permitan trabajar de manera articulada en la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias.

Un Modelo de Competencias para Emergencias de Salud Pública

Establecer un modelo de competencias mínimas para emergencias de salud pública, dirigido a profesionales de nivel medio, con el fin de avanzar en la inclusión de contenido

normativo, en todas las capacitaciones, recursos y herramientas para el manejo de emergencias de salud pública.

Incorporar los centros de aprendizaje de preparación técnica, psicológica y jurídica, en respuesta ante emergencias. La idea de creación de estos centros es desarrollar y ofrecer productos de aprendizaje de preparación y respuesta basados en competencias para el personal de salud pública.

Una guía de preparación administrativa

Construir una guía para ayudar a los profesionales de la salud pública, a mejorar las capacidades de preparación administrativa de sus departamentos y fomentar el trabajo preparatorio, entrenamiento colaborativo entre el personal operativo, legal, recursos humanos, adquisiciones, logística y demás personal voluntario que puede atender eficientemente y dar respuesta ante una emergencia.

Un Modelo de memorandos de entendimiento

Los modelos seleccionados de memorandos de entendimiento serán herramientas que buscan facilitar y proporcionar ejemplos seleccionados para mejorar la coordinación de la preparación en todos los sectores.

Libros y material de salud pública

Libros de referencia y material como guías de práctica funcional para acelerar la comprensión de un área del derecho y su relación con la salud pública. Estos documentos harán parte del conjunto de herramientas, manuales y otras publicaciones que deberán estar en el centro de información.

Sistema de comunicaciones para la racionalización de las declaraciones de emergencia

Crear un sistema simplificado y adaptable para la respuesta de emergencia que como mínimo contenga:

1. Proporcionar información sobre la autoridad responsable para emitir un tipo de declaración de emergencia.
2. No fraccionar la información relevante entre autoridades o funcionarios que la conozcan. Dar prioridad a la autoridad responsable, empleando siempre un canal de comunicación, para evitar la desinformación y pánico innecesario.
3. La autoridad municipal o departamental deberá tomar decisiones administrativas y sanitarias que permitan atender de manera eficaz y eficiente una emergencia.

Un plan de evacuación masiva de acuerdo con la experiencia de otros países

Este apartado buscará proporcionar una descripción general de cómo las regulaciones en diferentes países juegan un papel vital, para garantizar que el personal de respuesta tenga la autoridad necesaria para lograr evacuaciones efectivas y eficientes de las áreas amenazadas.

Manuales de investigaciones forenses y epidemiológicas

Proporcionar una descripción general de los procedimientos de investigación forense y epidemiológica, que estén diseñados para aumentar la colaboración entre la salud pública y la correcta aplicación de la ley.

Preparación legal: atención de personas gravemente enfermas y lesionadas durante pandemias y desastres

Analizar las sugerencias y mejores prácticas a nivel internacional para cuidados intensivos masivos, con miras a respaldar los esfuerzos de planificación y respuesta para incidentes con víctimas en masa que involucran a pacientes gravemente enfermos o lesionados.

Conjunto de herramientas legales

Establecer un conjunto de herramientas que proporcione a los funcionarios de salud pública, información de manera rápida que le ayude a comprender y utilizar, los recursos disponibles en un municipio, departamento y región, para afrontar y prepararse ante una emergencia de salud pública.

Identificar con facilidad a las autoridades municipales y departamentales, encargadas de atender las diferentes actividades cuando se presente una emergencia de salud pública.

Contar con un normograma, que incluya una breve descripción de su objeto, su forma de empleo, como acceder a las autoridades nacionales, internacionales y ONG's, recursos disponibles, en situaciones extraordinarias; esta herramienta deberá contener la preparación y la respuesta a una variedad de desastres y emergencias naturales y los provocados por el hombre.

Plantilla de evaluación de medidas de distanciamiento social o aislamiento

Crear una plantilla estandarizada para evaluar con las autoridades encargadas, escenarios hipotéticos e instrucciones para llevar a cabo, en caso de requerirse medidas de distanciamiento social o aislamiento por alto riesgo de contagio, el cual permita conocer los resultados en línea de la aplicación de estas medidas y ayude en la toma de decisiones futuras.

Seminarios web

Busca trabajar en la planeación y prevención, para preparar a los actores del sistema en respuesta ante desastres. Analizará la preparación legal en la intersección de la salud pública y la atención médica, incluida la importancia de la preparación legal para los proveedores de atención médica, las investigaciones de salud pública, las implicaciones para la atención médica y la protección de responsabilidad.

Preparación legal hospitalaria

Describirá los principios generales de garantía de calidad, eficiencia y mejora continua del rendimiento, para la preparación de los prestadores de servicios de salud públicos y privados, e ilustrará los componentes necesarios de un programa de gestión de emergencias hospitalarias defendible.

Conclusiones

Como se indicó al inicio de esta investigación se buscó establecer cuál fue la respuesta, por parte del gobierno departamental del Huila al reto de garantizar acceso a la salud, en la actual emergencia generada por la pandemia Covid-19, desde que se dio la declaratoria de estado de emergencia sanitaria generada por esta y estudiada en la presente tesis, hasta diciembre de 2020, Así las cosas, podemos concluir brevemente que, a pesar de los esfuerzos adelantados y de estar frente a una situación que nadie esperaba, el gobierno departamental, atendió dos frentes importantes así, tomó medidas urgentes para evitar que la infraestructura sanitaria colapsara y trabajó en estrategias encaminadas a la recuperación del sector económico, atacando factores que agudizaban la crisis social, como el desempleo, de desabastecimiento, la seguridad y el acceso a servicios públicos básicos, entre ellos la salud, para garantizar de esta forma la disminución de la pobreza.

Como se pudo evidenciar durante el trabajo de investigación, que el departamento del Huila, tomó como base esquemas de protocolos globales, igual que otras regiones e incluso países cercanos, y creó su propio plan de respuesta territorial para la atención de su población, a través de “la ruta de atención integral para la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en el marco de los lineamientos del nuevo Coronavirus SARS CoV-2 causado por el Covid-2019”, para afrontar la emergencia, todo esto basado en las características de sus habitantes, de la geografía de su región y los rasgos socioculturales de sus habitantes, por lo cual se pudo establecer que, en diferentes regiones del país, el virus aunque letal, se comportó de manera no análoga.

No obstante, también nos permitió ver la realidad que hoy afronta la infraestructura hospitalaria del departamento, pues sólo se cuenta con una institución de tercer nivel de complejidad en la ciudad capital y tres de segundo nivel en los municipios de Garzón, La Plata y Pitalito, evidenciando un atraso significativo en el acceso a la salud de primera calidad para más de un millón doscientos mil habitantes, que son su población.

El gobierno actuó en consecuencia, buscando proteger no sólo la salud de la población sino, la economía, adelantando consejos de seguridad con la participación de los gremios más significativos en la producción del departamento, como el sector agropecuario quien estuvo encabezando estos consejos.

Finalmente, consideramos que producto de este trabajo debemos sugerir un modelo de herramienta que sirva de apoyo para enfrentar posibles emergencias de salud pública en el futuro, el cual tiene un enfoque en la planeación, preparación e implementación de buenas prácticas que complementen nuestro sistema de gestión de riesgo, ahora con un nuevo reto prepararnos para próximas emergencias sanitarias.

Referencias

Alemany, M. (2006). *El paternalismo jurídico*, Ariel, Barcelona. Revista en Cultura de la Legalidad. ISSN2253 -6655, N°. 12, abril – septiembre 2017. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/3652/2236>

Alemany, M. (2005). *El concepto y la justificación del paternalismo*. Tesis de Doctorado. Universidad de Alicante. Facultad de Derecho. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9927/1/Alemany-Garcia-Macario.pdf>

Arrizabalaga, J. (1992). *Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social*. Recuperado de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/33472/1/arrizabalaga92nuevas%20tendencias.pdf>

Asamblea Nacional Constituyente (2016), *Constitución Política de Colombia*. Colección Universitaria. Primera Edición, Bogotá, Colombia. Ed. Legis. Recuperado de: http://www.tiendalegis.com/bancomedios/imagenes/cuaderno_constitucion_politica_de_colombia_led_indice.pdf

Benavides, Oscar A. et. al. (2020). *Covid-19: Efectos Económicos Y Políticas Públicas Para Enfrentar La Crisis” (COVID-19: Economic Effects and Public Policies to Face the Crisis)*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas – Investigaciones y productos CID-FCE CID N° 36. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/documentos/investigacionesCID/documentos-CID-36.pdf>

Caballero, J.F. (2006). *La Teoría de la Justicia de John Rawls*. Iberoforum – Voces y Contextos. Otoño, núm. II, año I, 2, Recuperado de: https://ibero.mx/iberoforum/2/pdf/francisco_caballero.pdf

CEDE, (2020). *Efectos en pobreza y desigualdad del Covid-19 en Colombia: un retroceso de dos décadas*. Facultad de Economía. Universidad de los Andes. Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/sites/default/files/asset/document/notamacro20.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/S2000261_es.pdf?sequence=5

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Versión digital disponible <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751*. Versión digital disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

Conpes, (2020). Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Recuperado de; <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3999.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE) (4 de junio de 2021). *Informe de seguimiento - Defunciones por COVID-19*. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/informe-de-seguimiento-defunciones-por-Covid-19>

Dussán, L. (2020). *Plan de Reactivación Económica del departamento del Huila frente al Covid-19*. Recuperado de: <https://cchuila.org/wp-content/uploads/2020/07/PLAN-DE-REACTIVACION-ECONOMICA-DEL-HUILA-CRECI.pdf>

Hobbes, T. (1980). *LEVIATÁN: o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil. Segunda Edición*, Madrid (España). Editora Nacional. Recuperado de: https://abertzalekomunista.net/images/Liburu_PDF/Internacionales/Hobbes_Thomas/Leviathan_o_la_materia_forma_y_poder_de_una_republica_eclesiastica_y_civil-cast.pdf

Infectio Revista de la Asociación Colombiana de Infectología, (2020). vol. 24 (3). *Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por sars-cov-2/covid 19 en establecimientos de atención de la salud*. Recuperado de: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/851/899>

Gobernación del Huila. (17 de julio de 2020) *En el Huila es más grande el sueño de estudiar que el miedo a la pandemia*. Recuperado de: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/9626/en-el-huila-es-mas-grande-el-sueno-de-estudiar-que-el-miedo-a-la-pandemia/>

Gobernación del Huila. (11 de agosto de 2017). *Identificación del departamento*. Recuperado de: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/144/identificacion-del-departamento/>

Gobernación del Huila. (2 de septiembre de 2020). *Gobernación del Huila y municipios trabajan articuladamente contra el COVID-19*. Recuperado de: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/9764/gobernacion-del-huila-y-municipios-trabajan-articuladamente-contr-el-Covid-19/>

Gobernación del Huila. (19 de septiembre de 2020). *Bajo nivel de deserción escolar presenta el Huila a pesar de la pandemia*. Recuperado de: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/9797/bajo-nivel-de-desercion-escolar-presenta-el-huila-a-pesar-de-la-pandemia/>

Gobernación del Huila. (17 de diciembre de 2020). *Estos son los principales resultados que presentó el gobernador Luis Enrique Dussán López a los huilenses*. Recuperado de: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/10061/estos-son-los-principales-resultados-que-presento-el-gobernador-luis-enrique-dussan-lopez-a-los-huilenses/>

Gómez Lee, Martha-Isabel (2008). *Reseña de "Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación" de André-Noël Roth Deubel*. Revista Opera, (8),202-204. ISSN: 1657-8651. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67500811>

Universidad La Gran Colombia (2020). *Guía unificada para la presentación de propuestas y anteproyectos de investigación* – UGC Guía APA interactiva de la Universidad La Gran Colombia.

Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Recuperado de: <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/pdf/inae4/u114.pdf>

Hernández Álvarez, M. (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 910-1946*. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: Mc Graw Hill. Sexta Edición. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65000949/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1649013496&Signature=aG27jMN5VHeil0lduMwL6wR946q5CkLPO-ngOsDap8a-F9xKKGBwcR3JEQuw7MHCXC587hQai2qW8bcdexYqHiFX9IX-3ovfjHsblVnJkKwXk1YIhe3VPqWRGKJXUMfqTz8-DloaeHrJNTZELMOZrivANSiLg~KuSIKlywhXptchyQf3EPLVRSdjMIBh3lXNlg84CrRS3TDrs6YFoKeZPhXCNZUOu-gtFMe14ASTEELS2zNY0ZnJOipPNjhX1Z3u8qMr1~dNxejCweh9GIYOhixEdn3D5gMa45s75~N5BCng4AxgiNU1anlN6SfQAIxekkaqo96HCUqaQOpRiqEUqw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Hobbes, T., (1980)., *Leviatán*. Segunda Edición. Madrid, España: Editora Nacional.

Jiménez J. (2006). *Sobre el poder soberano. Constitución y Democracia*. 40, 79-98. Recuperado de: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/882/1008>

Keynes, John M. (1936). *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. Fondo de Cultura Económica México – Buenos Aires. Recuperado de: <http://biblio.econ.uba.ar/opac- mpl/bootstrap/Textocompleto/Teor%C3%ADa%20 general%20 de%20la%20ocupaci%C3%B3n,%20el%20inter%C3%A9s%20y%20el%20dinero%20-20%20 John%20Maynard%20Keynes.pdf>

Llanos, E., Bermúdez, F. (2020). *Análisis multivariado y espacial para determinar la relación de la propagación del Covid-19 con condiciones socioeconómicas en Pitalito-Huila*. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/3598>

La razón histórica Revista hispanoamericana de historia de las ideas, (2020). Repercusiones sobre las empresas de sus actuaciones socialmente responsables ante la pandemia generada por el COVID-19. Número 46, Año 2020, páginas 1-11. Recuperado de: <https://www.revistalarazonhistorica.com/46-1/>

López, M. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 209-211. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>

Luna, J. (2020). *Determinaciones socioambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional*. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. 26(2), 21-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/280/28063431004/html/index.html>

Martínez, A., Meléndez, B., Manrique, E. (2014). *La Junta Central de Higiene de Colombia, otra de las víctimas de la pandemia de gripa de 1918-1919*. Astrolabio. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/8672/10715>

Martínez, H. (2010). *Legitimidad, dominación y derecho en la teoría sociológica del Estado de Max Weber*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/esju/v12n1/v12n1a18.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Políticas-publicas-mmps.pdf>
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx

Organización Mundial de la Salud -OMS. Grupo de Alerta y Respuesta Mundiales (GAR), (2010). *¿Qué es una pandemia?* Recuperado de: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

Rawls, J., (1971) Teoría de la justicia, p. 17. Recuperado de: https://books.google.com.co/books/about/Teor%C3%ADa_de_la_justicia.html?id=EcP0kVVhFJkC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Revista Salud Pública, (2020). *Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el periodo del 18 de marzo al 18 de abril de 2020*. Volumen 22, Páginas 1-6, 2020. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/covidresena/impacto_pandemia.pdf

Rodríguez, J. (2020). *Lecciones de la pandemia: fortalecer la atención primaria y el enfoque poblacional*. Rev. Salud. Bosque. 10(2):1-3. Recuperado de: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/3306>

Rojas, D. (2018). *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Revista de filosofía. 74, 319-321. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602018000100319

Roth, A. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Primera Edición. Bogotá, Colombia. Ediciones Aurora.

Rubio, M., & Triviño, P. Castaño, S. (2020). *Documentos doctorado*. 820200417 41217 kqdcxb. *Pensar la Política Pública en Tiempos del COVID-19. Entre la Necesidad y la Contingencia*. Facultad de Ciencias Económicas – CID. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62992674/documentos-doctorado-820200417-41217-kqdcxb-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1648967654&Signature=M9zXLBRXxPyFER- XEPjTXdmqbjq~ltYHZJPC2tdzGLiJAD9cRICcGda4z6AapknIDAE6JKLp9~- av6NgBz1uQIricpj6r~n8SvYS0cfTmPgm7cvCPsp67DVCoBr8vIokw2niddXmtuQGLZh2vOTh-gcvlXkFt7pf~JfDwR6ou2QIIDpUdYfRri6o- IFTapfIOY9Zmfqo8arBfASMaN8o13kWTZqgsutTqmT0U0hCzF5bhPBCsyx7e3zm1CVyO7Au qGuYyL1IHD5OICH7H4iPAeTGLCGY7SUyD44c1fwZM5azmJcJy- Wn8FhCyRhxWo3iAaA3QQ1~nXGsd4L48aGRAQ__&Key-Pair- Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Salazar, C. (s.f.). *La definición de la Política Pública*. Universidad Javeriana Cali – Dossier. Recuperado de: http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/proyectos_I/m%C3%B3dulo%202/C_Salazar.pdf

Shiller R., (2020). *Crisis económica por el Coronavirus* | Robert Shiller, nobel de Economía: "No existe una pandemia, sino dos" *BBC News Mundo*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52748371>

Solty, I. (2020). *The bio-economic pandemic and the western working classes*. SP The Bullet. Recuperado de: <https://socialistproject.ca/2020/03/bioeconomic-pandemic-and-western-working-classes/>

SUIN, Juriscol, (2021). *Decretos para la atención de la emergencia del COVID-19*. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/covid.html>

Timarán, J., Cuervo, D. (2020). *Acciones públicas desde el enfoque de bienestar para atender población vulnerable, en el Distrito de Santiago de Cali y Neiva, durante emergencia sanitaria Covid-19*. Universidad del Valle, Colombia. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/342734715_Acciones_publicas_desde_el_enfoque_de_bienestar_para_atender_poblacion_vulnerable_en_el_Distrito_de_Santiago_de_Cali_y_Neiva_durante_emergencia_sanitaria_Covid-19

Tirado, F., Doménech M. (2001). *Extituciones: del poder y sus anatomías*. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130191A/24437>

Torres, J., Santander A. (2013). *Introducción a las políticas públicas Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Recuperado de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgprod uctos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf

Trujillo, S., Laverde, C., Vargas, I. (2020). *El derecho ante el coronavirus Covid 19: una visión a partir de la biojurídica*. Inciso, 22(2); 283-295

Valderrama, J. (2001). *¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia*. Historia, Ciencias, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1), 133-71

Varela, E. (2020). *Políticas Públicas de Gestión del Riesgo - Algunas Lecciones en la Pandemia del Coronavirus Covid-19*. Programa Editorial Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia. Recuperado de: <https://www.univalle.edu.co/lo-que-pasa-en-la-u/politicas-publicas-de-gestion-del-riesgo-algunas-lecciones-en-la-pandemia-del-Coronavirus-Covid-19>

Velásquez, R. (2009). *Hacia una nueva definición del concepto “política pública”* Desafíos, Bogotá (Colombia), (20): 149-187, semestre I de 2009. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/view/433/377>