



¿Qué aprendizajes dejó PRASS?

Recomendaciones a partir de su implementación territorial

Adriana Díaz del Castillo¹, Johana Linares¹, Sandra Martínez¹, Natalia Niño-Machado¹, Catalina González¹, Álvaro J Idrovo², Myriam Ruiz²



La estrategia nos pedía en un principio, que eran 20, diez [contactos], yo ya ni me acuerdo, y los municipios no alcanzaban ni siquiera a sacarle dos contactos a la persona”.
(Líder departamental PRASS)



MENSAJES CLAVE

- ✓ La ejecución de PRASS chocó con realidades sociales y territoriales históricas que limitaron su implementación.
- ✓ El rastreo y el aislamiento selectivo sostenible fueron pilares débiles que requieren pensarse desde otras perspectivas.
- ✓ Se requieren estrategias y metas que tengan en cuenta consideraciones socioculturales y económicas y un enfoque colectivo.
- ✓ Es esencial garantizar la suficiencia y permanencia del personal de salud pública y disminuir la precariedad en las condiciones de contratación.

SOBRE EL ESTUDIO ★

Colombia enfrentó múltiples desafíos ante la pandemia de COVID-19, especialmente en el control de la transmisión del virus sin agravar los impactos socioeconómicos. Inicialmente, implementó un confinamiento estricto, lo que evidenció la interdependencia entre salud y economía. Para una respuesta más sostenible, el gobierno diseñó el programa PRASS, basado en pruebas, rastreo y aislamiento selectivo con apoyo económico. Sin embargo, su implementación encontró barreras como la fragmentación del sistema de salud, dificultades en la coordinación intersectorial, limitaciones en los sistemas de información y retos socioeconómicos que afectaron el aislamiento. A pesar de esfuerzos locales exitosos, PRASS no logró su plena ejecución en todos los territorios. Su evaluación destaca la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la gobernanza y garantizar mecanismos de coordinación eficientes para futuras crisis sanitarias.

Problema

Un problema complejo: los desafíos sociales, económicos y de salud de la pandemia

Al igual que otros países, Colombia enfrentó múltiples retos para responder a la emergencia por COVID-19 (1,2). En este documento nos centramos en el desafío de **controlar las cadenas de transmisión de un virus de alta transmisibilidad, pero minimizando los efectos sociales y económicos del confinamiento** (3).

Colombia implementó un confinamiento obligatorio temprano (en relación con la severidad en el momento y en comparación con países latinoamericanos y europeos), y estricto durante más de 5 meses (25 marzo-1 septiembre) (1). Esta estrategia de contención buscó aplanar la curva de crecimiento de casos y contar con tiempo para fortalecer los servicios de salud (4–8). Pero tal como lo reconoció el gobierno en su momento, en la pandemia se hizo muy clara la interacción de doble vía entre la salud y la economía (6): **el confinamiento afectó el empleo y el crecimiento económico, a pesar de las medidas de alivio económico** (1,9–12). Al mismo tiempo, **las afectaciones económicas y las condiciones sociales impactaron la salud** de los pobladores, por ejemplo, la salud mental (1,6,13,14). Además, el COVID-19 y las medidas para su respuesta afectaron a las poblaciones más vulnerables de manera desproporcionada (1,4,15).

Ante estas afectaciones, fue necesario replantear las medidas de mitigación y vigilancia (1,16). Se requería poder identificar casos, rastrear sus contactos y aislar a las personas infectadas, pero en un modelo diferente al confinamiento general. Este reto se reconoce como especialmente difícil cuando existe transmisión comunitaria del virus y cientos o miles de casos (2), es costoso y con desafíos logísticos en su implementación: requiere grandes números de personal calificado para poder hacer rastreo en las primeras 72 horas, sistemas de información y comunicación robustos y coordinación entre niveles (nacional, departamental, municipal) y actores (3). Además, el éxito depende en gran medida de la capacidad de aislamiento de los casos positivos (3), pero en Colombia las personas más vulnerables tenían limitadas posibilidades de aislarse dada la alta informalidad laboral y sus condiciones de vivienda (1,15).



La respuesta: Programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS)

Frente a esta complejidad de desafíos, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el programa **Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS)** (Decreto 1109/2020 derogado por el Decreto 1374/2020). Se concibió con el **objetivo de disminuir la velocidad de contagio, cortar las cadenas de transmisión y permitir el paso del aislamiento obligatorio al aislamiento selectivo**, para facilitar que se abriera nuevamente la economía (17).

El testeo, el rastreo de contactos y el aislamiento de casos son pilares de la vigilancia epidemiológica (18,19) y fueron los cimientos de PRASS (de ahí su sigla Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible) (Ver Figura 1). Además, contempló tres elementos claves: una compensación económica para las personas del régimen subsidiado que requirieran aislarse, el rol de rastreo y seguimiento de casos y contactos por parte de las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPBs) y un sistema de información para el seguimiento de casos y contactos - Segcovid.

Evidencia cuantitativa apuntó a que se presentaron dificultades en la implementación de PRASS. Fernández-Niño y cols. establecieron que un programa de este tipo lograría disminuir la letalidad en cerca de 48% en la medida en que tuviera capacidad de contactar, identificar, aislar y diagnosticar **cinco personas por**

caso, sin embargo, reportaron que **sólo 39,3% de los casos tenía uno o más contactos** y la meta de cinco o más contactos se cumplió en menos del 25% de los casos (20). Es decir, que existió una brecha entre los modelos o la teoría y la práctica.

Resultados

De la política a la práctica: la implementación territorial de PRASS

Llevamos a cabo un estudio de caso cualitativo con el objetivo de identificar los aprendizajes de la implementación territorial de PRASS a partir del análisis de barreras y facilitadores desde la perspectiva de los actores que lo implementaron. Para esto llevamos a cabo entrevistas semiestructuradas con 30 actores clave nacionales y territoriales vinculados con el PRASS, la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones (Tabla 1) y realizamos una revisión de literatura que incluyó documentos académicos y de política.

A continuación, presentamos los principales hallazgos con base en las perspectivas de los actores entrevistados:

- ✓ **PRASS fue un programa que superó las capacidades y competencias del sector salud.** Facilitar la reactivación económica mediante el aislamiento y su compensación económica, requería un fuerte trabajo intersectorial con una alineación de prioridades entre sectores.

Figura 1: Pilares y elementos claves de PRASS

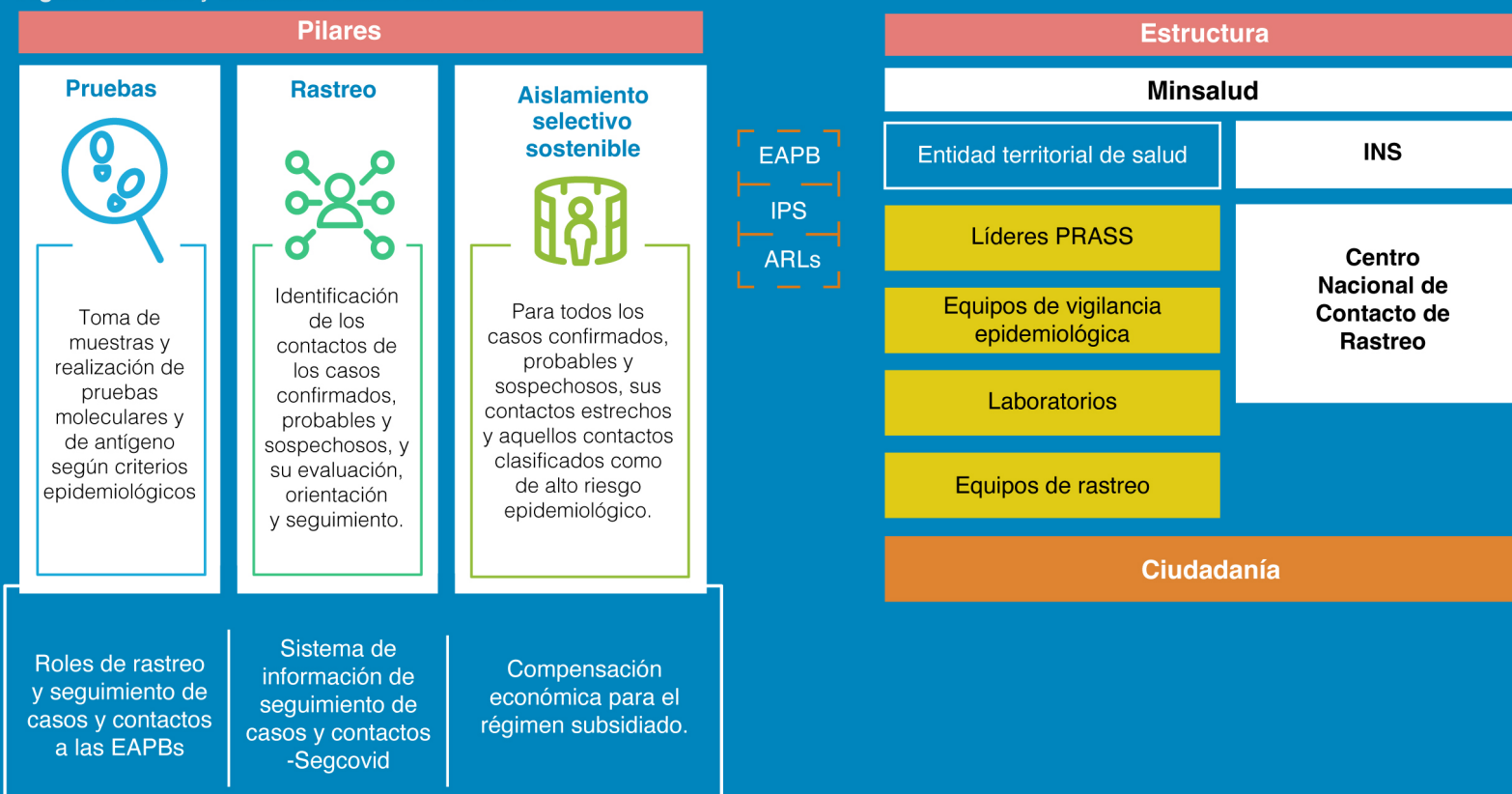


Tabla 1: Personas entrevistadas

Perfil	N
Líderes PRASS territoriales (4 departamentos)	5
Actores nivel nacional	5
Directivos EAPB	2
Actores vigilancia epidemiológica territorial	10
Actores vigilancia epidemiológica nacional	2
Cooperación internacional especialistas en salud pública y emergencias	2
Tomadores de decisiones locales	2
Actores de comunidades indígenas vinculados con la vigilancia	2

Algunos territorios lo lograron gracias al liderazgo de sus gobernantes, pero en otros, el sector salud trabajó prácticamente solo.

✓ **PRASS requería la articulación de diferentes actores** (entidades territoriales de salud, entidades nacionales, EAPBs, IPS; ARLs), **pero operaba en un sistema de salud fragmentado con escasos mecanismos de coordinación y limitada gobernanza**. Esto llevó a experiencias disímiles de implementación: territorios en donde las EAPBs se coordinaron y participaron activamente y otros, en donde sus funciones debieron ser asumidas por las entidades territoriales. Se percibió que su participación dependió de voluntades. La fragmentación del sistema generó problemas, como la falta de oportunidad en la realización de pruebas y de continuidad en el reporte de sus resultados.

✓ **La conformación de equipos para PRASS se enfrentó a las debilidades históricas en la contratación de equipos de salud pública territoriales**. Los equipos, aunque sólidos en experiencia y capacidades, son limitados en número y están contratados bajo prestación de servicios sin continuidad entre vigencias. Esto genera periodos sin personal y alta rotación. Además, enfrentaron retrasos en los procesos de contratación y la falta de perfiles adecuados en todos los territorios.

✓ **Los lineamientos de PRASS contemplaron acciones que ya estaban llevando a cabo los equipos de vigilancia a nivel territorial pero además actividades**

relacionadas con la prestación de servicios. Por este motivo, **se percibió como una duplicidad** con las actividades de vigilancia, que recargó aún más a los equipos territoriales de salud pública. Además, **se percibió como una falta de claridad** sobre qué áreas de las entidades territoriales debían encargarse de implementar PRASS, lo que obstaculizó conformar la estructura operativa y generó tensiones entre las áreas de prestación de servicios y vigilancia, especialmente ante la necesidad de ejecutar acciones colectivas e individuales.

✓ **PRASS se operacionalizó en un nuevo sistema de información-Segcovid que tuvo grandes dificultades en su desarrollo y uso**. Al fallar el sistema, se percibió que PRASS falló. Sus dificultades llevaron a pérdida de información, a tener que llevar registros manuales y sobrecargó aún más a los equipos. Estas fallas fueron una barrera para acceder a la compensación económica.

✓ **Implementar la compensación económica enfrentó varias dificultades** como la de falta de sistemas de información robustos e interoperables accesibles en todos los territorios para cruzar información de diferentes fuentes en tiempo récord, la vinculación de actores que usualmente no participan de la vigilancia (EAPBs y ARLs) y la falta de acceso de la población a medios digitales y bancarización en algunos territorios.

“

a nosotros nos tocaba mandar a diario, o semanal una base de datos de Segcovid a la ADRES para que ellos miraran a ver si esta persona que está reclamando su compensación, está en Segcovid. Eso era un proceso larguísimo [...] y luego de esto, la EPS tenía que ver que no se le hubiera pagado a otro miembro de su familia porque sólo era una vez. Y eso era un proceso manual súper complejo. Que de hecho, todavía creo que hay gente que está reclamando eso.

(Actor en entidad del nivel nacional)

”

- ✓ **Las condiciones sociales, culturales y económicas limitaron las acciones de vigilancia.** Factores como la afectación económica, el miedo, la estigmatización y el agotamiento por las restricciones afectaron la realización de pruebas y el aislamiento. Además, la meta de rastrear 5 contactos por caso no se logró porque las personas no suministraban información de sus contactos o no respondían. El rastreo telefónico se volvió ineficaz y garantizar el aislamiento escapó de las capacidades del sector salud. La falta de recursos y la informalidad no se lograron superar con la compensación económica que fue insuficiente o no se logró implementar según lo esperado.
- ✓ **La implementación de PRASS no fue factible en todos los municipios.** Aunque con excepciones reportadas en las entrevistas, PRASS fue más difícil de implementar en departamentos y municipios rurales, dispersos y con escasos recursos (humanos, financieros y de liderazgo e infraestructura) y conectividad, que en lugares del centro y con recursos. Por ejemplo, con PRASS se evidenció cómo las EAPBs tienen poca capacidad de decisión y actuación en territorios con pocos afiliados y cómo los municipios pequeños con apenas una o dos personas trabajando en vigilancia no lograban conformar la estructura operativa que pedía PRASS.
- ✓ **Algunas de estas dificultades se lograron solventar** en algunos territorios gracias a la fortaleza técnica de equipos de vigilancia, al liderazgo de tomadores de decisiones, al acompañamiento técnico y la creación de mecanismos de coordinación incluso en el marco de la competencia (entre EAPBs y entre estas y las entidades territoriales).

“

[...] yo digo que a veces el nivel nacional se sienta muy juiciocito a hacer normas en un escritorio y no mira las particularidades de muchos territorios, [...]. Yo diría que el 80 o el 70 por ciento de nuestros municipios son categoría sexta, entonces no tienen la capacidad técnica, humana, ni financiera, para asumir, por ejemplo, los equipos de rastreo que se necesitaban [...].

(Líder PRASS departamental)

”

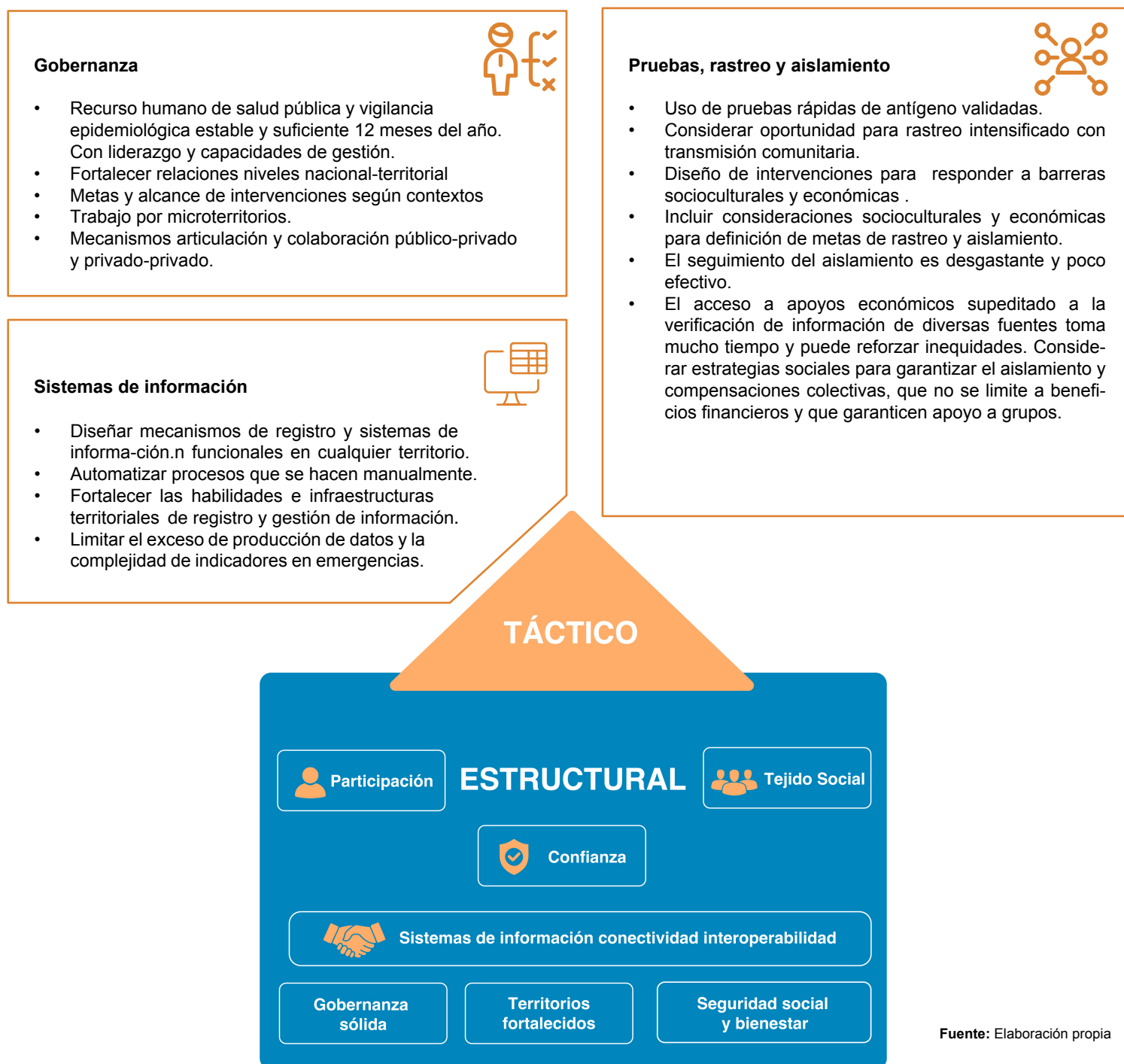


Recomendaciones

La herencia de PRASS: aprendizajes y recomendaciones para futuras epidemias

Implementar un programa con esas mismas características en Colombia requiere conciliarse con las fortalezas y limitaciones de la vigilancia epidemiológica rutinaria y haber realizado transformaciones estructurales. Por lo tanto, identificamos recomendaciones en dos niveles: nivel estructural y nivel táctico (comprende acciones en el mediano plazo o recomendaciones más específicas para fortalecer las bases de la vigilancia que permiten responder a crisis o para el diseño de programas de rastreo). Estos niveles se presentan en la figura 2.

Figura 2: Niveles de recomendaciones



Fuente: Elaboración propia

Nivel estructural

1. Gobernanza en salud sólida para lograr la participación, coordinación y articulación de diversos actores dentro y fuera del sector salud, públicos y privados, del nivel nacional, departamental y municipal y además de la ciudadanía.
2. Territorios fortalecidos, con capacidades de ejecución financiera y recursos humanos adecuados y suficientes.
3. Sistemas de información y conectividad (de telefonía e internet) accesibles para diversidad de territorios e interoperabilidad.
4. Sistemas de seguridad social con capacidad de garantizar condiciones de vida a las personas más vulnerables.
5. Ciudadanía con posibilidades de participación, confianza en el estado y tejidos sociales fuertes

Nivel táctico

Gobernanza

1. Garantizar la suficiencia y permanencia del personal de salud pública y de vigilancia epidemiológica durante los 12 meses del año y disminuir la precariedad en las condiciones de contratación y de trabajo en tiempos sin crisis.
2. Fortalecer los liderazgos y capacidades de gestión en salud pública.
3. Generar mecanismos para la participación de los territorios en el diseño de lineamientos desde una perspectiva de abajo-arriba para facilitar una implementación más efectiva. Si existen mecanismos de este tipo en tiempos de normalidad, su activación se facilitará en tiempos de emergencia.
4. Fortalecer y dar sostenibilidad a la asistencia técnica y el trabajo colaborativo entre el nivel nacional y el departamental. Este trabajo es clave para adaptar los lineamientos oportunamente en tiempos con y sin emergencias. En este punto la colaboración con la academia es fundamental.
5. Considerar objetivos, alcance y dimensión de las estrategias según el contexto de implementación. Por ejemplo, metas y mecanismos de rastreo distintos para ciudades densas y conectadas, municipios pequeños, departamentos de alta ruralidad con baja conectividad o territorios de frontera.
6. Territorializar la población y trabajar en micro-escalas puede ampliar la capacidad de acción.
7. Continuar o retomar mecanismos de colaboración y articulación entre actores público-privados y privados-privados que demostraron funcionar durante la pandemia. Por ejemplo, mediante mecanismos para compartir costos y responsabilidades (i.e. mecanismos tripartita) o mesas de trabajo

Pruebas, rastreo y aislamiento

1. Garantizar el acceso a diagnóstico oportuno para todos los territorios, por ejemplo, mediante pruebas rápidas de antígeno validadas adecuada y oportunamente.
2. Ponderar cuál es el momento adecuado de una epidemia (i.e. contención vs. mitigación) para implementar estrategias de rastreo intensificado, bajo la realidad de contar con recursos finitos y agotables (financieros, humanos y socioculturales).
3. Vincular a profesionales de ciencias sociales y del comportamiento y a las comunidades en el diseño de intervenciones puede aportar estrategias novedosas para responder a las barreras socioculturales y económicas. También permite incorporar la agencia de la ciudadanía y aprovechar las oportunidades que ya existen en los contextos
4. Contemplar consideraciones socioculturales además de las epidemiológicas en la definición de metas de rastreo de contactos y aislamiento para que sean más acordes a las realidades.
5. El aislamiento selectivo sostenible en contextos de alta informalidad, vulnerabilidad e inequidad no es factible y requiere de otras alternativas, por ejemplo, comunitarias y con participación de otros sectores.
6. El seguimiento del aislamiento es desgastante y poco efectivo. Hacer cumplir el aislamiento mediante la fuerza pública puede incrementar problemas sociales.
7. El acceso a apoyos económicos supeditado a la verificación de información de diversas fuentes toma mucho tiempo, depende de procesos manuales y puede reforzar inequidades. Además de la compensación económica se requieren otras estrategias sociales para garantizar el aislamiento.
8. En lugar de centrarse solo en diagnósticos individuales, considerar una compensación basada en indicadores socioeconómicos y vulnerabilidad. Contemplar compensaciones colectivas, que no se limite a beneficios financieros y que garanticen apoyo a grupos.

Sistemas de información y producción de datos

1. Diseñar mecanismos de registro y sistemas de información que sean funcionales en cualquier territorio, mientras persista la brecha digital.
2. Trabajar en automatizar procesos que se hacen manualmente (i.e. la depuración manual de datos en Savigila).
3. Fortalecer las habilidades e infraestructuras territoriales de registro y gestión de información.
4. Limitar el exceso de producción de datos y la complejidad de indicadores en emergencias, que recargan a los equipos y no necesariamente informan la toma de decisiones.

Estrategias de Gobernanza en Salud



Referencias

1. Cárdenas M, Martínez H. COVID-19 in Colombia Impact and Policy Responses [Internet]. 2020 jul [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/Cardenas-Beltran-Covid-in-Colombia.pdf>
2. Sachs JD, Karim SSA, Aknin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2022;400(10359):1224–80.
3. Vecino-Ortiz AI, Congote JV, Bedoya SZ, Cucunuba ZM. Impact of contact tracing on COVID-19 mortality: An impact evaluation using surveillance data from Colombia. *PLoS One*. 1 de marzo de 2021;16(3):e0246987.
4. Laajaj R, De Los Rios C, Sarmiento-Barbieri I, Aristizabal D, Behrentz E, Bernal R, et al. COVID-19 spread, detection, and dynamics in Bogota, Colombia. *Nat Commun*. 1 de diciembre de 2021;12(1).
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Bitácora Covid-19 en Colombia. Boletines de prensa. Bogotá; 2021.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud detalló las acciones y decisiones frente al covid-19. Boletín de Prensa No 978 de 2020 [Internet]. 2020 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-detalló-las-acciones-y-decisiones-frente-al-covid-19-.aspx>
7. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 457 de 2020. 457 Colombia;
8. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1076 de 2020. 2020.
9. Presidencia de la República de Colombia. Decreto No. 637 de 2020.
10. Banco Mundial. Los impactos económicos de la pandemia y los nuevos riesgos para la recuperación. En: *World Development Report 2022: Finance for an Equitable Recovery*. Washington: Banco Mundial; 2022.
11. Arbeláez MF. La zancadilla a la economía global que llevó a un desplome histórico. *El Tiempo*. 12 de diciembre de 2020;
12. Unidad Macroeconómica de Análisis UMAC, Urrea-Ríos IL, Piraján J. Impacto de la pandemia covid-19 sobre la economía colombiana. Una pandemia temporal con efectos permanentes. Documentos FCE-CID Escuela de Economía. agosto de 2020;(108):2–57.
13. Guillén-Burgos HF, Galvez-Florez JF, Moreno-Lopez S, Gonzalez I, Guillen M, Anaya JM. Factors associated with mental health outcomes after COVID-19: A 24-month follow-up longitudinal study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;84(Sep-Oct):241–9.
14. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. Un año de pandemia: impacto socioeconómico de la COVID-19 en Colombia [Internet]. 2021 [citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/colombia/speeches/impacto-socioeconomico-de-la-covid-19-en-colombia>
15. Martínez L, Young G. Street vending, vulnerability and exclusion during the COVID-19 pandemic: the case of Cali, Colombia. *Environ Urban*. 1 de octubre de 2022;34(2):372–90.
16. Presidencia de la República de Colombia. Decreto No. 1374 de 2020.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible PRASS. Manual Operativo. 2022 mar.
18. Prieto Alvarado F, Alarcón Cruz A, Díaz Moreno J, Quijada Bonilla H, Walteros Acero D, González Duarte M. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: www.ins.gov.co
19. World Health Organization. Contact tracing in the context of COVID-19. 2020.
20. Fernández-Niño JA, Peña-Maldonado C, Rojas-Botero M, Rodríguez-Villamizar LA. Effectiveness of contact tracing to reduce fatality from COVID-19: preliminary evidence from Colombia. *Public Health*. 1 de septiembre de 2021;198:123–8.

AUTORES DEL INFORME



Adriana
Díaz del Castillo

Médica de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Antropología Médica de la Universidad de Ámsterdam. Experiencia en el estudio de políticas y programas de salud, así como en programas comunitarios en salud y otros sectores, utilizando metodologías cualitativas y mixtas. Docente de metodologías cualitativas en posgrado y consultora para instituciones en Colombia y el exterior. Su interés se centra en conectar la investigación con la acción y la toma de decisiones.



Johana
Linares

Trabajadora Social de la Universidad Industrial de Santander, magíster en Ordenamiento Territorial de la Universidad Santo Tomás y doctoranda en Servicio Social en la Universidad Federal de Río de Janeiro. Experiencia en estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, y ha participado en diversos proyectos de investigación en temas de juventud, discapacidad, territorio, conflicto armado y COVID-19. Asimismo, ha sido docente de pregrado y posgrado en fundamentos de investigación, investigación cualitativa y sistematización de experiencias.



Sandra
Martínez Cabezas

Bacterióloga, doctora en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona, con maestría en Demografía y especialización en Epidemiología General. Experiencia en la coordinación de proyectos de investigación en salud pública, epidemiología y demografía. Su trabajo se enfoca en la investigación con enfoque transdisciplinario, con especial interés en demografía de la salud (mortalidad, envejecimiento, migración), enfermedades infecciosas e indicadores de salud.



Natalia
Niño Machado

Antropóloga con maestría en Antropología y maestría y doctorado en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Su investigación se centra en la relación entre sociedad, cultura, ciencia y salud, con un interés particular en el uso de herramientas teóricas y metodológicas de la antropología y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología para comprender la salud y la enfermedad, así como su intersección con la cuantificación, la estandarización y la ciencia de datos. En el ámbito docente, cuenta con experiencia en la enseñanza de cursos y seminarios sobre métodos cualitativos de investigación.



Catalina
González Uribe

Antropóloga, psicóloga y magíster en Antropología, con formación en Epidemiología Social y doctorado en Epidemiología y Salud Pública del University College London. Investigadora asociada vinculada al Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Universidad de los Andes. Su trabajo se centra en el uso de métodos mixtos para analizar la salud y la enfermedad en Colombia y otros países del sur global, abordando temas de género, determinantes sociales y salud digital con un enfoque interdisciplinario para influir en la toma de decisiones y el diseño de políticas de salud pública.



Javier
Idrovo Velandia

Médico cirujano, especialista en Higiene y Salud Ocupacional, magíster en Salud Pública y en Salud Ambiental, y doctor en Epidemiología. Profesor e investigador en la Universidad Industrial de Santander. Su trabajo se enfoca en los determinantes socioambientales de la salud, la injusticia ambiental, los conflictos socioambientales y los estudios mixtos en salud poblacional.



Myriam
Ruiz Rodríguez

Enfermera, especialista en Administración de Servicios de Salud y en Docencia Universitaria, magíster en Sistemas de Salud y doctora en Salud Pública con énfasis en Sistemas de Salud. Profesora titular laureada e investigadora del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. Su interés se centra en el diseño y evaluación de políticas y programas de salud, con especial atención a grupos vulnerables.

Proyecto ÁGORA

ÁGORA: “Alianza para la Generación de evidencia sobre Covid-19, su respuesta y lecciones Aprendidas para la postpandemia y futuras epidemias”, financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia. El proyecto fue ejecutado por la Pontificia Universidad Javeriana en colaboración con la Universidad de los Andes, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Rosario, el Instituto de Evaluaciones Tecnológicas en Salud y la Cuenta de Alto Costo.