

No. **7** | ISSN 2744-8908 | Octubre del 2023

# Estudios de caso en asuntos públicos

---

La respuesta de la Secretaría de Salud al  
COVID-19 en Bogotá: lecciones sobre  
liderazgo colaborativo en contextos de  
crisis

Laura Mejía Villada y Nathalie Méndez Méndez

Serie Estudios de Caso en Asuntos Públicos 2023

Edición No. 7

ISSN 2744-8908 (En línea)

Edición digital

Octubre del 2023

© 2023 Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Carrera 1 No. 19 -27, Bloque AU

Bogotá, D.C., Colombia

Teléfono: 3394949, ext. 2073

[publicaciones@uniandes.edu.co](mailto:publicaciones@uniandes.edu.co)

<http://gobierno.uniandes.edu.co>

**Directora, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo**

María Margarita, Paca, Zuleta

**Autores**

Laura Mejía Villada y Nathalie Méndez Méndez

**Director de Investigación y Consultoría, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo**

Diego Iván Lucumí Cuesta

**Coordinación editorial, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo**

Angélica María Cantor Ortiz

**Diagramación de cubierta, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo**

Luisa Fernanda Gómez Avilán

El contenido de la presente publicación se encuentra protegido por las normas internacionales y nacionales vigentes sobre propiedad intelectual, por tanto su utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en formato impreso, digital o en cualquier formato conocido o por conocer, se encuentran prohibidos, y solo serán lícitos en la medida en que cuente con la autorización previa y expresa por escrito del autor o titular. Las limitaciones y excepciones al Derecho de Autor solo serán aplicables en la medida en se den dentro de los denominados Usos Honrados (Fair Use); estén previa y expresamente establecidas; no causen un grave e injustificado perjuicio a los intereses legítimos del autor o titular; y no atenten contra la normal explotación de la obra.

# La respuesta de la Secretaría de Salud al COVID-19 en Bogotá: lecciones sobre liderazgo colaborativo en contextos de crisis<sup>1</sup>

Por Laura Mejía Villada<sup>2</sup> y Nathalie Méndez Méndez<sup>3</sup>

*“Ninguno de nosotros es tan bueno como todos nosotros juntos”*

Ray Kroc

## Resumen

El presente caso de estudio documenta algunas de las principales lecciones aprendidas frente a la respuesta organizacional de la Secretaría de Salud de Bogotá a la crisis de salud generada por el virus de COVID-19, cuyo primer caso en el país fue registrado el 6 de marzo del 2020. El análisis se enmarca en la importancia de las habilidades de liderazgo colaborativo para la contención de crisis y situaciones desafiantes en el sector público.

El documento tiene como objetivo comprender dichos esfuerzos desde la óptica del liderazgo adaptativo, el liderazgo público y el liderazgo colaborativo, y elaborar una serie de recomendaciones a partir de las experiencias, problemáticas identificadas y lecciones aprendidas de la entidad para orientar la toma de decisiones en contextos similares. La metodología empleada fue la revisión documental de fuentes primarias y secundarias, entre ellas, documentos oficiales y artículos de prensa, analizados desde marcos teóricos propios del liderazgo público y liderazgo colaborativo. A su vez, se condujeron tres entrevistas semiestructuradas a funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá, quienes tuvieron a su cargo la toma de decisiones en esta situación de crisis.

**Palabras clave:** liderazgo en crisis, liderazgo público, pandemia, COVID-19, salud pública, liderazgo colaborativo.

---

<sup>1</sup> La Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes y las autoras agradecen el invaluable apoyo del secretario de Salud Alejandro Gómez López, el subsecretario de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía Julián Orjuela Benavides y a la directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad María Fernanda Torres Penagos. Gracias por compartir con nosotros su conocimiento y experiencias, y transmitir la motivación al servicio público de una manera tan genuina y apasionada.

<sup>2</sup> Estudiante del pregrado en Gobierno y Asuntos Públicos. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: [l.mejia3@uniandes.edu.co](mailto:l.mejia3@uniandes.edu.co)

<sup>3</sup> Profesora asistente. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: [n.mendez52@uniandes.edu.co](mailto:n.mendez52@uniandes.edu.co)

## **Abstract**

This case study explores some of the main learnings from the organizational response of the Secretary of Health of Bogota in response to the health crisis of COVID-19 pandemic, which first case was reported in the country on March 6<sup>th</sup>, 2020. The analysis is framed on the importance of collaborative leadership competences to face the crisis and challenging situations in the public sector.

The document has the objective of understanding those efforts from the perspective of adaptive leadership, public leadership, and collaborative leadership, and draft some recommendations based on the experiences, identified problematics, and lessons learned from the organization to make decisions in similar contexts. The methodology used for the study is the review of literature and records from both primary and secondary sources, such as official records and newsletter articles analyzed from the public leadership and collaborative leadership framework. We also conducted three semi-structured interviews with public employees from the Secretary of Health of Bogota, who oversaw decision making in this crisis.

**Key Words:** Leadership in crisis, public leadership, pandemic, COVID-19, public health, collaborative leadership.

## Tabla de contenidos

1. Introducción.....	4
1.1. ¿Por qué es un caso de liderazgo público?.....	4
2. Antecedentes.....	5
3. Problema de liderazgo público.....	7
4. Dimensiones técnicas y adaptativas del caso.....	7
5. Solución propuesta por el actor o actores en ese momento y resultados obtenidos...9	
5.1 Aumentando la capacidad diagnóstica.....	9
5.2 Construcción de capacidad del sistema hospitalario en Bogotá.....	9
5.3 Ganando tiempo: aislamiento preventivo y promotores del cuidado.....	10
5.3.1. <i>Promotores del cuidado</i> .....	10
5.3.2. <i>Aislamiento preventivo</i> .....	11
5.4. ¿Y las UCI?: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría de Salud.....	13
6. Lecciones aprendidas: ¿Qué funciono y qué no?.....	14
6.1. Lo que funcionó.....	14
6.1.1. <i>Comunicación y transparencia</i> .....	15
6.1.2. <i>Capacidad adaptativa e innovación en la metodología del trabajo</i> .....	16
6.2. Lo que pudo ser mejor.....	17
6.2.1. <i>La importancia de evaluar</i> .....	17
6.2.2. <i>Visión integral del problema</i> .....	18
7. Recomendaciones sobre liderazgo en contextos de crisis.....	19
8. Espacio interactivo. ¿Usted que hubiera hecho diferente? .....	20
8.1. <i>Sistema hospitalario en alerta roja</i> .....	20
8.2. <i>Preguntas de reflexión</i> .....	22
9. Referencias.....	23

## **1. Introducción**

El presente caso de estudio documenta algunas de las principales lecciones aprendidas frente a la respuesta organizacional de la Secretaría de Salud de Bogotá a la crisis de salud generada por el virus de COVID-19, cuyo primer caso en el país fue registrado el 6 de marzo del 2020. El análisis se enmarca en la importancia de las habilidades de liderazgo colaborativo para la contención de crisis y situaciones desafiantes en el sector público.

Según fuentes oficiales de la Alcaldía Mayor de Bogotá, al inicio de la pandemia la ciudad contaba con 935 camas Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) disponibles. Durante la pandemia, se estimaba un total de 2,300 camas UCI para atención hospitalaria para personas infectadas, lo que representó un aumento de más del 250 % (Villamil, 10 de enero de 2021)<sup>4</sup>. La pregunta sobre cómo se llegó a este número responde a una serie de esfuerzos institucionales desde la Secretaría de Salud de Bogotá. Este caso busca comprender dichos esfuerzos desde la óptica del liderazgo adaptativo, el liderazgo público y el liderazgo colaborativo, y elaborar una serie de recomendaciones a partir de las experiencias, problemáticas identificadas y lecciones aprendidas de la entidad para orientar la toma de decisiones en contextos similares.

Para la realización de este caso se hizo una revisión documental de fuentes primarias y secundarias, entre ellas, documentos oficiales y artículos de prensa, analizados desde marcos teóricos propios del liderazgo público y liderazgo colaborativo. A su vez, se condujeron tres entrevistas semiestructuradas a funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá, a los cuales agradecemos por ofrecer su valiosa perspectiva para contribuir al desarrollo de este artículo.

### ***1.1 ¿Por qué es un caso de liderazgo público?***

El caso que se desarrolla en este documento es un caso de liderazgo público debido a que, en primer lugar, corresponde a un problema de salud pública que involucra a la sociedad en conjunto. El liderazgo público es la forma en que buscamos movilizar a individuos y grupos para resolver problemas complejos que contribuyan a la generación del valor público.

---

<sup>4</sup> Esta cifra fue consultada en un artículo del 10 de enero de 2021. Actualmente, el número de camas UCI en Bogotá según el portal [SaluData](#) (2023) es de 1.312.

Por esta razón, su estudio permite el abordaje de diferentes elementos de la gestión pública como lo son la colaboración y coordinación intrainstitucional e interinstitucional en entidades públicas, la gestión del talento humano, el diseño organizacional y en general, la interacción de estos elementos en la configuración de la respuesta a la pandemia en Bogotá.

En particular, el liderazgo público ofrece desde este caso una interpretación de cómo, incluso en contextos de crisis, se puede lograr valor público. La definición de valor público en las sociedades no está exenta de discusiones y estos debates se vuelven más intensos en escenarios como el de la pandemia en que diferentes actores sociales, políticos y económicos se vieron enfrentados a repensar cuál es el valor público que se quiere generar.

Así mismo, el liderazgo colaborativo se enfoca en crear visión y estrategia, comunicar y direccionar, motivar a la acción y alinear a las personas en torno a un logro común (Archer & Cameron 2009). En un mundo donde cada vez más vivimos en relaciones interdependientes, los líderes colaborativos deben, de manera primordial, construir relaciones que sostengan sistemas y modos de operación en organizaciones, gestionar el conflicto y compartir el control en esquemas de gobernanza cada vez más amplios y abiertos.

Por estas razones, el caso ofrece perspectivas importantes que permiten estudiar el liderazgo público en contextos de crisis, ofreciendo reflexiones relevantes sobre la gestión individual y colectiva de desafíos organizacionales en lo público.

## **2. Antecedentes**

El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el virus de COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional. Después de varias semanas de especulación sobre el origen del virus, su gravedad y la rapidez de su transmisión, el 11 de marzo del 2020 la OMS caracterizaría al virus como una pandemia: “La OMS ha estado evaluando este brote durante todo el día y estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción. Por lo tanto, hemos evaluado que COVID-19 puede

caracterizarse como una pandemia”, afirmó Tedros Adhanom, director general de la organización.

Días antes, el 6 de marzo, el primer caso de COVID-19 se había detectado en Colombia. En un primer momento esta enfermedad no parecía ser nada del otro mundo, hasta que sí lo fue. Una de las primeras reacciones dentro de la Secretaría de Salud de Bogotá, en palabras de uno de sus funcionarios, fue la incertidumbre: “(...) Para el mes de enero el COVID no era una cosa que nos ocupara, para el mes de febrero ya es una cosa que nos ocupaba (...). Es en el mes de febrero cuando aparece el brote de la enfermedad sobre todo en Emiratos Árabes, (...) pocos días después ya estaba en la cuenca del mediterráneo (...). Y ahí ya nos preocupamos porque el virus, esta enfermedad un poco desconocida, empezó a hacer estragos con sistemas de salud relativamente robustos”.

En la capital del país la respuesta fue anticipada. El 11 de marzo Claudia López, alcaldesa de Bogotá, declaró alerta amarilla y decretó la realización de un “Simulacro vital” con una duración de cuatro días para preparar a los habitantes de la ciudad para futuras cuarentenas. Un día después, el presidente Iván Duque declararían emergencia sanitaria a nivel nacional y, con este, el inicio de grandes retos sociales y en materia de salud pública para el país.

En Colombia ya había un par de precedentes sobre el manejo de enfermedades epidémicas, pero ninguna de esta magnitud. Desde el 2005 se venía trabajando en un plan de preparación para la pandemia por el virus H5N1, originado en Asia. Este plan consistía en una serie de documentos elaborados por el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud para la preparación ante una eventual pandemia de influenza. En este contexto algunas de las lecciones aprendidas serían la importancia de la atención extrahospitalaria. También serían importantes la conformación de un sistema de clasificación de casos, de protocolos adecuados dentro de las instituciones de salud y de los planes de expansión en recursos técnicos y humanos (MinSalud, 2020)<sup>5</sup>.

Sin embargo, estos esfuerzos no serían suficientes. “Esto que se había hecho en alguna medida sirvió, pero al implementarlo vimos que había quedado mucho en papeles y no

---

<sup>5</sup> El médico neumólogo pediatra Gustavo Aristizábal, asesor del INS y el Ministerio en ese momento, relata algunas de las principales lecciones aprendidas durante la gestión del virus de AH1N1 en el país (9 de junio de 2009).



había realmente una adecuada preparación para la pandemia” (Aristizábal citado por MinSalud, 2020). Estos retos estarían más latentes que nunca cuando llegó la pandemia a Bogotá: una ciudad con aproximadamente ocho millones de habitantes y con una de las densidades poblacionales más grandes del mundo (24.643 personas por kilómetro cuadrado, cercana a ciudades como Nueva Delhi en India y Lagos en Nigeria (Wheeler<sup>6</sup> (2018) citado por Bogotá Cómo Vamos (2021)).

### **3. Problema de liderazgo público**

En este contexto surgió un importante reto de liderazgo, que en principio se comprendió desde una mirada netamente técnica: aumentar la capacidad instalada disponible para responder a la alta presión sobre los servicios médicos y hospitalarios en Bogotá ante la llegada de la epidemia de COVID-19. Según un alto funcionario de la Secretaría: “Rápidamente nos dimos cuenta de que el problema estaba en, desde nuestra perspectiva, en lograr disminuir la velocidad de ingreso de la pandemia a nuestro territorio para en el entretanto ir creciendo en capacidad de atención en cuidados críticos. Para todo el mundo fue muy claro que el mayor de los estreses en los sistemas sanitarios estaba sobre los cuidados críticos (...)”.

La llegada de la COVID-19 a Bogotá y posteriormente a otras ciudades de Colombia puso en jaque a los sistemas sanitarios de todo el país. La ciudadanía, el sector económico y productivo, el sector público y el talento humano en salud se verían prontamente afectados. Dentro de esta difícil coyuntura, la Secretaría Distrital de Salud decidió rápidamente cuáles serían sus prioridades: reducir la velocidad del contagio y preparar al sistema de salud. Este debate no ocurrió en el vacío, pues la decisión de tomar medidas de este tipo supuso la discusión sobre efectos económicos y sociales profundos.

### **4. Dimensiones técnicas y adaptativas del caso**

En el estudio del liderazgo adaptativo, existen al menos dos tipos de problemas a resolver cuando se enfrentan situaciones difíciles dentro de una comunidad, equipo u organización. En primer lugar, están los **problemas técnicos**, aquellos que se pueden

---

<sup>6</sup> Estudio del *Journal of the American Planning Association* de la Universidad de California realizado en el 2018.

solucionar con procesos y/o recursos ya establecidos (Heifetz, 2009). Dentro de este contexto podemos identificar algunos retos técnicos:

- Contar con un número insuficiente de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y personal de salud para atender la presión sobre el sistema hospitalario.
- Limitaciones presupuestales y técnicas necesarias para fortalecer el sistema hospitalario y la capacidad diagnóstica.
- Falta de información sobre una enfermedad nueva.
- La limitación del tiempo, imposibilidad de planear las estrategias de respuesta y tener que implementar con celeridad.

Por otro lado, también tenemos los **problemas adaptativos**. A diferencia de los técnicos, la solución a estos desafíos requiere modificar prioridades, creencias, hábitos y lealtades personales (Heifetz, 2009). Algunos de los retos que fueron reiterativos en las entrevistas realizadas al personal de la Secretaría de Salud fueron:

- La toma de decisiones de manera rápida en tiempos de crisis, asumiendo la responsabilidad de lo que suceda.
- *Compliance* y disposición de los habitantes de Bogotá a las medidas de restricción de movilidad, del sector privado al cese temporal de operaciones, etc.
- Desafíos psicoemocionales y cambio de rutinas del personal de la salud en las coyunturas críticas.
- Gestión del pánico colectivo a raíz de la desinformación.
- El tener que dejar de un lado los roles y tareas asignadas para trabajar por otro propósito en común, e innovar en las maneras de hacerlo.

En un entorno desafiante como el planteado por la pandemia, el caso combina elementos técnicos y adaptativos. Adicionalmente, algunos de los aspectos inicialmente identificados como técnicos tenían también componentes adaptativos. Un ejemplo es el tema de información, pues la eficacia en la comunicación no solo dependía de la disponibilidad de conocimiento sino de la forma en que la gente lo interpretaba, socializaba y difundía. El manejo de la situación, por tanto, implicaba no solo enfocarse

en los recursos técnicos, financieros y humanos, sino en comprender la mente de las personas y sus distintas formas de reacción en un contexto de crisis.

## **5. Solución propuesta por el actor o actores en ese momento y resultados obtenidos**

### ***5.1 Aumentando la capacidad diagnóstica***

La respuesta institucional de la Secretaría se daría en dos frentes: por un lado, el aumento de la capacidad diagnóstica de la enfermedad; y por otro, el aumento de la capacidad del sistema hospitalario a través de la expansión del número de UCI. Para aumentar la capacidad diagnóstica, la Secretaría convocó a diferentes sectores, en particular, el académico, con el fin de aumentar el número de pruebas diarias. Tal y como lo afirma un funcionario de la Secretaría: “(...) las universidades respondieron inmediatamente (...); todas se vinieron a decir qué hay que hacer (...). Hicimos cosas que en el día a día no se hacen. Yo recuerdo que nosotros en Bogotá hicimos diagnóstico de PCR, en un primer momento, todo con pruebas de la Universidad de los Andes, porque ustedes lograron importar más rápido de lo que nos demoramos nosotros por el sector público (...). Lo mismo hizo el Rosario, el Bosque, etc.”. Así, la colaboración con el sector académico y otros sectores sería de gran importancia para lograr desplegar un mayor número de pruebas diagnósticas en la ciudad.

### ***5.2 Construcción de capacidad del sistema hospitalario en Bogotá***

Simultáneamente, la Secretaría de Salud tuvo que reunir esfuerzos para lograr aumentar la capacidad de UCI y evitar un posible colapso del sistema. Según fuentes oficiales de la Alcaldía Mayor de Bogotá, al inicio de la pandemia la ciudad contaba con 935 camas UCI disponibles. Para abril de 2021, habían alrededor de 2.300 camas UCI para atención hospitalaria, representando un aumento de más del 250 % (Castiblanco, 15 de abril de 2021). La estrategia para aumentar la capacidad instalada del sistema incluyó desde la creación de un hospital transitorio en el centro de eventos de Corferias, hasta la adecuación de UCI pediátricas para la atención de pacientes adultos. Fue en julio del 2020, en particular, cuando el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) reportó que había más pacientes que camas disponibles, y se tuvieron que tomar medidas extremas. “(...) Nosotros en Bogotá terminamos ventilando de todas partes, yo cerré todos

los servicios quirúrgicos, o sea, terminamos ventilando gente en las salas de cirugía con las máquinas de anestesia (...), fueron cosas que se tuvieron que hacer y que en la cabeza de nadie cabrían. Los pediatras intensivistas dijeron: qué hay que hacer, yo le ventilo adultos, y los pediatras se pusieron a ventilar adultos, y terminamos atendiendo UCI con ginecólogos y cirujanos, con obstetras”.

Además del aumento de las UCI, otra estrategia importante para la expansión del sistema de la respuesta hospitalaria sería la creación de hospitales de campaña en localidades como Kennedy, Engativá y Usaquén. El Hospital Simón Bolívar, por ejemplo, expandió su capacidad con 20 camas, 3 cuerpos modulares, estaciones de enfermería y médicos, etc. Por otro lado, se buscó fortalecer la capacidad para la atención domiciliaria y así poder mitigar la congestión de hospitales, a través del seguimiento a casos positivos diarios y visitas para realizar control y pruebas, atendiendo el 90 % de casos en el hogar.

### **5.3 Ganando tiempo: aislamiento preventivo y promotores del cuidado**

#### *5.3.1 Promotores del cuidado*

Aunque las respuestas desde lo técnico serían exitosas, estas no serían suficientes. El equipo de la Secretaría rápidamente se dio cuenta de que había un frente muy importante el cual también debían atacar: el social. Un funcionario de la Secretaría comenta: “Ahí hubo un reto bien interesante porque primero se agranda todo el tema de la estructura hospitalaria, pero luego dicen: para esto hay una salida pedagógica de cambios de comportamiento, de formas de vivir, de formas de relacionar, de formas de consumir, de la forma como se mueven los seres humanos y entonces lo social vuelve a ser protagonista”.

Es ahí cuando nace la estrategia Promotores del cuidado. Esta estrategia, a cargo de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, tuvo dos fases. En un primer momento, se diseñaron estrategias de autocuidado para la ciudadanía orientadas al uso correcto del tapabocas, el lavado de manos y el distanciamiento físico. Sin embargo, la necesidad de elaborar estrategias diferenciadas para los distintos grupos poblacionales surgió rápidamente. Como lo menciona una alta funcionaria de la Secretaría: “Empezamos a generar módulos de información específicos

para poblaciones específicas, entonces recicladores de oficio nos ayudaban con insumos de información para decirle a los recicladores cómo cuidarse en pandemia”. Lo mismo sucedió con los domiciliarios, los y las trabajadores sexuales, etc. Las estrategias de autocuidado fueron construidas a partir de las experiencias propias de la gente.

La segunda fase fue un poco diferente. Una funcionaria de la Secretaría comenta: “Identificamos que ya la mayoría de la gente tendría que seguir con la vida trabajando, saliendo, no solamente estas personas que habíamos identificado inicialmente, entonces hicimos recomendaciones de cuidado en los entornos de vida cotidiana en los cuales se mueven las personas: el trabajo, la escuela, el supermercado, el Transmilenio. Con un lenguaje supersencillo, con videos, con cosas muy didácticas para que la gente apropiara eso en su vida diaria y lo pudiera replicar también en sus entornos”. Precisamente, la pandemia y el programa de Promotores del cuidado dejan valiosas lecciones en torno a los retos en salud mental y la necesidad de brindar herramientas de gestión de emociones a la ciudadanía en general.

### *5.3.2 Aislamiento preventivo*

Entre marzo y agosto del 2020, como en muchas otras ciudades del mundo, se optó por implementar cuarentenas obligatorias con el fin de disminuir la velocidad de contagio mientras se lograba preparar a los hospitales de Bogotá. De la noche a la mañana, las rutinas de trabajo y estudio de millones de bogotanos se trasladaron a la virtualidad. Estas medidas no serían bien recibidas del todo. “La Alcaldía de Bogotá decidió que había que tomar las medidas, por dolorosas que fueran, para poder enlentecer la llegada del virus, y esas medidas eran de carácter social, o sea, hacer confinamientos (...). Ella (la alcaldesa) dijo haga usted lo suyo, nosotros lo que tenemos que hacer es con lo social ver cómo le ayudamos a la gente a pasar este trago tan amargo que le estamos sirviendo”, señaló un funcionario de la Secretaría.

Las estrategias de aislamiento en Bogotá pueden dividirse en 7 fases, enlistadas en el gráfico a continuación:

**Gráfico 1.** Fases de respuesta al COVID-19 (aislamientos) en Bogotá D.C.

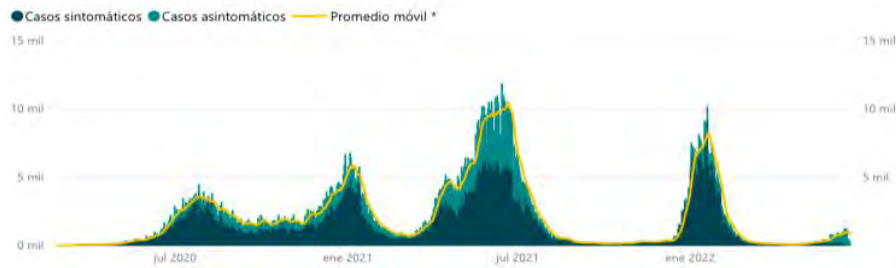


**Fuente:** Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte Subsecretaría de Cultura Ciudadana (2022).

Para agosto del 2020, cuando la tasa de desempleo en la ciudad ya alcanzaba el 24,1 % (DANE, 2020), y hasta diciembre del mismo año, se reorientó la estrategia hacia la implementación de cuarentenas sectorizadas con el fin de flexibilizar las restricciones de movilidad y reactivar poco a poco diferentes actividades económicas y laborales en la ciudad. Las medidas de aislamiento selectivo continuarían entre enero y abril del 2021.

En este contexto el sistema hospitalario de Bogotá tuvo varios momentos de crisis debido a los picos de contagio y la ocupación de camas UCI. Además de la crisis de salud pública, la ciudad también tuvo que afrontar la inminente crisis social derivada de la recesión económica. Lo anterior motivaría a darle un giro a la estrategia de atención al virus que se había llevado a cabo hasta al momento y eliminar las medidas de aislamiento para darle inicio a la “Reactivación económica y distanciamiento individual responsable” en julio del 2021. Paradójicamente, esta nueva estrategia se lanzaría en uno de los momentos más álgidos de la pandemia en Bogotá donde los casos llegaron a más de 16.000.

**Gráfico 2.** Datos históricos de casos de COVID-19 en Bogotá julio del 2020-enero del 2022.  
Curva epidémica



Fuente: SaluData (2022).

#### 5.4 ¿Y las UCI?: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría de Salud

Uno de los dilemas éticos de mayor complejidad durante los periodos más álgidos de la pandemia en Bogotá sería la regulación de pacientes de UCI. En el contexto de la crisis, la Secretaría de Salud tuvo que diseñar lineamientos técnicos específicos para la gestión centralizada de las camas de cuidado intensivo y cuidado intermedio a través de cinco líneas estratégicas. Esta estrategia contempló acciones de planeación, ejecución, monitoreo y seguimiento de la oferta y disponibilidad de camas en los hospitales de Bogotá.

Así, se diseñó un sistema de monitoreo y alertas en el cual se estandarizaron criterios para declarar alertas de alta demanda en el sistema hospitalario de la ciudad. Estos dos criterios eran tener un índice de ocupación de UCI mayor o igual al 50 % y que este nivel de ocupación se mantuviera por un periodo mayor a 24 horas.

**Gráfico 3.** Sistema de alertas porcentaje ocupacional de UCI COVID-19

Rango (Porcentaje ocupacional UCI COVID-19)	Tipo de alerta	Nivel de riesgo
Entre 0 y 29 %	Verde	Bajo
Entre 30 y 49 %	Amarilla	Moderado
Entre 50 y 74 %	Naranja	Alto
Igual o mayor al 75 %	Roja	Muy Alto

Fuente: Secretaría de Salud (2022)

Cuando estos parámetros se cumplían y se generaba una alerta, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) asumía el control de la oferta de UCI y cuidado intermedio en los hospitales públicos y privados de Bogotá. Dentro estos lineamientos estaban los canales de comunicación con el CRUE, la organización de su

talento humano y los protocolos a seguir para ubicar a los pacientes. También una serie de indicadores de Gestión para hacerle seguimiento a la demanda y disponibilidad de camas UCI, la mediana del tiempo de respuesta a las solicitudes de cama UCI y el tiempo de traslado, entre otros.

En la articulación de este sistema, la colaboración entre lo público y lo privado sería fundamental. Según lo mencionan en la entidad: “Públicos y privados comenzamos a hacer acuerdos para poder identificar los casos, para aislarlos (...). Luego las UCI, el orden de llegada. El Estado nuevamente iba a regular quiénes iban a entrar. Luego, lo hicimos con vacunación. Entonces, dijimos: tenemos que actuar de manera conjunta, porque este sistema de salud es fragmentado, solo alrededor del 12-13 % es público”.

## **6. Lecciones aprendidas: ¿qué funcionó y qué no?**

### ***6.1 Lo que funcionó***

*El liderazgo colaborativo en el centro: trabajo en equipo y colaboración intra e interorganizacional*

Desde el primer momento fue muy claro para la Secretaría que la respuesta a la pandemia necesitaría del trabajo en equipo y la colaboración. Estos atributos serían especialmente relevantes en las situaciones más críticas y de mayor tensión que se enfrentaron, como cuando los porcentajes de ocupación de UCI alcanzaron niveles de alerta roja. En estos momentos los roles y las funciones asignadas pasaban a un segundo plano, pues toda la organización buscó juntar esfuerzos hacia el mismo objetivo.

Al preguntar por esos momentos en los que el sistema de UCI estuvo a punto de colapsar, esta idea de trabajo conjunto fue constante: “Yo creo que eso fue un momento de muchísima tensión para todos y todas, tan así que estábamos a merced de qué hacemos como un todo, no tanto en el cómo seguimos cada uno empujando sus metas, actividades y estrategias, sino qué hacemos con esos porcentajes de UCI tan altos, cómo podemos articularnos con ustedes, cómo podemos ayudarles, y así empezó un proceso de colaboración muy bonito”.

Un segundo aspecto clave en la respuesta institucional de la pandemia sería la cooperación y la comunicación con diferentes actores. Coordinar la respuesta a la crisis



del sistema hospitalario requirió que la Secretaría sentara a diferentes actores a conversar, aun cuando nunca se habían hablado. La cooperación empezó con la realización de pruebas diagnósticas en laboratorios de diferentes universidades, pero también pasó por las entidades promotoras de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS) para la gestión de las UCI. (...) “Se logró un ambiente de colaboración brutal y eso se logró convocado desde la Secretaría (...) y con un método relativamente fácil, que era que nos reuniéramos todos a hablar de los problemas que teníamos y tratarnos con respeto (...) eso de reunirnos todos es reconocernos, eso de tratarnos con respeto es tumbar los prejuicios. A partir del reconocimiento y del respeto se genera la confianza, y la confianza genera trabajo colaborativo, y eso fue lo que logramos con EPS e IPS”.

Se identifican en este caso atributos que desde el liderazgo colaborativo son muy valiosos en perspectiva de la consecución del valor público. Por una parte, se consolidaron relaciones colaborativas con aquellos con quienes ya se venía trabajando y actores con los que se había trabajado menos, pero tenían relevancia en el problema. Construir relaciones y tomar decisiones en esquemas multiorganizacionales son características de quienes asumen una postura de liderazgo más colaborativa y menos individualista o heroica.

#### *6.1.1 Comunicación y transparencia*

La habilidad que tuvo la Secretaría de comunicar la estrategia de respuesta a la epidemia de COVID-19 en Bogotá es transversal al éxito de la misma. Al preguntar qué aspectos fueron relevantes en dicho proceso, resaltan dos aspectos: la claridad y la sinceridad. “Primero, hablarle a la gente con términos claros (...). Segundo, hablarle a la gente con sinceridad. Ese ejercicio de sinceridad, que termina siendo un ejercicio de transparencia, fue absolutamente revolucionario (...), en Bogotá decidimos mostrarle a la gente toda nuestra información, toda es toda (...) yo puse en SaluData no sólo los casos positivos (...), puse el número de camas qué había y qué cama estaba libre, y qué cama estaba ocupada para que la gente lo viera. Ese nivel de claridad, ese nivel de transparencia nos dio una legitimidad brutal. Por esa transparencia fue que la gente tuvo acatamiento con las normas que le pusimos, que las normas que les impusimos a la gente fueron las más dolorosas del mundo (...)”.

Un tercer aspecto que destaca uno de los funcionarios de la Secretaría es la necesidad de comunicar con autoridad. “En un momento de tan enorme crisis, la gente necesita saber que alguien está a cargo, que alguien la tiene clara (...) eso pasó con el manejo de la pandemia y eso le dio a la gente cierta sensación de tranquilidad (...). Yo creo que eso lo logramos transmitir y creo que el fenómeno político por excelencia en la pandemia fue comunicacional”.

Dentro del ejercicio de liderazgo público, una competencia clave es la comunicación asertiva. La comunicación no solo es un elemento técnico, pues va más allá de emisor, mensaje y receptor. Es un ejercicio de entender las emociones de quienes comunican, por ejemplo, presionados por situaciones como la pandemia y quienes reciben un mensaje, como en este caso en la soledad de sus hogares. La empatía y pedagogía son claves para trascender la distinción funcionario-ciudadano y comprender el componente humano que une a los actores.

#### *6.1.2 Capacidad adaptativa e innovación en la metodología del trabajo*

El liderazgo en contextos de crisis requiere de una profunda capacidad adaptativa. Una de las maneras en que la Secretaría afrontó este reto fue encontrar distintas formas de responder a las problemáticas que surgían en el día a día. El equipo de la Secretaría está conformado por 5 subsecretarías, 16 direcciones (ver [decreto 507 del 2013](#)), 4 subredes públicas y alrededor de 70 UCI en toda la ciudad, pero su estructura organizacional es bastante jerárquica. “Poner esta orquesta a sonar en un concierto a nivel de armonía era todo un reto”, cuenta uno de los entrevistados.

Ese reto se solventó, en parte, a través de volver la estructura organizacional mucho más horizontal. Se conformaron equipos a través de una metodología denominada AGILE, que busca desjerarquizar la toma de decisiones y crear unidades operativas llamadas células, como conformando un tejido para atender la crisis. “A cada célula se le asignaba un problema que debía resolver al cabo de 24 a 48 horas, donde tendrían una reunión con la máxima instancia de poder. (...) Le hacíamos seguimiento uno a uno a los problemas (...), porque uno dice el problema que tengo en este momento es que no tengo

pipetas para hacer pruebas PCR, ¿quiénes se tienen que juntar? (...). Esto normalmente toma 2 meses, lo tienen que resolver en 24 horas (...)

El uso de esta metodología fue muy beneficioso para la Secretaría, pues le permitió sentar a conversar a los funcionarios, no solo de posiciones de autoridad sino también de posiciones operativas. Esto le permitió a la Secretaría acelerar las respuestas para el manejo de la crisis, en donde no hubo tiempo de planear y se actuó de manera contingencial. “Con los tiempos normales de funcionamiento no se puede manejar una crisis, la crisis no respeta ese tipo de tiempos”.

La toma de decisiones en momentos de crisis resalta la importancia de ser flexible y adaptable en situaciones con asimetría de información y alto nivel de incertidumbre. Esto implica no solo enfocarse en la tarea, sino también en la gestión de relaciones. Adicionalmente, este caso muestra resultados similares a otras coyunturas críticas a nivel mundial donde la literatura ha documentado que generar redes sólidas de trabajo en contextos de crisis aumenta la efectividad percibida de manejo de la situación (Kapucu & Ustun 2018).

## ***6.2 Lo que pudo ser mejor***

### *6.2.1 La importancia de evaluar*

Las crisis, como bien se sabe, requieren de respuestas contingenciales y dejan poco tiempo para la planeación. Sin embargo, uno de los aspectos a mejorar que resaltaron fue la importancia de pensar cómo, a pesar de las limitaciones del tiempo, se pueden diseñar estrategias que permitan hacerle un seguimiento a la implementación y el diseño de las estrategias. “(...) Creo que hubiera sido importante hacer una pausa para tener mejores herramientas de medición de lo que estábamos haciendo, porque todos nosotros tenemos mucha certeza de que el programa de Promotores del cuidado tuvo un impacto muy importante en más de 100.000 personas, ahorita tenemos más de 116.000 personas que han pasado por la estrategia, pero ¿cómo lo demuestras? Entonces creo que, a pesar del afán y a pesar de la urgencia, sí era importante hacer un pare y diseñar herramientas que nos permitieran evaluar impacto”.

Aprender sobre cómo evaluar en tiempos de crisis no es una tarea fácil. Además de medir procesos, resultados e impactos, se debe tener en cuenta que muchos de los efectos de las intervenciones no son visibles en el corto o mediano plazo. También se pueden considerar formas de medición del estilo de liderazgo bien sea evaluando atributos del liderazgo (Kapucu & Ustun 2018) orientado a la tarea (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas o ser creativo) y el liderazgo orientado a las personas (midiendo, por ejemplo, qué tanto se motivó a los equipos o cómo se organizaron las alianzas).

### 6.2.2 *Visión integral del problema*

La respuesta a la crisis estuvo inmersa en muchas polémicas. Una de las más latentes sería el *trade-off* entre salud y economía, que generó tensiones tanto al interior de la Administración como con el Gobierno nacional. “El Gobierno nacional tenía una posición absolutamente contraria, había que favorecer la economía, o sea, dejar abierto. El Gobierno nacional pensó en una política desde la salud pública, de carácter individual (...). Nosotros pensamos desde el punto de vista colectivo. O sea, nosotros socializamos el riesgo y lo enfrentamos con medidas de carácter social”.

La prensa también tuvo cosas que decir al respecto. “(...) El confinamiento generalizado estricto ya es un recurso agotado y las cuarentenas en localidades tan grandes como Bosa y Kennedy, con tantos habitantes como otras ciudades capitales. El experto recomienda que sería mejor aplicar cuarentenas localizadas por UPZ (Unidad de planificación zonal)<sup>7</sup> y con estrategias de medición más claras para poder ganar más tiempo y disminuir los índices de contagios” (El Tiempo, 2021). En efecto, en la segunda etapa de la pandemia en Bogotá se implementaron cuarentenas localizadas, pero, esto resalta las inminentes tensiones de lo público, y la definición del valor público, más en el contexto de una crisis nunca antes vista. Aquí hay una lección sobre la importancia de considerar las diferentes aristas de un problema, de contrastar perspectivas y de llegar a posibles acuerdos sobre el mejor camino a seguir. La falta de tiempo y la necesidad impostergable de tomar decisiones hicieron de este aspecto participativo un desafío aún mayor.

---

<sup>7</sup> En Bogotá, las UPZ son “áreas urbanas más pequeñas que las localidades y más grandes que el barrio” cuya función es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal ([Cámara de Comercio de Bogotá](#), s.f.).

## 7. Recomendaciones sobre liderazgo en contextos de crisis

- **El liderazgo humano es esencial para el liderazgo contingente.** “Las organizaciones las hacen las personas (...); tú puedes tener el comité (...), pero si no hay voluntad, no pasa nada”. Las crisis necesitan de un liderazgo humano –no heroico o individual–, en donde la responsabilidad y las metas sean compartidas. La visión empática de un problema contribuye, además, a dimensionar dónde se sitúan las pérdidas y cómo los líderes ayudan a gestionar a quienes “pierden” en estas situaciones.
- **La importancia del liderazgo colaborativo: escuchar y trabajar en equipo.** Como se mencionó desde la Secretaría: “Escuchar, escuchar, escuchar, y volver a escuchar. Las soluciones las tiene la gente. Las soluciones no nacen de uno encerrado en una oficina. Y luego de escuchar, categorizar, luego codificar y ahí va saliendo la cosa y va uno encausando (...)”. “Yo le invitaría a otras áreas que no están tan familiarizadas con esos ejercicios democráticos que lo hagan muchísimo más, que hagan ejercicios muchísimo más horizontales desde la planeación, desde la ejecución, desde la evaluación”. Desde el liderazgo colaborativo, tiene mucho valor el reconocer las redes (incluso invisibles) y la gestión del trabajo en equipo para el logro de los objetivos de las organizaciones. Es en este punto donde la gestión pública necesita de competencias de liderazgo colaborativo donde también se valoren el construir relaciones, gestionar el conflicto y compartir el control. Estas dos áreas sin duda convergen (y deben hacerlo) para generar mejores resultados organizacionales y de política pública.
- **Liderazgo colectivo: ejercer liderazgo para un propósito común.** “Con otras entidades algo muy importante fue entender que el bien común era algo que sobrepasaba egos y roles (...), muchas veces lo que pasa cuando haces trabajo intersectorial, es que todos quieren cortar la cinta (...). Lo que pasó con la pandemia era que todos estamos en modo ‘apagar incendio’, entonces realmente eso pasó a un segundo plano, y yo creo que eso fue una experiencia muy positiva, (...) el haber entendido ese bien común que era literal de vida o muerte, creo que fue fundamental para la articulación intersectorial (...) de ese reconocimiento del otro y de su valor, y de su importancia, creo que también quedaron muy buenas relaciones”. En el liderazgo colectivo, el foco no es el líder, es el proceso de liderazgo que emerge de las relaciones

interdependientes que demandan resultados conjuntos (Ospina, 2017). El definir ese propósito común y cómo lograrlo conjuntamente fue de suma importancia para el caso.

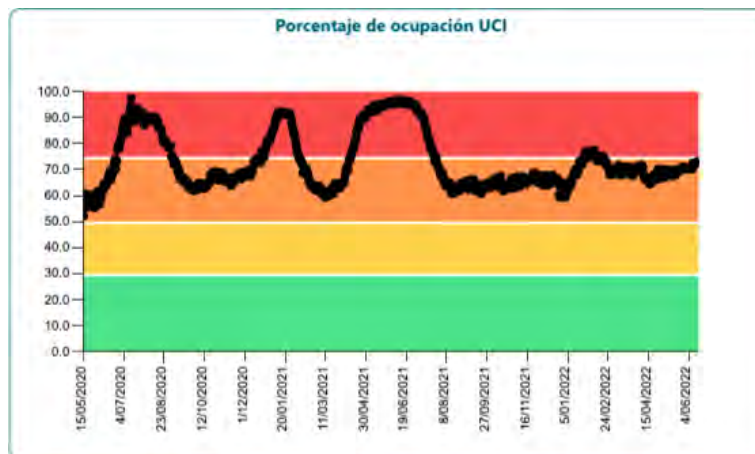
- **La relevancia del liderazgo público: convicción y humildad.** “(...) Uno sabe que contribuye a lo público, pues viene a hacer política pública (...), pero, además, que tú estés en un lugar donde haces la política pública de salud cuando hay una crisis de salud mundial, eso es tremenda lección, una lección, además, de humildad”. Lo público no siempre es un lugar cómodo, pero la responsabilidad es siempre inmensa. El caso recuerda la importancia de reconocer el trabajo de quienes trabajan por lo público y la necesidad de profundizar en reflexiones sobre cómo, dónde y cuándo se construye valor público y quiénes ganan y quienes pierden en los procesos de toma de decisiones.
- **El liderazgo como ejercicio de inspiración.** Una de las frases de las conversaciones con funcionarios de la Secretaría es: “Tal vez de lo más difícil para uno como un líder es saber en qué es bueno una persona y tal vez de los errores más frecuentes es poner a una persona en el lugar equivocado (...) a uno lo que le corresponde es generar esperanza. La gente normalmente se organiza y sale adelante, lo que uno tiene que combatir es la desesperanza”. La literatura en gestión pública y liderazgo público ha venido haciendo énfasis en la motivación e inspiración, como competencias centrales del ejercicio efectivo de los líderes. Identificar cómo la presencia (o ausencia) de estos atributos moldea los resultados de la política pública es un ejercicio interesante para académicos y tomadores de decisión.

## **8. Espacio interactivo. ¿Usted que hubiera hecho diferente?**

### ***8.1 Sistema hospitalario en alerta roja***

En el gráfico 4 de la parte inferior se observan al menos tres periodos críticos para el sistema hospitalario de Bogotá, en los cuales el porcentaje de ocupación de unidades de cuidado intensivo (UCI) superó el 75 %. Uno de los períodos más críticos se observa en el mes de abril del 2021, donde el porcentaje de ocupación superó el 80 %. Fue en este contexto donde el Comité Epidemiológico Nacional en cabeza de la alcaldesa mayor de Bogotá y el ministro de Salud Fernando Ruíz decretaron al sistema hospitalario en alerta roja, así como otras medidas de restricción a la movilidad, la virtualidad en colegios y universidades y el teletrabajo al 70 %.

**Gráfico 4.** Histórico de porcentaje de ocupación UCI



**Fuente:** SaludData (2022)

Sin embargo, este anuncio fue precedido por distintas jornadas de protestas en la ciudad, en las cuales comerciantes manifestaron su inconformidad ante las medidas y las consecuencias a nivel económico de las mismas (ver caso de la reforma tributaria). Así lo afirmó Alejandro González, un comerciante del sector de Venecia, al sur de la ciudad:

“Estamos inconformes con los decretos proferidos por la Alcaldía Mayor, ya que nosotros estamos entregando productos como calzado, ropa, televisores, muebles; estos elementos en las grandes superficies los están surtiendo en cuarentena, es injusto que les permitan a las grandes superficies vender, pero que a nosotros nos cierren obligatoriamente”.

Gremios económicos como Fenalco también criticaron las medidas, asegurando que cada cierre generaba pérdidas del 80 al 100 % para los comerciantes, que debían seguir costeadando nóminas y arriendos. La tasa de desempleo para el trimestre móvil entre febrero y abril del 2021, se ubicó en el 19,2 % (*El Tiempo*, 16 de abril de 2021).

## **8.2 Preguntas de reflexión**

A continuación, hay dos preguntas de reflexión sobre los dilemas que surgieron en la respuesta a la crisis. Responda y sustente su respuesta.

1. Identifique al menos una (1) consecuencia en lo político, una (1) consecuencia en lo económico y una (1) consecuencia en lo social o cultural de las decisiones tomadas por el gobierno distrital en la coyuntura descrita y mencione cuál cree que fue el criterio a la hora de tomar dichas decisiones.

2. ¿Hubiera hecho usted lo mismo? ¿Cuál cree que hubiese sido una estrategia alternativa para mitigar las pérdidas de los comerciantes y otros sectores afectados por las medidas implementadas?



## 9. Referencias

- Archer, D., & Cameron, A. (2009). *Collaborative leadership*. Routledge.
- Bogotá Cómo Vamos. (22 de abril de 2021). *No es sólo la aglomeración*. <https://bogotacomovamos.org/tag/journal-of-the-american-planning-association/>
- Castiblanco, C. *Así se calcula el porcentaje de ocupación de camas UCI reportadas en SaluData* (15 de abril de 2021). <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/porcentaje-de-ocupacion-de-camas-uci-en-bogota-saludata>
- Heifetz, R. (2009). La teoría tras la práctica. En R. Heifetz (ed.), *La Práctica del Liderazgo Adaptativo* (pp.34-78).
- DANE (2020). Medición de empleo informal y seguridad social Trimestre móvil diciembre 2019-febrero 2020. [t.ly/8JVs](https://t.ly/8JVs)
- INS (2022). *COVID-19 en Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-comunicaciones.aspx>
- Kapucu, N., & Ustun, Y. (2018). Collaborative crisis management and leadership in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 41(7), 548-561.
- Ministerio de Salud. (3 de mayo de 2020). Lecciones aprendidas 11 años después del AH1N1. *Ministerio de Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Lecciones-aprendidas-11-anos-despues-del-AH1N1.aspx>
- Ospina, S. M. (2017). Collective leadership and context in public administration: Bridging public leadership research and leadership studies. *Public Administration Review*, 77(2), 275-287.
- SaluData (2022). *Datos de COVID-19*. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>
- Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte Subsecretaría de Cultura Ciudadana. (2022). *Cultura Ciudadana frente a la crisis del Coronavirus - Tracking seguimiento*. [https://bogota.gov.co/sites/default/files/inline-files/sdcrd\\_2021\\_tracking\\_covid\\_09\\_abril-2020.pdf](https://bogota.gov.co/sites/default/files/inline-files/sdcrd_2021_tracking_covid_09_abril-2020.pdf)
- Secretaría de Salud de Bogotá (2022). *Módulo referencia Covid-19*. [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid\\_S/Manual\\_modulo\\_ref\\_COVID-19.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/Manual_modulo_ref_COVID-19.pdf)

Unidad de Salud El Tiempo. (12 de julio 2020). Así llega Bogotá a las semanas más duras de la pandemia. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/coronavirus-en-bogota-estado-de-los-casos-las-uci-y-la-mortalidad-antes-del-pico-de-la-pandemia-517010>

Villamil, E. (10 de enero de 2021). Bogotá ha hecho la mayor expansión hospitalaria de Colombia: Claudia López. *Alcaldía Mayor de Bogotá DC*. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/bogota-subio-mas-del-doble-el-numero-de-uci-en-tiempos-de-pandemia>

Esta serie de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes publica casos de docencia, con el objetivo de brindar insumos para la educación, formación y entrenamiento en temas de asuntos públicos. Los casos buscan identificar y analizar experiencias de la práctica de lo público, y explorar problemas de organizaciones y actores, para recoger lecciones y documentar procesos de cambio y aprendizaje en gestión y políticas públicas. Estudios de caso de docencia y consultoría busca fortalecer el diálogo entre la comunidad académica y los sectores encargados del diseño, la implementación, la evaluación de políticas públicas y la gestión de lo público.

[gobierno.uniandes.edu.co](http://gobierno.uniandes.edu.co)



@GobiernoUAndes