



# Reconocimiento y fortalecimiento de la primera línea de la salud pública durante emergencias en Colombia

Sandra Martínez<sup>1</sup>, Adriana Díaz del Castillo<sup>1</sup>, Johana Linares<sup>1</sup>, Natalia Niño-Machado<sup>1</sup>, Álvaro J Idrovo<sup>2</sup>, Myriam Ruiz<sup>2</sup>, Catalina González<sup>1</sup>

## MENSAJES CLAVE

- ✓ El personal de salud pública constituye la primera línea en la preparación y respuesta poblacional a emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19, sin embargo, tiende a ser invisibilizado y poco reconocido. Durante la pandemia por COVID-19 personal con diversas disciplinas, perfiles y quehaceres trabajaron sin descanso desde una perspectiva colectiva.
- ✓ La preparación para emergencias debe contemplar estrategias para garantizar el cuidado y bienestar de la primera línea de salud pública. La sobrecarga laboral, las afectaciones a la salud y la falta de reconocimiento generaron desgaste y desmotivación lo que puede conllevar a la pérdida de memoria institucional y al debilitamiento en la preparación y respuesta.
- ✓ Garantizar la estabilidad laboral del personal de las distintas áreas de las secretarías de salud departamentales y municipales, así como, del personal del Ministerio de salud durante los 12 meses del año, fortalecerá la capacidad de respuesta en futuras emergencias.

## SOBRE EL ESTUDIO ★

Durante la pandemia de COVID-19 en Colombia, el personal de salud pública desempeñó un papel crucial en la vigilancia epidemiológica, la gestión de laboratorios y la vacunación. Sin embargo, su labor fue invisibilizada y desprovista de reconocimiento en comparación con el personal asistencial. La sobrecarga laboral, la precariedad en la contratación y la falta de apoyo institucional afectaron su bienestar y motivación, evidenciando la necesidad de fortalecer la salud pública con mayor inversión, estabilidad laboral y reconocimiento. Sin medidas adecuadas, esta situación puede comprometer la memoria institucional y debilitar la capacidad de respuesta ante futuras emergencias sanitarias.

# Problema

A través de un estudio cualitativo que tenía como propósito identificar las lecciones aprendidas de la pandemia por COVID-19 en Colombia, se realizaron entrevistas al personal que estuvo involucrado en la vigilancia epidemiológica, los laboratorios de salud pública y la vacunación contra COVID-19 en diferentes departamentos y municipios, así como, en el nivel nacional (Tabla 1).

Uno de los hallazgos más importantes de la investigación fue la invisibilización del personal que trabajó en salud pública durante la pandemia en Colombia según las voces de los entrevistados. Este personal hace parte de la primera línea de respuesta a emergencias y comprende una amplia gama de trabajadores de múltiples disciplinas y ocupaciones, que son responsables de proporcionar salud y prevenir enfermedades a nivel poblacional mediante la prestación de servicios individuales y colectivos, en una amplia gama de organizaciones y sectores (incluidos sectores ajenos a la salud) (Beaglehole & Dal Poz, 2003; Stone et al., 2021; Tilson & Gebbie, 2004; World Health Organization., 2022). Sus responsabilidades, decisiones y acciones repercuten en una escala diferente a las de sus colegas clínicos.

Ante el avance de la transmisión del virus SARS-CoV-2 durante los primeros dos años de la pandemia en Colombia, los equipos de trabajo de las secretarías de salud departamentales y municipales, así como, del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud se vieron enfrentados a dar una respuesta poblacional para mitigar los efectos de este virus en la población colombiana.

Esto significó un exceso de trabajo del personal existente, especialmente porque desde antes de la emergencia e históricamente, el personal de salud pública ha enfrentado escasez y precariedad en la contratación, a pesar de considerarse uno de los pilares en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional. Durante la pandemia se realizaron múltiples actividades adicionales, a veces incluso sin tener contratos formales.

Además de la identificación del virus y el control de las cadenas de transmisión, la primera línea de salud pública se encargó hacer seguimiento y registro de los casos que crecían exponencialmente, sobrecargando los sistemas de información. Debían orientar la toma de decisiones que tenían impacto en la escala poblacional, responder a los organismos de control, comunicar los riesgos, participar en múltiples mecanismos de coordinación, planear e implementar la vacunación y tomar decisiones en el marco de la incertidumbre, la presión y la exposición pública. Las siguientes citas de una funcionaria de vigilancia epidemiológica y una tomadora de decisión municipales hacen referencia a la carga laboral y su repercusión en la salud durante la pandemia:

Tabla 1: Actores entrevistados

Tipo de actor	Mujer	Hombre	Total
Personal de vigilancia	20	9	29
*Todas las actividades	8	11	19
Laboratorio	16	1	17
Programa PRASS	8	2	10
Programa vacunación	6	2	8
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>83</b>

\*Incluye actores que informaron más de una actividad (por ejemplo: vigilancia diagnóstico, PRASS, vacunación COVID-19).





*...fue una dificultad bastante grande que hubo un momento en que me desgasté y ya no pude más. Entré en una crisis de ansiedad y depresión horrible, horrible, de esa presión que tenía de ver que todos me llamaban. El teléfono era a la 1:00a.m., 2:00a.m., y yo me volvía a levantar a las 6:00a.m. y el teléfono me sonaba todo, todo, todo el día, pidiéndome por ambulancia, por certificado, que no había esto, que no había lo otro, que había tomado muestra, que hay las investigaciones, que los seguimientos... Y había personal, sí, pero uno tenía que estar pendiente de todo y cuando no funcionaba algo, todo se regresaba con uno. Fue bastante estresante todo ese, todo ese, todo ese proceso...” (Funcionaria de vigilancia epidemiológica municipal).*

*“...me escribía la presidencia, me escribía la secretaría de la presidencia, me escribía el ministerio, todos, me escribía el controlador, me escribía el procurador, me escribía el ministro, me escribía el viceministro, todos el mismo día a la misma hora, y yo era la que tenía que darle respuesta a todo el mundo, y en qué momento yo atendía también... Como te dije, un día el secretario me dijo: “es que después que atendías a todo el mundo”, yo a veces ni dormía, 24, “me tenías que atender a mí, sino, no lo hubieras hecho tan mal”. Así me dijo... O sea, ni siquiera la consideración de salud mental...”*  
*(Tomadora de decisión municipal)*



Al finalizar la pandemia, el personal de salud pública se sintió invisibilizado y subvalorado. Su percepción es que no se le dio el mismo reconocimiento que al personal que atendió a los pacientes desde una perspectiva individual, es decir, la primera línea asistencial. Esta experiencia coincide con diversos estudios que reportaron que, durante la pandemia, el personal de salud pública experimentó sobrecarga laboral que llevó al agotamiento, problemas de salud mental, amenazas y la sensación de ser incomprendidos e infravalorados con respecto a sus colegas del área clínica (Lee et al., 2023; Li et al., 2021; Sears et al., 2024; Stone et al., 2021).

La invisibilidad de la primera línea en salud pública puede explicarse desde la perspectiva del modelo sanitario actual, centrado en la atención individual y curativa. Este modelo resultó insuficiente durante la emergencia, ya que fue necesario adoptar un enfoque colectivo para prevenir la propagación del virus. La crisis evidenció la demanda de mayores capacidades en el sector de salud pública, especialmente para la coordinación intersectorial, la inversión en infraestructura y un liderazgo fuerte que garantice políticas sostenibles, capaces de resistir los cambios políticos y económicos. La siguiente cita de una entrevistada hace mención a la invisibilización de la primera línea de la salud pública, incluso desde la institución rectora de la salud:



*...Evidentemente, en primera línea asistencial, obvio me les quito sombrero a todos esos, ahí sí, pero mire que yo cuestioné que por qué en el decreto que dio platica para esa primera línea asistencial no nos incluyó a nosotros, por ejemplo. Fuimos tan invisibles hasta para nosotros mismos, porque ese decreto salió del ministerio (Funcionaria Ministerio de Salud).*



# Resultados

## Esto qué implicó

Al igual que con sus colegas en el área asistencial, el exceso de trabajo y el estrés de responder a la emergencia afectaron la salud mental y el bienestar de las personas que trabajaron en la respuesta desde la salud pública. Mientras lidiaban con todo esto, se sentían insuficientemente preparados para cuidar de sí mismos y de sus equipos. Su invisibilidad supuso que algunos no recibieran suficientes equipos de protección, vacunas (por ejemplo, los trabajadores de las agencias de cooperación), incentivos económicos o apoyo institucional para enfrentar las consecuencias personales, profesionales y de salud de trabajar desde la primera línea. La siguiente cita de un entrevistado hace referencia de la importancia de contar con estrategias que brinden cuidado y bienestar a la primera línea de la salud pública.



*[...] dentro de los aprendizajes, que no se hizo, y fue uno de los grandes errores, es buscar los mecanismos para proteger a las personas que están en toda la línea de respuesta, tanto en lo asistencial como en la política pública, como en lo comunicativo con lo educativo. Y a nivel personal, de pronto que... también a destinar tiempo para mí, para mi autocuidado, que no todo es urgente, porque uno se siente también en un rol en el que tiene que responder por todo, porque hay personas allí que están esperando cosas de ti, pero que para ayudar a los demás, primero tiene que estar bien uno, como en el avión y la máscara de oxígeno. Entonces creo que eso fue también un aprendizaje a nivel personal... (Tomador de decisión municipal).*



Todo esto generó como consecuencia cambios en trayectorias laborales y desmotivación. Algunos entrevistados mencionaron abiertamente no querer volver a trabajar en una situación similar, ni en la misma institución. En el futuro esto puede conllevar a la pérdida de memoria institucional necesaria para enfrentar emergencias basadas en aprendizaje real.

## Cómo solucionarlo

Una manera de avanzar en la solución del problema planteado y dada su complejidad, implica prepararse para futuras emergencias sanitarias prolongadas, dado que estas amenazan con desbordar las capacidades habituales de los sistemas de salud. En este contexto, estar preparados implica definir qué aspectos deben integrarse en la práctica habitual antes, durante y después de un incidente, con el fin de alcanzar los objetivos de prevención, protección, respuesta y recuperación rápida (Gibson et al., 2012).

En otras palabras, se requiere avanzar en adquirir y mantener ciertas capacidades para alcanzar los objetivos fijados (Sandhu et al., 2023; Sheikh et al., 2021). Esto incluye fortalecer las capacidades de gobernanza en salud pública (di Ruggiero et al., 2022). Según Hufty (2010; 2006), la gobernanza es un proceso colectivo que organiza las dinámicas entre los actores y las normas sociales para orientar la conducta de una sociedad. Este proceso abarca la toma y ejecución de decisiones, así como la construcción de acuerdos formales e informales entre los diferentes actores del sistema.

En el ámbito de la salud pública, la gobernanza es crucial. Su efectividad depende directamente de las capacidades y competencias de los actores involucrados, particularmente de la fuerza laboral. El fortalecimiento de estas capacidades no solo garantiza una mejor articulación entre los diferentes niveles del sistema, sino que también permite una respuesta más eficiente y sostenible frente a futuras crisis. De esta manera, el desarrollo de la fuerza laboral en salud pública, es un elemento transversal clave que permite la consolidación de la gobernanza en el sector. En este sentido, consideramos cuatro puntos fundamentales:

- **Gobernanza:** Esta investigación evidenció cómo los problemas estructurales de gobernanza, particularmente la contratación tardía e ineficiente del personal, afectaron el funcionamiento de las secretarías de salud departamentales y municipales. Si bien esta situación no se limitó a la pandemia, sino que también ha ocurrido en tiempos sin emergencias, la falta de personal llevó a una sobrecarga laboral en la primera línea de la salud pública. Asimismo, se identificó la necesidad de un enfoque de acompañamiento constructivo, en lugar de uno punitivo,

por parte de las entidades encargadas de la supervisión del presupuesto nacional, como la Procuraduría y la Contraloría.

- **Planeación:** Se requiere mayor compromiso de gobernadores y alcaldes para asegurar los recursos necesarios para que el personal de las distintas áreas de las secretarías de salud pueda tener contratos de 12 meses y que se garanticen perfiles idóneos para llevar a cabo las actividades contractuales. La preparación para emergencias debe contemplar estrategias para el cuidado del personal que enfrenta la respuesta, tanto asistencial como de salud pública. En este punto es necesario considerar la elaboración de mapas de sucesión para garantizar la continuidad de los procesos y no perder la memoria institucional.

- **Reconocimiento:** Se requiere mayor visibilidad y reconocimiento a quienes conforman esta primera línea de salud pública, por ejemplo: personal de vigilancia

epidemiológica, personal de los laboratorios de salud pública, personal del nivel nacional que orienta a los territorios en temas de salud pública, personal técnico que acompaña procesos administrativos y operativos.

- **El cuidado como eje fundamental:** El cuidado es un pilar esencial para los trabajadores de la salud pública. Es fundamental diseñar estrategias que protejan y apoyen a quienes se encargan del bienestar de la población, especialmente considerando que la mayor parte de esta fuerza laboral está compuesta por mujeres. Además, es crucial establecer mecanismos de respaldo, como pólizas de protección para los tomadores de decisión, quienes, en situaciones de emergencia —como ocurrió durante la pandemia—, deben actuar con rapidez, a menudo sin contar con evidencia suficiente.

## Espectro de preparación para emergencias de salud pública, desde la reactividad hasta la proactividad



# Recomendaciones

¿Si solucionamos el problema que beneficio se obtiene?

## 1. Reconocimiento de la primera línea de la salud pública

- Al reconocer públicamente la importancia del trabajo que realiza esta primera línea se fortalecerá la percepción de este personal al interior de las instituciones y por parte de la ciudadanía.
- Este cambio de narrativa podrá inspirar a más profesionales a unirse a estas áreas, aumentando la disponibilidad de talento calificado y fortaleciendo el talento humano.
- El reconocimiento de la labor de los trabajadores en salud pública fomenta la innovación en el sector, haciéndolo más competitivo y robusto y por ende fortalece las capacidades para la preparación de emergencias.
- El reconocimiento de los trabajadores del sector, aumenta la credibilidad institucional y la confianza en las instituciones sobre todo en tiempos de emergencia sanitaria.

## 2. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias de salud pública

- Garantizar contratos de 12 meses y condiciones laborales adecuadas reducirá la rotación de personal y evitará la pérdida de memoria institucional.
- Contar con personal motivado, con contratos estables permitirá una reacción más rápida y eficiente en situaciones de emergencia.
- El mejoramiento de las condiciones laborales de la primera línea en salud pública, reduce la precarización laboral mediante contratos estables, salarios justos y

acceso a beneficios y por ende contribuye al bienestar laboral.

- Relaciones más constructivas con organismos de control, promoviendo una gestión más eficiente en lugar de un enfoque punitivo.

## 3. Cuidado y bienestar del personal

- Equipos más saludables emocional y físicamente estarán mejor preparados para enfrentar situaciones retadoras como las emergencias en salud pública.
- El cuidado de la salud mental y física de la fuerza laboral en salud pública, reduce el agotamiento y la “fuga de cerebros” y por ende se corre el riesgo de perder la memoria institucional.
- Una distribución más equitativa de las cargas de trabajo, evitará la saturación de ciertos grupos como las mujeres.

## 4. Preparación continua, no solo en emergencias

- Un equipo operativo y estable durante todo el año podrá desarrollar e implementar estrategias en lugar de limitarse a reaccionar ante emergencias.
- Esto contribuirá a una mejor gestión de riesgos en salud pública, reduciendo la probabilidad de crisis futuras.
- El reconocimiento de los trabajadores, así como el fortalecimiento de sus capacidades, incentiva mayores inversiones, mejorando la capacidad de respuesta ante futuras emergencias y reduce el impacto de las crisis sanitarias.
- El incremento de las capacidades en el personal de salud pública permitirá la identificación de riesgos sanitarios de manera oportuna y eficaz

## REFERENCIAS

1. Beaglehole, R., & Dal Poz, M. R. (2003). Human Resources for Health Public health workforce: challenges and policy issues. <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>
2. di Ruggiero, E., Bhatia, D., Umar, I., Arpin, E., Champagne, C., Clavier, C., Denis, J., & Hunter, D. (2022). Governing for the Public 's Health: Governance Options for a Strengthened and Renewed Public Health System in Canada.
3. Gibson, P. J., Theadore, F., & Jellison, J. B. (2012). The common ground preparedness framework: A comprehensive description of public health emergency preparedness. *American Journal of Public Health*, 102(4), 633–642. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300546>
4. Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev. salud pública*, 12(1), 39–61. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12s1/v12s1a04.pdf>
5. Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, 22, S35–S45. <https://www.scielo.br/j/csp/a/89LjrgHDvWC9rH8c4b8ppHv/?format=pdf&lang=es>
6. Lee, T., Becerra, B. J., & Becerra, M. B. (2023). “Seems Like There Is No Stopping Point at All Whatsoever”: A Mixed-Methods Analysis of Public Health Workforce Perception on COVID-19 Pandemic Management and Future Needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph20146350>
7. Li, J., Xu, J., Zhou, H., You, H., Wang, X., Li, Y., Liang, Y., Li, S., Ma, L., Zeng, J., Cai, H., Xie, J., Pan, C., Hao, C., Gilmour, S., Lau, J. T. fai, Hao, Y., Xu, D. R., & Gu, J. (2021). Working conditions and health status of 6,317 front line public health workers across five provinces in China during the COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10146-0>
8. Sandhu, H. S., Otterman, V., Tjaden, L., Shephard, R., Apatu, E., Di Ruggiero, E., Musto, R., Pawa, J., Steinberg, M., & Betker, C. (2023). The Governance of Core Competencies for Public Health: A Rapid Review of the Literature. *En Public Health Reviews* (Vol. 44). *Frontiers Media SA*. <https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1606110>
9. Sears, J. S., Maziarz, L., Wilken, L., Bussard, M., & Knippen, K. (2024). Public Health in the Public Eye: Experiences of Ohio's Public Health Workforce During COVID-19. *Health Promotion Practice*, 25(2), 227–234. <https://doi.org/10.1177/15248399221124598>
10. Sheikh, K., Sriram, V., Rouffy, B., Lane, B., Soucat, A., & Bigdeli, M. (2021). Governance roles and capacities of ministries of health: A multidimensional framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(5), 237–243. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.39>
11. Stone, K. W., Kintziger, K. W., Jagger, M. A., & Horney, J. A. (2021). Public health workforce burnout in the covid-19 response in the u.s. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18084369>
12. Tison, H., & Gebbie, K. M. (2004). The public health workforce. *En Annual Review of Public Health* (Vol. 25, pp. 341–356). <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124357>
13. World Health Organization. (2022). National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response. <https://books.google.com/books?hl=en%5C&lr=%5C&id=6rKFEAAAQBAJ%5C&oi=fnd%5C&pg=PP1%5C&dq=human+resource+development+in+%22competency+based%22+organizations%5C&ots=LJcj6wHlYz%5C&sig=EDMO0J7DqDAPVZOO3djmfXorKg>

## AUTORES DEL INFORME



**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.



**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.



**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.



**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.



**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.

## 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.