Chapter 11 / Capítulo 11

Health 4.0: management, technology, and transformation of the healthcare sector in Latin America (Spanish version)
ISBN: 978-9915-704-08-1
DOI: 10.62486/978-9915-704-08-1.ch11
Pages: 163-174

©2025 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

Management of State-Owned Social Enterprises in the Primary Level of the Health Sector in Boyacá, Colombia

Gerencia de las Empresas Sociales del Estado en el Primer Nivel del Sector Salud en Boyacá, Colombia

Ricardo Elias Celis Parra[1]

[1]Integrante Grupo Inacop - Semillero Finedu, Colombia.

Autor de correspondencia: Ricardo Elias Celis Parra

ABSTRACT

This chapter addressed the management of State Social Enterprises (ESE) in primary health care in Colombia from a theoretical and practical perspective based on complex systems and hermeneutic phenomenology. The purpose was to present models, tools, and indicators that respond to the real conditions of management in contexts of high uncertainty, precariousness, and institutional diversity. Based on research conducted in the department of Boyacá, it was evident that management practice was characterized by constant tension between the regulatory requirements of the system and the social and territorial dynamics of the environment. The study identified that ESE managers acted as network coordinators, context interpreters, and community leaders, beyond their technical and administrative roles. A chaotic management model was proposed that integrates elements of adaptive leadership, participatory decision-making, organizational learning, and community dialogue. Hybrid indicators were also designed that combined quantitative and qualitative dimensions, along with participatory tools for evaluation and continuous improvement. The case applied in Boyacá validated the relevance of this approach, showing that health management, when understood from a complexity perspective, can become a driver of institutional transformation with high social impact.

Keywords: Health Management; Complex Systems; ESE; First Level; Public Innovation; Hermeneutic Phenomenology.

RESUMEN

Este capítulo abordó la gerencia de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en el primer nivel de atención en salud en Colombia, desde una perspectiva teórico-práctica fundamentada en los sistemas complejos y la fenomenología hermenéutica. El propósito fue presentar modelos, herramientas e indicadores que respondieran a las condiciones reales de gestión en contextos de alta incertidumbre, precariedad y diversidad institucional. A partir de una investigación desarrollada en el departamento de Boyacá, se evidenció que la práctica gerencial se caracterizó por una constante tensión entre las exigencias normativas del sistema y las dinámicas sociales y territoriales propias del entorno. El estudio permitió identificar que los gerentes de las ESE actuaron como articuladores de redes, intérpretes del contexto y líderes comunitarios, más allá de su rol técnico-administrativo. Se propuso un modelo caórdico de gestión que integra elementos de liderazgo adaptativo, toma de decisiones participativa, aprendizaje organizacional y diálogo comunitario. Asimismo, se diseñaron indicadores híbridos que combinaron dimensiones cuantitativas y cualitativas, junto con herramientas participativas para la evaluación y mejora continua. El caso aplicado en Boyacá permitió validar la pertinencia de este enfoque, mostrando

que la gerencia en salud, cuando se comprende desde la complejidad, puede convertirse en un motor de transformación institucional con alto impacto social.

Palabras clave: Gerencia en Salud; Sistemas Complejos; ESE; Primer Nivel; Innovación Pública; Fenomenología Hermenéutica.

INTRODUCCIÓN

La gestión de los sistemas de salud en América Latina ha estado tradicionalmente marcada por desequilibrios estructurales, inequidades en el acceso y baja eficiencia en la prestación de servicios. Colombia, pese a múltiples reformas, no ha sido ajena a estas problemáticas. La implementación de la Ley 100 de 1993, que transformó el modelo estatal de atención en salud a un sistema mixto basado en aseguramiento y competencia regulada, ha generado una serie de efectos colaterales que impactan profundamente el funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado (ESE), especialmente en el primer nivel de atención.[1]

El primer nivel, encargado de brindar atención primaria en salud, enfrenta grandes desafíos: restricciones presupuestales, limitaciones tecnológicas, alta demanda poblacional, corrupción estructural, y complejidades administrativas que se multiplican en contextos sociales vulnerables. En este escenario, las ESE de primer nivel, muchas ubicadas en zonas rurales y periféricas, operan en condiciones de fragilidad financiera y de gestión, siendo fundamentales para garantizar el derecho a la salud de comunidades históricamente excluidas.[2]

La gerencia de estas organizaciones, por tanto, no puede abordarse desde modelos lineales tradicionales. Requiere una comprensión que integre la lógica de los sistemas complejos, reconociendo la multiplicidad de actores, relaciones e incertidumbres que definen sus dinámicas. Este enfoque permite reconocer a las ESE no como estructuras rígidas, sino como sistemas vivos que se autoorganizan, adaptan y evolucionan dentro de entornos cambiantes y frecuentemente adversos.[3]

En esa línea, esta investigación se sustenta en una tesis doctoral que adoptó como base teórica los postulados de Ilya Prigogine sobre los sistemas complejos, combinados con el enfoque fenomenológico hermenéutico de Martin Heidegger para interpretar el significado de las experiencias gerenciales en el contexto hospitalario del departamento de Boyacá, Colombia.[4,5] El estudio aporta hallazgos empíricos relevantes que evidencian tanto los retos como las oportunidades presentes en la gestión administrativa de las ESE, desde una visión que prioriza lo relacional, lo adaptativo y lo dialógico.

Este capítulo tiene como propósito traducir esos hallazgos en herramientas prácticas de gestión para la toma de decisiones y la mejora continua, orientadas a fortalecer la sostenibilidad de las ESE. Se parte de la convicción de que una gerencia centrada en la complejidad no solo mejora los indicadores administrativos, sino que también contribuye a garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud.

La estructura de este capítulo incluye una contextualización teórica de la gerencia en salud desde el paradigma de la complejidad, la exposición de herramientas y modelos aplicables al entorno real de las ESE, el análisis de un caso práctico del departamento de Boyacá y una sección final de conclusiones. Todo el contenido está respaldado por datos y evidencia cualitativa obtenida en campo, permitiendo que el lector no solo comprenda los desafíos de la gerencia en

salud pública, sino que también acceda a propuestas concretas de innovación institucional en entornos complejos.

DESARROLLO

Marco conceptual de la gerencia en salud

La gerencia en salud puede entenderse como el conjunto de procesos estratégicos, organizativos y operativos orientados a garantizar que los servicios de salud se presten de manera eficiente, equitativa, oportuna y con calidad.[6] Este campo abarca tanto la gestión de recursos humanos, financieros y tecnológicos como la articulación institucional con los sistemas normativos y las expectativas sociales en torno al derecho a la salud.[7]

En su evolución histórica, los enfoques gerenciales en el sector salud han transitado desde modelos mecanicistas y jerárquicos, propios de la administración científica de Taylor y el enfoque burocrático de Weber, hacia modelos más integradores, centrados en el usuario, en el liderazgo transformacional, la innovación organizacional y la sostenibilidad social.[8] Las primeras aproximaciones concebían a la organización de salud como una fábrica de servicios, donde el control, la estandarización y la eficiencia eran los pilares. Hoy, sin embargo, se reconoce que los sistemas de salud operan en entornos altamente dinámicos, con múltiples actores, intereses y variables interdependientes, lo que obliga a replantear los paradigmas tradicionales.

En el contexto colombiano, particularmente en las Empresas Sociales del Estado (ESE), la gerencia no puede ser reducida a una función técnico-administrativa. Es también una función política y social, que implica decisiones en contextos de poder, desigualdad, expectativas ciudadanas y exigencias normativas. El gerente en salud pública debe responder a lógicas múltiples: garantizar resultados en salud, cumplir metas financieras, satisfacer a los usuarios y armonizar con políticas públicas que muchas veces son inestables o contradictorias.

Desde esta perspectiva, la gerencia en salud requiere competencias que trascienden el dominio técnico. Involucra habilidades de liderazgo, negociación, lectura contextual, inteligencia emocional y visión estratégica, lo cual demanda modelos de formación más integrales, así como estructuras organizacionales más flexibles y participativas.

Enfoque desde los sistemas complejos

La teoría de sistemas complejos ofrece un marco conceptual más adecuado para comprender la naturaleza dinámica y multidimensional del sistema de salud. Este paradigma reconoce que los fenómenos sociales —como la prestación de servicios de salud— no pueden ser explicados completamente desde modelos lineales, predictivos o deterministas. Por el contrario, estos sistemas presentan propiedades como la autoorganización, la no-linealidad, la emergencia, la adaptabilidad y el comportamiento caótico ordenado, conocido como caórdico.[9]

Aplicado a las organizaciones del sector salud, este enfoque permite entender a las ESE como sistemas vivos que evolucionan constantemente en respuesta a los cambios del entorno. Su funcionamiento no es el resultado de decisiones centralizadas, sino de múltiples interacciones entre actores internos y externos, cuyas decisiones, percepciones, emociones y valores influyen en los resultados organizacionales. De este modo, la toma de decisiones no puede basarse solo en modelos de causa-efecto, sino que requiere reconocer patrones, redes de relaciones y procesos emergentes.[10]

Ilya Prigogine, uno de los principales teóricos de la complejidad, introdujo el concepto de

estructuras disipativas, es decir, sistemas abiertos que se alejan del equilibrio para adaptarse y evolucionar en contextos de alta incertidumbre.[11] Las ESE, especialmente en territorios con alta vulnerabilidad social como Boyacá, operan bajo estas condiciones: presupuestos inestables, conflictos entre actores, cambios normativos frecuentes, demandas sociales variables. Por tanto, el enfoque caórdico —una mezcla de caos y orden— se convierte en una herramienta interpretativa poderosa para explicar por qué estas entidades, a pesar de sus limitaciones, logran sobrevivir, reorganizarse y, en muchos casos, innovar desde la adversidad.

Este enfoque no solo describe la realidad de las organizaciones de salud, sino que orienta la acción gerencial hacia nuevas formas de liderazgo. Se valora más la capacidad de construir sentido colectivo, fomentar la colaboración, gestionar tensiones y adaptarse a lo inesperado, que el simple cumplimiento de indicadores estáticos o manuales de procedimientos. En palabras de Prigogine, el futuro no está escrito: las organizaciones tienen la posibilidad de autoconstruirse en función de sus decisiones relacionales y adaptativas.[11]

Por lo anterior, aplicar los principios de la complejidad en salud implica repensar la gerencia como un arte de navegar entre el orden y el caos, donde la flexibilidad, la inteligencia colectiva y la capacidad de aprendizaje continuo son condiciones esenciales para la sostenibilidad institucional.

Fenomenología hermenéutica de Heidegger aplicada a la gerencia en salud

La elección de la fenomenología hermenéutica como enfoque metodológico responde a la necesidad de comprender no solo los hechos administrativos objetivos, sino el significado que estos tienen para quienes los experimentan desde su praxis cotidiana. Esta perspectiva permite explorar las vivencias, percepciones y sentidos construidos por los actores involucrados en la gerencia de las ESE, reconociendo que la realidad no se agota en sus dimensiones cuantificables, sino que se constituye desde la experiencia vivida.[12]

Martin Heidegger, en su obra Ser y tiempo, propuso una ontología del "ser-en-el-mundo" (Dasein) que entiende al ser humano como un ente situado, interpretativo y comprometido con su entorno. Desde esta visión, el gerente de una ESE no es un sujeto aislado que aplica técnicas administrativas neutras, sino un ser que existe en un contexto cargado de sentido, afectado por tensiones sociales, limitaciones estructurales y exigencias éticas. Su experiencia de gestionar salud pública no puede ser desvinculada del mundo que habita, ni de los otros con quienes interactúa.[4]

Este enfoque permite entender que las decisiones gerenciales no emergen únicamente de un cálculo racional, sino de procesos de interpretación, intuición, diálogo interno y afectividad. En el caso de las ESE en Boyacá, los testimonios recogidos muestran que los gerentes enfrentan constantemente dilemas éticos, presiones políticas, tensiones presupuestales y responsabilidades emocionales ligadas al cuidado de la vida humana. Estos elementos no son meros "ruidos" en la gestión, sino componentes esenciales del ser-en-la-gerencia.

Desde una perspectiva holística, el gerente es visto como un sujeto complejo, influido por su historia personal, sus valores, sus vínculos con la comunidad y su forma de comprender la institución que lidera. Esta visión reconoce la gerencia como una práctica situada, contingente y profundamente humana, donde los conceptos de liderazgo, poder, responsabilidad y sensibilidad social adquieren una dimensión existencial.

Así, la fenomenología hermenéutica se convierte en un puente para entender no solo qué hacen los gerentes, sino cómo lo viven, cómo lo significan, y cómo estas comprensiones afectan sus prácticas cotidianas y la evolución de sus organizaciones. Esta metodología permite una lectura más auténtica de las dinámicas de poder, de los conflictos internos, de los aprendizajes emergentes y del sentido de propósito que mueve a quienes lideran en contextos de alta incertidumbre.

Contexto del sistema de salud colombiano

El sistema de salud colombiano ha pasado por transformaciones profundas desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, la cual instauró el modelo de aseguramiento como eje articulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este modelo se basó en la competencia regulada entre entidades promotoras de salud (EPS) y el pago por servicios a instituciones prestadoras (IPS), entre las que se encuentran las ESE.[2]

La Ley 100 marcó un punto de inflexión al introducir una lógica de mercado en un campo tradicionalmente gestionado por el Estado. Si bien el objetivo era ampliar la cobertura y mejorar la eficiencia, los resultados han sido ambivalentes. Por un lado, se logró una alta tasa de afiliación poblacional; por otro, se acentuaron las desigualdades en el acceso, la calidad y la oportunidad del servicio. Además, el modelo incentivó una fragmentación del sistema, con múltiples intermediarios y cargas administrativas que complejizaron la gestión institucional.[13]

Dentro de este sistema, las Empresas Sociales del Estado (ESE) desempeñan un rol crucial en el primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales y semiurbanas. Estas entidades tienen la responsabilidad de garantizar servicios de salud básicos bajo condiciones de alta vulnerabilidad social, recursos limitados y demandas comunitarias crecientes. En este nivel, la atención primaria en salud no solo debe ser resolutiva, sino culturalmente pertinente, continua y centrada en la comunidad.[14]

El estudio realizado en el departamento de Boyacá evidenció particularidades que hacen del contexto un laboratorio vivo para la gerencia en salud desde la complejidad. Las ESE de este departamento operan en entornos con limitaciones presupuestales, infraestructura deteriorada, dificultades en la contratación del talento humano y escasa autonomía financiera.

Convergencia de enfoques: complejidad y fenomenología en la gerencia en salud

La gestión de las organizaciones de salud, particularmente en contextos tan variables e inciertos como el colombiano, requiere una articulación de enfoques que trascienda los marcos teóricos convencionales. En este sentido, la integración del pensamiento complejo con la fenomenología hermenéutica representa una innovación epistemológica y metodológica que permite comprender y transformar la práctica gerencial desde una mirada más profunda, relacional y situada.

La teoría de los sistemas complejos, desde la visión de Prigogine, aporta las bases para entender las ESE como sistemas dinámicos y abiertos, en constante transformación, que no pueden ser reducidos a componentes independientes o controlados mediante mecanismos rígidos de planificación.[11] Esta visión rompe con la lógica determinista y apuesta por una comprensión del cambio institucional como un proceso emergente, producto de múltiples interacciones y relaciones que se autoorganizan en torno a tensiones internas y externas.

Por su parte, la fenomenología hermenéutica —fundamentada en Heidegger— permite acceder

al significado que los actores atribuyen a su experiencia de gestión. En lugar de centrarse únicamente en resultados cuantificables o procedimientos estandarizados, este enfoque indaga en cómo los gerentes *viven* y *comprenden* su rol, sus dilemas éticos, sus relaciones con el entorno y su proyección personal dentro de la organización. El concepto de *ser-en-el-mundo* se traduce, en este contexto, en *ser-en-la-institución*, *ser-con-otros* y *ser-para-la-comunidad*, dotando a la gerencia de una dimensión existencial muchas veces invisibilizada en la literatura técnica.[4]

La convergencia entre ambos enfoques —complejidad y fenomenología— permite una gerencia centrada tanto en la red de relaciones institucionales como en la subjetividad del gestor. Desde esta doble mirada, el gerente no es solo un decisor racional, sino un intérprete de realidades cambiantes, un mediador de conflictos, un actor que construye sentido en entornos caórdicos. Este paradigma combinado reconoce que las soluciones no se imponen desde arriba ni se derivan de manuales, sino que emergen del diálogo, la interpretación situada y el aprendizaje continuo a través de la experiencia.

Comparado con los modelos tradicionales de administración —basados en la eficiencia operativa, el control jerárquico y la previsibilidad— este enfoque revela sus limitaciones. En contextos complejos como el sistema de salud colombiano, los modelos mecanicistas tienden a fracasar debido a su incapacidad para adaptarse a lo emergente, a la diversidad cultural, a la presión social y a la incertidumbre institucional. Si bien los sistemas de control y planificación son necesarios, se vuelven insuficientes cuando se enfrentan a la volatilidad política, la inequidad territorial, los dilemas éticos en la toma de decisiones clínicas, y la falta de recursos estables.[12]

Un enfoque mecanicista, centrado exclusivamente en indicadores de rendimiento, puede llevar a una sobrecarga burocrática, al deterioro del clima organizacional y al desgaste moral de los equipos. Este modelo también reduce la capacidad de los gerentes para innovar, experimentar o reaccionar de forma creativa ante eventos inesperados. En contraste, el enfoque combinado que aquí se propone —complejidad + fenomenología— no busca prescribir recetas universales, sino generar condiciones para la reflexión, la adaptabilidad institucional y la construcción colectiva del sentido de la gestión.

En síntesis, la convergencia entre complejidad y fenomenología habilita un nuevo modo de pensar la gerencia: no como un sistema cerrado de decisiones técnicas, sino como un campo relacional, ético y evolutivo, donde la incertidumbre no es un obstáculo sino una oportunidad para el aprendizaje, la innovación y la transformación organizacional.

Herramientas prácticas, modelos e indicadores para la gerencia en salud desde un enfoque de complejidad

El tránsito del plano teórico al ámbito práctico en la gestión de las ESE, especialmente en el primer nivel de atención, exige el diseño de herramientas que respondan a las condiciones reales de funcionamiento institucional. Desde la perspectiva de los sistemas complejos y la fenomenología hermenéutica, estas herramientas deben superar la visión exclusivamente técnica de la gestión y abrirse a una comprensión más profunda y contextualizada, que reconozca la interacción constante entre factores estructurales, subjetivos y relacionales.

El estudio realizado en Boyacá permitió identificar que la gestión de las ESE no se ajusta fácilmente a los modelos clásicos de administración por objetivos. La incertidumbre estructural,

la multiplicidad de actores, las tensiones presupuestales y las exigencias éticas del servicio público de salud obligan a adoptar enfoques flexibles, adaptativos y abiertos al aprendizaje. En ese marco, se propone un modelo de gestión caórdica que refleja el equilibrio dinámico entre el orden institucional y el caos propio de los contextos sociales vulnerables. Este modelo, que se expone en la Figura 1, articula elementos clave como el liderazgo adaptativo, la autoorganización de equipos, la toma de decisiones participativa, la evaluación emergente de resultados, el aprendizaje organizacional continuo y el diálogo activo con los actores comunitarios. En el centro del modelo se ubica el propósito organizacional compartido, entendido como el eje rector que da sentido y dirección a las acciones institucionales.

Figura 11.1. Modelo caórdico de gestión para ESE del primer nivel

Complementario a este modelo, se propone un conjunto de indicadores híbridos que combinan dimensiones cuantitativas y cualitativas. Esta propuesta surge de la necesidad de evaluar no solo el cumplimiento de metas numéricas, sino también la calidad de las relaciones, la percepción de los usuarios, el clima organizacional y la legitimidad de las decisiones gerenciales.

Como se presenta en la tabla 11.1, estos indicadores están organizados por dimensiones clave de la gestión institucional, tales como el acceso, la eficiencia, el capital humano, la gobernanza institucional y la innovación en los procesos administrativos. Por ejemplo, en la dimensión de acceso, junto al tradicional porcentaje de consultas atendidas respecto a las programadas, se propone recoger el nivel de satisfacción de la comunidad sobre la oportunidad en la atención. En el campo de la eficiencia, se complementa el análisis de la ejecución presupuestal con la percepción del personal sobre la transparencia en el uso de los recursos. Así, cada indicador numérico encuentra su correlato en un indicador interpretativo que aporta una visión más completa de la realidad institucional.

Tabla 11.1. Ejemplos de indicadores híbridos para ESE en el primer nivel

Dimensión	Indicador Cuantitativo	Indicador Interpretativo
Acceso	% de consultas atendidas vs. programadas	Satisfacción comunitaria sobre oportunidad
Eficiencia	% de ejecución presupuestal anual	Percepción de transparencia del uso de recursos
Capital humano	Tasa de rotación del personal	Clima organizacional percibido
Gobernanza institucional	Nº de reuniones de junta directiva efectivas	Intervención de líderes comunitarios
Innovación en gestión	Nº de procesos administrativos reestructurados	Grado de apropiación del cambio organizacional

Además de estos instrumentos, se identificaron como valiosas tres herramientas participativas que fortalecen el proceso de evaluación y mejora continua. En primer lugar, los mapas de actores dinámicos, que permiten identificar y actualizar las relaciones de poder, cooperación o conflicto entre los diversos agentes que intervienen en la prestación de servicios de salud. En segundo lugar, los diarios de campo institucionales, donde el personal administrativo puede registrar hallazgos, dificultades, buenas prácticas y alertas emergentes. Dicho esto, se proponen las ruedas de diálogo deliberativo, espacios semestrales de encuentro entre personal clínico, administrativo y representantes comunitarios, con el fin de analizar colectivamente los desafíos y proponer ajustes organizacionales. Estas herramientas no solo mejoran la calidad de la gestión interna, sino que también fortalecen la legitimidad social de las ESE al promover la participación, el reconocimiento del saber local y la construcción conjunta de soluciones.

Las herramientas aquí propuestas buscan orientar la acción gerencial en contextos complejos, promoviendo una mirada integradora que articule los datos duros con las experiencias vividas, la planificación institucional con la adaptabilidad contextual, y el control administrativo con el compromiso ético. En lugar de imponer nuevas cargas burocráticas, se trata de generar capacidades para la lectura crítica del entorno, la toma de decisiones informada y la innovación organizacional continua.

Caso aplicado: Gerencia compleja en ESE de primer nivel en Boyacá, Colombia

El departamento de Boyacá, localizado en la región andina de Colombia, presenta una configuración territorial y social diversa que impone desafíos particulares a la gestión del primer nivel de atención en salud. En este territorio, las ESE se enfrentan a múltiples tensiones: geográficas, presupuestales, culturales, institucionales y normativas. La investigación doctoral en la que se fundamenta este capítulo tomó como caso de estudio a varias ESE de primer nivel del departamento, con el fin de comprender cómo se ejerce la gerencia en contextos marcados por la complejidad, la incertidumbre estructural y la fragmentación del sistema de salud.

Uno de los principales hallazgos es que la gerencia en las ESE boyacenses no se configura desde la aplicación de un modelo único o técnico, sino como una práctica adaptativa, situada y profundamente relacional. Los gerentes entrevistados describen su experiencia como una constante negociación entre las exigencias normativas del sistema, las condiciones reales del territorio y las expectativas sociales de las comunidades. Esta realidad obliga a los líderes institucionales a operar simultáneamente en múltiples planos: administrativo, político, comunitario, clínico y ético. Tal multiplicidad se alinea con los principios de los sistemas complejos, donde las decisiones no se derivan de una lógica lineal, sino de la interacción

continua entre variables interdependientes, muchas veces impredecibles.

En el análisis fenomenológico-hermenéutico emergieron categorías significativas como el "ser estratégico en medio del caos", el "gestor como puente entre mundos" y el "liderazgo silencioso". Estas categorías reflejan cómo el sujeto gerente construye sentido de su función no solo desde el cumplimiento de metas operativas, sino desde el compromiso con el territorio, la dignidad de los usuarios y la sostenibilidad ética del sistema. La gestión se convierte, en este contexto, en un acto de interpretación constante, donde cada decisión implica un análisis de consecuencias, valores y legitimidad. Así, el gerente no actúa como ejecutor de manuales administrativos, sino como intérprete de realidades múltiples y en transformación permanente.

Desde una perspectiva institucional, el estudio evidenció que muchas de las ESE de primer nivel operan con presupuestos deficitarios, infraestructura limitada y carencia de recursos humanos especializados. Sin embargo, también se observaron prácticas innovadoras no documentadas en las rutas oficiales, tales como alianzas informales con líderes comunitarios, reorganización funcional del personal en función de la demanda y adaptación de procesos administrativos mediante soluciones digitales básicas, como hojas de cálculo o mensajería instantánea. Estas prácticas no surgen de la implementación de modelos importados, sino del aprendizaje situado y la creatividad institucional ante la precariedad.

Un aspecto fundamental fue el papel de la comunidad. En Boyacá, las ESE funcionan como estructuras sociales centrales en territorios donde el Estado tiene poca presencia. La población no solo demanda atención médica, sino escucha, acompañamiento y presencia institucional. Esto convierte a los gerentes en figuras visibles y muchas veces juzgadas por su capacidad de respuesta humana más que técnica. Este rol expone a los líderes a altos niveles de presión, pero también les brinda la posibilidad de consolidar confianza social, lo que se convierte en capital organizacional intangible. Como consecuencia, las decisiones gerenciales deben considerar no solo la eficiencia, sino también la sostenibilidad del vínculo con la comunidad.

El análisis del caso permitió identificar también limitaciones estructurales impuestas por el modelo de aseguramiento, como la intermediación de recursos financieros por parte de las EPS, los retrasos en pagos, la sobrecarga de trámites para la facturación y la escasa autonomía administrativa real. A pesar de estas barreras, los gerentes desarrollan mecanismos de contención y adaptabilidad que les permiten mantener la operación básica, aunque con alta exposición al desgaste profesional y emocional. El perfil del gerente exitoso en este contexto no se define por su conocimiento técnico exclusivamente, sino por su capacidad para leer el contexto, liderar desde la escucha, y gestionar lo imprevisible con integridad y visión de largo plazo.

CONCLUSIONES

El propósito de este capítulo ha sido ofrecer una mirada práctica y situada sobre la gerencia de las ESE en el primer nivel de atención en Colombia, tomando como base un enfoque desde los sistemas complejos y la fenomenología hermenéutica. A partir del estudio de caso realizado en Boyacá y los marcos teóricos seleccionados, se ha evidenciado que la gestión en salud pública no puede reducirse a la ejecución técnica de procedimientos, sino que debe comprenderse como una práctica profundamente relacional, adaptativa y cargada de sentido. La figura del gerente emerge no solo como administrador de recursos, sino como agente ético, intérprete del entorno y articulador de dinámicas institucionales, comunitarias y políticas.

Este análisis ha permitido identificar herramientas y modelos concretos que pueden ser

utilizados por los gestores del primer nivel, especialmente en contextos donde predominan la incertidumbre, la precariedad estructural y la complejidad social. El modelo de gestión caórdica, los indicadores híbridos y las herramientas participativas propuestas constituyen un aporte para la toma de decisiones más contextualizadas, inclusivas y sostenibles. Estos instrumentos buscan fortalecer la capacidad institucional de las ESE, no desde la rigidez normativa, sino desde la inteligencia colectiva y la apertura a procesos emergentes de innovación local. De igual forma, el caso de Boyacá muestra que, a pesar de las limitaciones presupuestales y estructurales, es posible sostener prácticas gerenciales significativas cuando se trabaja con propósito, comprensión del territorio y liderazgo reflexivo.

Este capítulo contribuye al debate sobre la administración e innovación en salud en el siglo XXI, proponiendo una perspectiva alternativa que desafía los enfoques lineales y promueve un paradigma de gestión sensible a la realidad de los sistemas públicos de salud. En un contexto nacional donde las ESE enfrentan crecientes desafíos financieros, normativos y sociales, se hace indispensable avanzar hacia formas de gerencia que reconozcan la complejidad del entorno, valoren la experiencia vivida de sus actores y favorezcan la construcción de instituciones públicas más resilientes, justas y cercanas a las comunidades que atienden.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro A. La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e56. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e56/es/

2. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53(Suppl 2):144–55. https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es

3. Morin E. El método. Vol. 1: La naturaleza de la naturaleza. 1.a ed. Madrid: Cátedra; 1996.

4. Heidegger M. Ser y tiempo. 3.a ed. Santiago: Ediciones Universitarias; 2010.

5. Manrique Abril F. Calidad del cuidado por niveles de atención y características demográficas de los usuarios en los hospitales de Boyacá y Bogotá, Colombia [tesis]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2022. http://dx.doi.org/10.6035/14103.2022.243872

6. Molina BG. Organización y gestión de la sanidad andaluza en el marco del sistema nacional de salud. Atención primaria y atención especializada; fortalecimiento de la gestión clínica; avances en la gestión de la salud pública; participación de grupos de interés; innovación en salud. Rev Derecho Segur Soc. 2022;(4):231–78. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8733016

7. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7.a ed. México: McGraw-Hill; 2009.

8. Drucker PF. La gerencia en la sociedad futura. Barcelona: Ediciones Granica; 2001.

9. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1990.

10. Capra F. La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama; 1998.

11. Prigogine I, Stengers I. La nueva alianza: metamorfosis de la ciencia. Madrid: Alianza Editorial; 1997.

12. Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2003.

13. Yepes F, Ramírez J. Reformas en salud en Colombia: balance, tensiones y desafíos. Rev Salud Publica (Bogota). 2014;16(6):866–76.

14. Organización Panamericana de la Salud. La atención primaria de salud en las Américas: 40 años de historia. Washington (DC): OPS; 2018.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Ricardo Elias Celis Parra.
Análisis formal: Ricardo Elias Celis Parra.
Investigación: Ricardo Elias Celis Parra.
Metodología: Ricardo Elias Celis Parra.
Redacción – borrador original: Ricardo Elias Celis Parra.
Redacción – revisión y edición: Ricardo Elias Celis Parra.