

Gestión de la Atención Primaria de la Salud en un contexto de mercado: análisis de caso en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2008-2011*

Management of Primary Health Care in a market context: Case Analysis in a public hospital in Bogota-Colombia, 2008 - 2011

Management of Primary Health Care in a market context: Case Analysis in a public hospital in Bogota-Colombia: 2008 - 2011

Gabriel J. Otálvaro-Castro¹; Sandra M. Zuluaga-Salazar²; Daniel Blanco-Santamaría³; Luis F. Restrepo-Pérez⁴.

¹ PhD (c) en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gjotalvaro@gmail.com

² Mg (c) Investigación en problemas sociales contemporáneos. Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: sazula7@yahoo.com

³ Especialista en Administración en Salud, Médico. Hospital de Usaquén, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: diblancos@unal.edu.co

⁴ Mg en desarrollo educativo y social. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: luisferpo@yahoo.com.ar

Recibido: 06 de abril de 2015. Aprobado: 07 de abril de 2016. Publicado: 03 de septiembre de 2016.

Otálvaro-Castro GJ, Zuluaga-Salazar SM, Blanco-Santamaría D, Restrepo-Pérez LF. Gestión de la Atención Primaria de la Salud en un contexto de mercado: análisis de caso en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2008-2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(3): 316-329. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a06.

Resumen

La política de salud de Bogotá (2004-2011) se orientó hacia la materialización del derecho a la salud a partir de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, lo cual se realizó en abierta controversia con la política nacional basada en mecanismos de focalización y aseguramiento. Algunos de los hospitales públicos de la ciudad emprendieron procesos de transformación institucional para adoptar la nueva política sectorial. Con la intención de evidenciar la experiencia concreta de uno de estos hospitales se realizó un estudio de caso para reconocer los procesos involucrados en la gestión del modelo de Atención Primaria en Salud del Hospital del Sur en Bogotá entre los años 2008-2011, identificando aquellos

factores que lo viabilizaron, así como los obstáculos, tensiones y contradicciones que se presentaron. Es así como se realizó una revisión documental, construcción de relatos y entrevistas semi-estructuradas con actores clave. Se describe el proceso de construcción del modelo, los dispositivos que facilitaron su desarrollo y las contradicciones emergentes en el intento de transformar la gestión de un hospital público desde una perspectiva del derecho a la salud.

-----*Palabras clave:* Gestión de salud, atención primaria de salud, derecho a la salud, hospitales públicos, modelos de atención, Colombia

* Artículo derivado de la "Sistematización de la experiencia de gestión del modelo de atención en el Hospital del Sur 2008-2011", realizado entre junio de 2011 y junio de 2012. Realizado con recursos propios de los investigadores. Todos los autores hicieron parte de la institución en el periodo 2008-2011, y tuvieron cargos directivos y/o de liderazgo sobre procesos institucionales. El análisis y reflexiones producto de este estudio comprometen exclusivamente a los autores y no son una postura institucional del Hospital del Sur ESE

Abstract

The health policy of Bogotá (2004 – 2011) proposed a management which aimed to guarantee the right to health through a primary health care strategy. This policy was implemented under open controversy with the national policy, which was based on assurance and focalization mechanisms. Some public hospitals of Bogotá underwent institutional transformation processes in order to adopt the new sectoral policy. A case study was thus conducted to show the particular experience of one of these hospitals. This project made it possible to identify the processes involved in the management of the Primary Health Care Model of the Hospital del Sur

Hospital in Bogotá between 2008 and 2011. The study showed the factors that made it feasible as well as the hindrances, tensions and contradictions that arose during the process. The methodology included a literature review, the creation of narratives and semi-structured interviews with key actors. This paper describes the model's construction process, the devices that facilitated its development and the contradictions that emerged during the attempt to transform the management of a public hospital from the perspective of the right to health.

-----*Key Words:* Health management, primary health care, right to health, public hospitals, health care models, Colombia.

Resumo

A política de saúde de Bogotá (2004 – 2011) se orientou visada na materialização do direito à saúde a partir da implementação da estratégia de Atenção Primária em Saúde, a qual se realizou em aberta controvérsia com a política nacional baseada em mecanismos de focalização e segurança. Alguns dos hospitais públicos da cidade empreenderam processos de transformação institucional para adotar a nova política setorial. Com a intenção de evidenciar a experiência concreta dum destes hospitais se realizou um estudo de caso para reconhecer os processos involucrados na gestão do modelo de Atenção Primária em Saúde do Hospital do Sul em Bogotá entre os anos 2008-2011,

identificando aqueles fatores que o viabilizaram, assim como os obstáculos, tensões e contradições que se apresentaram. Para isto se realizou uma revisão documental, a construção de relatos e entrevistas semiestruturadas com atores chave. Se descreve o processo de construção do modelo, os dispositivos que facilitaram o seu desenvolvimento e as contradições emergentes no intento de transformar a gestão dum hospital público desde uma perspectiva do direito à saúde.

-----*Palavras chave:* Gestão de saúde, atenção primária de saúde, direito à saúde, hospitais públicos, modelos de atenção, Colômbia

Introducción

La reforma del sistema de salud que se concretó con la Ley 100 de 1993, se inscribió en el marco de dos grandes procesos de cambio histórico, uno global y otro más particular. El primero referido a un movimiento de reforma estructural de los Estados, el segundo referido al desarrollo de una nueva Constitución Nacional, viabilizada como negociación política para enfrentar un agudo momento de crisis política y social [1]. La reforma acogió un conjunto de postulados y premisas [2, 3], reproducidas en ámbitos académicos e institucionales a nivel global. Lo que se agenció fue la legitimación de la atención en salud como bien de mercado, a ser realizada preferentemente en el ámbito privado y nuevo terreno de acumulación del capitalismo global [4].

El arreglo institucional producido con la reforma se caracterizó por [5]: a) la separación de funciones del sistema y la (re)definición de responsabilidades en la administración y el aseguramiento; b) la participación de actores públicos y privados en ambas funciones, compitiendo por la calidad y la eficiencia; c) el aseguramiento universal como base para garantizar la estabilidad de los flujos financieros; d) la clasificación, focalización y asignación de subsidios a los pobres,

como mecanismo de incorporación de estos al mercado; e) la transformación del principal mecanismo de financiación de las instituciones públicas, que pasan de recibir los recursos de forma directa (subsidio a la oferta), y compiten por los recursos con otros prestadores (subsidio a la demanda); f) la definición de contenidos de los servicios en paquetes de prestaciones, el establecimiento de su costo y precio de transacción para facilitar la negociación sobre lo rentable (cuyo principal instrumento es el establecimiento de la prima anual, en este caso la llamada unidad de pago por capitación - UPC); g) la definición de responsabilidades en la provisión de servicios, abierto tanto para públicos como para privados, situación que para los primeros implicó una reestructuración tendiente a flexibilizar la fuerza de trabajo y profundos cambios en los mecanismos de financiación institucional (especialmente para captar los recursos de las aseguradoras), y la autonomización de los prestadores públicos que significó la transformación de estas instituciones bajo la lógica empresarial y la conducción bajo los principios de la atención gerenciada [6].

Para las instituciones públicas la reforma pretendió su transformación para lograr su autofinanciación a través de la venta de servicios

y el elevamiento de los indicadores de eficiencia y productividad, que les permitieran participar en un mercado de alta competencia proyectado para la predominancia de los actores privados.

Para finales de la década del 90, la evaluación de la situación de los hospitales públicos del país se anunciaba como *crítica*, caracterizada por: el incremento en los gastos de personal, la reducción en los aportes del Estado, el incumplimiento en la asignación de recursos previstos en la ley 100 de 1993, la transición sin criterio de los recursos de la oferta a la demanda, el alto porcentaje de población desvinculada de la seguridad social a cargo de los hospitales, el bajo nivel de desarrollo administrativo de estos, los problemas de liquidez producto del alto porcentaje de cuentas por pagar, y la grave situación de déficit operacional que llevó a cientos de hospitales públicos al cierre de servicios, al incumplimiento en los pagos a proveedores y trabajadores y en muchos casos al cierre de las instituciones [7].

En Bogotá, en el marco de la implementación de la Ley 100 de 1993, el proceso de transformación de los hospitales públicos se llevó a cabo a partir de 1997 por medio de su conversión en entidades de naturaleza pública descentralizada, denominadas Empresas Sociales del Estado, las cuales se transformaron para disponer de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa [8]. Con este proceso se pretendió “adaptarlas al nuevo marco legal, mejorar su competitividad, elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios, obtener el equilibrio entre la rentabilidad social y financiera y garantizar la supervivencia en el mercado” [8].

En el inicio del año 2000, la situación particular de la red pública en Bogotá fue caracterizada de la siguiente manera [8]: la presencia de un desfase en el financiamiento hospitalario en medio de una relativa abundancia de recursos sectoriales; la alta dependencia de las Empresas Sociales del Estado de los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud*; el mantenimiento de una capacidad instalada ociosa especialmente en los niveles de baja complejidad; una débil capacidad de negociación de los hospitales ante las empresas administradoras de recursos del régimen subsidiado; el rápido crecimiento de los gastos de funcionamiento, especialmente los relacionados con la nómina, en medio de una reducción progresiva de los aportes nacionales; la continuidad de incentivos de financiamiento basados en históricos sin la exigencia de resultados, lo que desestimulaba la competitividad y la auto sostenibilidad.

Con el nuevo ordenamiento los hospitales de la ciudad transformaron de manera progresiva los mecanismos de contratación y pago, pasando de un modelo basado en un presupuesto histórico fijo, desarrollado mediante la transferencia directa de recursos, a uno que pretendió estimular la maximización y diversificación de servicios, basado en la facturación por actividad realizada —especialmente durante los años 1997 a 1999—, asunto que ocasionó el incremento en la contratación de servicios personales [8].

La transformación de los hospitales públicos en los niveles territoriales fue aplicada para facilitar el cambio de sentido respecto a la salud como bien público, en tanto derecho ciudadano de responsabilidad del Estado, para convertirlo como bien de mercado y de responsabilidad individual. Cambios que siguieron las prescripciones de la perspectiva de gerenciamiento que se impulsó como parte de la agenda de la reforma, basadas en la subordinación de las decisiones clínicas y sanitarias a la nueva racionalidad económico-administrativa [6].

Bogotá experimentó durante los años 2004-2011, en desarrollo de dos periodos consecutivos de gobierno, una reorientación de sus planes de gobierno y sus políticas de salud, que reivindicó la responsabilidad del Estado en la construcción de condiciones para la garantía de los derechos sociales y el ejercicio de la ciudadanía†.

Las políticas de salud de Bogotá en este periodo tuvieron como marco de referencia el derecho a la salud y apostaron al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud. Desarrollo no exento de contradicciones [9], que fue desplegado en un momento histórico donde este planteamiento no tuvo acogida ni respaldo político institucional a nivel nacional.

Solo hasta iniciado el año 2011, desde el nivel nacional se dio apertura al discurso de la Atención Primaria en Salud (APS) al haberla incorporado como estrategia en la reorganización del sistema de salud, a partir de una reforma a la ley del sistema de seguridad social en salud‡. Sin embargo, dicha normativa no fue reglamentada ni fueron asignados o reorientados recursos para su desarrollo desde la autoridad sanitaria nacional.

Con la APS en Bogotá, se buscó mejorar el estado de salud y reducir las inequidades, a través de estrategias para mejorar el acceso a la atención integral en salud, recuperar la centralidad de las personas en la atención, mejorar la continuidad y coordinación en la provisión de servicios, articular acciones individuales y colectivas, impulsar la acción intersectorial y la participación

* El ente estatal creado para la administración de los recursos públicos de la salud en Bogotá D.C.

† Se refiere a los periodos de gobierno y sus respectivos planes de desarrollo: 2004-2008 “Bogotá sin indiferencia, un compromiso contra la pobreza y la exclusión” y 2008 – 2012 “Bogotá positiva, para vivir mejor”

‡ Se refiere a la Ley 1438 de 2011, mediante la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud

comunitaria para la afectación de los procesos sociales determinantes de la salud [10, 11].

El desarrollo de la APS en la ciudad se realizó con una pretensión explícita de integralidad; se realizó a través de innovadores programas y estrategias[§] con apertura a la construcción intersectorial, con la que se lograron importantes coberturas, y resultados en la disminución de inequidades en salud [12], que la hicieron merecedora de reconocimientos nacionales e internacionales**. La dirección y orientación de las estrategias y de los programas de la política de salud fue realizada por la Secretaría Distrital de Salud, la cual constituyó la autoridad sanitaria en el territorio distrital.

La implementación de la política, sus programas y estrategias se realizó esencialmente a través de la contratación con 14 hospitales públicos de la ciudad con funciones de primer nivel de atención, que además de la provisión de servicios de asistencia individual de baja complejidad (urgencias, hospitalización de corta estancia, atención preventiva, resolutive, entrega de medicamentos y ayudas diagnósticas), fueron los encargados de la realización de acciones poblacionales preventivas y promocionales, de la gestión social de la salud y del desarrollo de la vigilancia epidemiológica y sanitaria en un territorio asignado.

De esta forma, la implementación de la política distrital estuvo mediada por los hospitales públicos; lo que definió en gran medida el alcance, la profundidad y los logros de la política de salud de la ciudad.

Desde los inicios de la implementación de la APS en la ciudad en 2004, los desarrollos fueron diferenciales en cada una de las 20 localidades de Bogotá, pues si bien se contó con un lineamiento general generado desde la Secretaría Distrital de Salud, cada hospital tuvo cierta autonomía para operar, determinada por su apropiación y perspectiva de la APS, por las especificidades socio-epidemiológicas del territorio de actuación, por las condiciones laborales, administrativas y presupuestales de cada institución, por el posicionamiento político y las capacidades técnicas de los equipos directivos y del talento humano de cada institución.

Bajo estas consideraciones, se realizó un análisis de caso, para reconocer los procesos involucrados en la gestión del modelo de atención del Hospital del Sur en Bogotá, una de las 14 instituciones de salud involucradas en la operacionalización de la política de salud basada en la APS que se desplegó durante este periodo en la ciudad; para identificar los factores que fueron viabilizadores,

así como los obstáculos y contradicciones presentadas, todo este proceso desde la perspectiva de un grupo de trabajadores que se vincularon con su desarrollo.

Con este análisis de una experiencia concreta se pretenden compartir reflexiones que aporten a la identificación de los retos que se imponen a la gestión de un hospital de primer nivel de atención que apuesta por la Atención Primaria de la Salud en el contexto de mercado estructurado por el sistema general de seguridad social en salud del país. Para comunicar reflexiones y aprendizajes derivados de sortear los retos de enfrentar el sistema de aseguramiento individual, de apostar por una gestión integradora de respuestas individuales y colectivas, en contextos territoriales, sociales y epidemiológicos de gran heterogeneidad; y finalmente del reto de desplegar iniciativas que requieren la construcción de acuerdos al interior de la institución, entre instancias directivas, técnicas y operativas para desarrollar una apuesta común de APS integral orientada a contribuir en la garantía del derecho a la salud.

Al compartir esta experiencia se espera aportar a un ejercicio de memoria colectiva que permita comprender las trayectorias, coyunturas y proyecciones de un hospital público, como una de las instituciones clave del sistema de salud. También, esta experiencia puede servir a otras instituciones que asumen el reto de transformar sus procesos, desde el compromiso de hacer de la salud un derecho humano y la APS integral una realidad; y también puede ofrecer insumos para aquellos trabajadores de la salud que asumen el desafío de gestionar el cambio desde sus propios espacios de trabajo, y dinamizar nuevos modos de gestionar instituciones hospitalarias comprometidas con la garantía del derecho a la salud.

Metodología

El estudio se enmarcó en el proceso institucional de la ESE Hospital del Sur, denominado Investigación y Gestión del conocimiento. Se conformó un grupo de trabajo para realizar un ejercicio descriptivo e interpretativo que permitiera identificar los principales aspectos de la gestión que estuvieron relacionados con los logros y las limitaciones de la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en esta Empresa Social del Estado. El ejercicio se extendió durante un año, entre el primer semestre de 2011 y el de 2012.

Se enmarcó como un proceso de investigación cualitativa, particularmente como una modalidad de

[§] El desarrollo de la APS se realizó a través de programas como Salud a su Casa (que vinculó 1.700.000 personas), Salud al Colegio (que vinculó 500.000 escolares y 400 centros educativos), Salud al Trabajo (con 35.000 trabajadores informales vinculados al programa), por mencionar algunos de los de mayor reconocimiento en la ciudad.

** Como los reconocimientos otorgados por: ONU – OEA (2009) Liderazgo en salud pública: reducción de mortalidad infantil. OPS (2010) reconocimiento por el trabajo con trabajadores informales y reducción del trabajo infantil. Fundación Restrepo Barco y otros (2010) por el mejoramiento de indicadores de salud infantil, nutrición y vacunación.

producción colectiva de conocimiento, surgida a partir de la reflexión sistemática y crítica de la práctica vivida, por actores inmersos en una experiencia social concreta. El trabajo se orientó desde referentes teórico-metodológicos de la sistematización de experiencias [13-16].

Las técnicas de generación de información utilizadas fueron la revisión documental, la construcción de relatos vivenciales, la entrevista individual y el grupo de discusión.

La revisión documental tuvo como propósito la identificación de discursos y orientaciones institucionales para la implementación del nuevo modelo de atención. Se incluyeron los documentos institucionales producidos en el periodo 2008-2011 que dieran cuenta del desarrollo de la estrategia, desde su plan de desarrollo institucional hasta los informes de gestión presentados a diferentes instancias distritales.

Se realizaron cuatro relatos de participantes del grupo conformado para la investigación. Los relatos eran libres y pretendían reconstruir la experiencia desde una perspectiva personal y vivencial de actores involucrados en el ejercicio de reorientación del modelo de atención institucional.

A partir de los relatos vivenciales, se realizaron sesiones grupales de discusión para construir una línea de tiempo única en la cual identificar actores clave, hitos y momentos del proceso de rediseño del modelo de atención institucional.

Además de lo anterior, se realizaron ocho entrevistas a actores clave de la institución, de ambos sexos. Se incluyó personal de nivel directivo y asistencial, unos vinculados a la planta de personal y otros bajo la modalidad de contratistas. Todos los entrevistados incluidos con criterio de permanencia en el desarrollo de la experiencia de reorientación del modelo de atención basado en la APS.

Se trianguló la información derivada de las diferentes técnicas a partir de la definición de seis categorías: contexto; momentos, hitos y actores; dispositivos viabilizadores; alcances y contradicciones de la gestión participativa, gestión intersectorial y reorganización institucional.

Resultados

El Hospital del Sur (HS), Empresa Social del Estado, es uno de los 22 hospitales públicos de la ciudad. Está categorizado como de primer nivel de atención, con un

territorio de referencia habitado por 1.250.000 personas, pertenecientes a dos localidades del suroccidente de la ciudad, las localidades de Puente Aranda y Kennedy. Para este periodo el Hospital estuvo conformado por 22 centros de atención, 2 de los cuales de atención de urgencias, 19 de consulta programada y 1 de atención especializada en salud mental para adultos.

El HS acogió la estrategia de APS a partir del 2006, siguiendo los planteamientos de la nueva política social y de salud instaurada en la ciudad a partir del año 2004^{††} [17], sin embargo esto se dio de modo intermitente, especialmente producto de los cambios en la dirección del hospital (en este lapso fue dirigido por 3 gerentes distintos).

La profundización de la estrategia de APS se dio a partir del año 2008, cuando se realizó una transformación del modelo de atención, proceso que incluyó la construcción del plan de desarrollo institucional para el periodo 2009-2011, la modificación de la plataforma estratégica (misión, visión, principios y valores institucionales^{‡‡}) y de sus diferentes procesos institucionales (Figura 1). Esto se realizó en el marco de un proceso participativo y de concertación, que vinculó a trabajadores de las diversas posiciones institucionales (asistenciales, administrativos y de la salud pública).

Este cambio significó un primer reposicionamiento de los procesos al interior de la institución, haciendo explícito el doble papel misional, por un lado, respecto a la prestación de servicios de salud y por otro respecto al rol en la gestión social de la salud. Significó además un segundo reposicionamiento, esta vez en la idea de que los asuntos clínico-epidemiológicos constituyen la base de las decisiones administrativas. Implicó una reubicación de asuntos otrora considerados de apoyo (como el proceso de desarrollo del talento humano) y el posicionamiento de otros asuntos previamente inexistentes en la organización institucional (como el proceso de investigación y gestión del conocimiento).

La nueva arquitectura institucional se estructuró especialmente en la articulación de tres procesos, la planeación de la salud en los territorios, la gestión social de la salud y la prestación de servicios de salud [18, 19]. Los cuales fueron definidos de la siguiente manera:

Planeación de la salud en los territorios

Se definió como el punto de partida del modelo, a través de la construcción participativa de planes de respuesta frente a las necesidades sociales de las poblaciones del

^{††} Plasmados en el Acuerdo N° 119 de junio de 2004, por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004-2008 “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”.

^{‡‡} La misión institucional fue definida de la siguiente manera: “somos un equipo interdisciplinario competente y comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Kennedy y Puente Aranda, mediante la implementación conjunta de acciones orientadas a dar respuesta a las necesidades en salud bajo un enfoque de Atención Primaria y un modelo de Gestión Social Integral”.

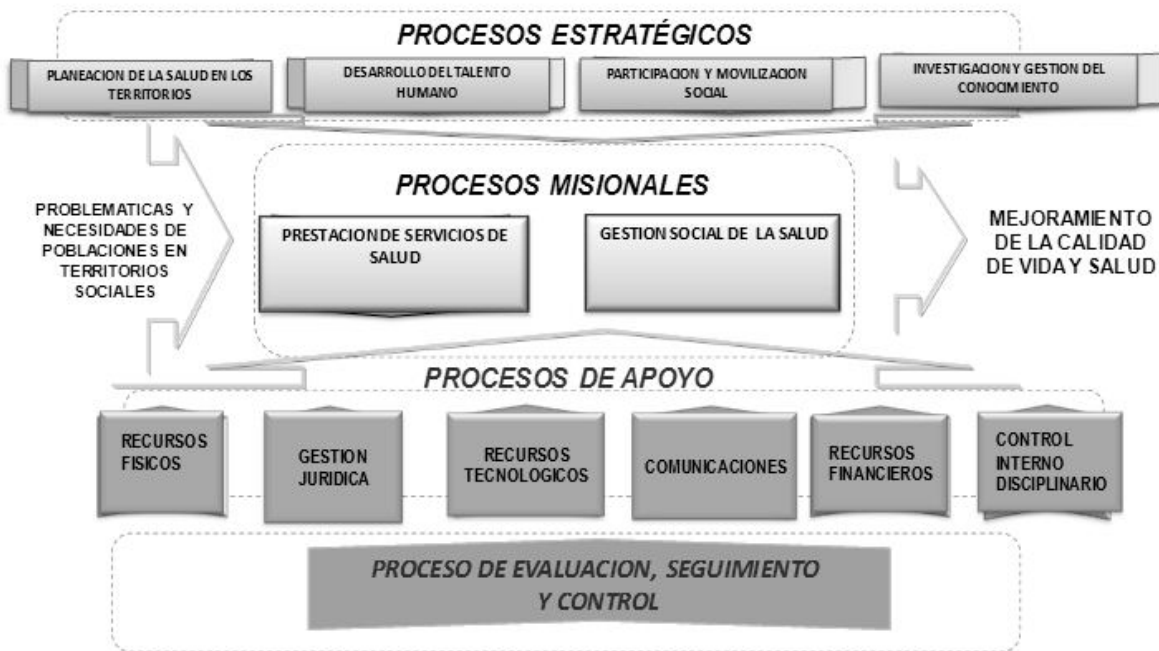


Figura 1. Mapa de procesos del Hospital del Sur para viabilizar la Atención Primaria en Salud

Fuente: Plan de Desarrollo Institucional, Hospital del Sur 2009 - 2012

territorio. Para este propósito se realizaron diagnósticos territoriales que permitieran acercarse comprensivamente al proceso de determinación social de las necesidades. Asimismo, se propuso la caracterización de la oferta y de las respuestas sociales existentes, con el propósito de identificar déficits y vacíos de respuesta, así como acumulados a partir de los cuales promover vínculos intersectoriales, interinstitucionales y potenciar los procesos de organización y participación social.

Gestión social de la salud

Componente que integró procesos y estrategias dirigidas a: incidir en procesos determinantes de la calidad de vida y salud; la construcción de alianzas con otros sectores y actores sociales; la construcción de agendas sociales; el fortalecimiento de redes sociales que promoviesen la movilización social; la generación de espacios de concertación de la política social y de salud con procesos y formas organizativas de la población en los territorios. Se propuso una gestión territorial en diferentes niveles: en los espacios comunitarios de base (núcleos de gestión, grupos gestores comunitarios, grupos gestores de comunidades educativas, organizaciones sociales); y en espacios locales, como el consejo de gobierno local, el consejo local de planeación, el consejo local de política social y el consejo local interinstitucional de participación.

Prestación de servicios de salud

Componente que integró procesos y acciones realizadas sobre individuos, familias y grupos dirigidas a la prestación de servicios de salud, que incluyeron la atención preventiva, resolutoria y de rehabilitación, con una intención de integralidad, calidad y humanización. Este se realizó a través de: programas integrales en salud; la especialización de centros de atención; el trabajo en red entre los centros y unidades de atención diferencial con otros centros de mayor complejidad; la auditoría interna de procesos asistenciales en cada centro; el mejoramiento de la infraestructura y la conectividad; la profundización de las estrategias de bienestar laboral; el fortalecimiento de la atención preventiva; el desarrollo de estrategias de orientación e información a los usuarios en cada centro de atención.

La modificación de la plataforma institucional, del mapa de procesos y la construcción del plan de acción institucional se planteó como un primer dispositivo para dinamizar la transformación institucional de cara a modificar el esquema de relacionamiento entre los trabajadores, de estos con la realidad y con los actores sociales del territorio, además, para resignificar la función del hospital, para ampliarla más allá de la atención clínica individual. Fue necesaria la apertura de múltiples espacios de discusión y toma de decisiones, en un proceso de diez meses de duración.

Esta transformación significó un primer momento de tensión entre la nueva propuesta y los discursos de las prácticas institucionales arraigadas en la visión gerencialista. Una visión caracterizada por la preponderancia en la orientación de los servicios hacia lo individual y curativo, una gestión de servicios desligada de las acciones colectivas y de los procesos organizativos existentes en el territorio; la subestimación del rol del hospital como actor de la salud pública; la desarticulación interna de las respuestas institucionales; una gestión institucional fragmentada por dependencias; la toma de decisiones vertical desde pequeños equipos del staff central administrativo; una planeación según lineamientos centralizados desligada del territorio; y el énfasis del discurso gerencial que privilegia la eficiencia económica por encima de cualquier otro criterio^{§§}.

A pesar de que el elemento que caracterizó la fase de planeación fue el diálogo y la participación de los trabajadores en sus diferentes posiciones (administrativos, asistenciales y de salud pública), emergieron conflictos, particularmente en torno al cambio en el discurso plasmado en la plataforma institucional (misión y visión) y la reubicación de procesos. Estos se manifestaron especialmente con los líderes de procesos administrativos y los profesionales especializados que lideraron la gestión en el hospital en periodos anteriores. Las tensiones tuvieron que ver con el cambio propuesto en la lógica de subordinar los procesos administrativos a los asistenciales, el énfasis en la reorientación de las respuestas a necesidades sociales en sentido amplio y no restringido exclusivamente a la oferta de servicios institucionales y los cambios que desplazaron antiguos liderazgos.

Se plantearon tres mecanismos para la construcción de identidad y el afrontamiento de los conflictos iniciales en torno al nuevo modelo de atención: uno que apeló a la razón teórica a través de procesos de formación a los trabajadores^{***}, otro que apeló a la razón práctica a partir de la dinamización de espacios colectivos de planeación, concertación y seguimiento (como los comités de gerencia, los comités territoriales y de programas y la creación de unidades y grupos funcionales para los

procesos institucionales); un tercero relacionado con la producción de flujos de gestión o dispositivos^{†††} [20], propuestos como nuevos mecanismos para dinamizar la transformación de las acciones cotidianas, que buscaron ser vinculantes de los trabajadores y servir de reguladores de las relaciones entre los trabajadores.

Se identificaron tres grandes hitos por parte de los actores de la experiencia, dos de los cuales constituyen momentos de crisis o de agudización de conflictos. El primero de ellos relacionado con una crisis en la gobernabilidad al interior de los equipos de trabajo encargados de las acciones de salud pública, producto del cambio en los roles que introdujo la nueva organización y que provocó la sustitución del grupo que lideraba dichos procesos. El segundo hito estuvo relacionado con la agudización de un conflicto entre las posturas teóricas y propuestas metodológicas entre los directivos, situación que desencadenó una polarización entre los equipos de trabajo de los diferentes procesos institucionales. El tercer hito lo constituyó el momento de partida anticipada del gerente del HS, que 8 meses antes de culminar su periodo de gestión, fue nombrado Secretario de Salud de la ciudad. Los momentos, hitos y dispositivos que reconocen los actores se sintetizan en la Figura 2.

La gestión del nuevo modelo de atención se sustentó en espacios colectivos de planeación, concertación y monitoreo. Para este proceso se planteó una organización funcional [21, 22], con un doble propósito, por un lado para facilitar la integración de las dependencias en torno a objetivos comunes y por otro como el motor del nuevo mapa de procesos institucionales. Esta nueva organización funcional se fundamentó en dos instancias: las unidades y los grupos funcionales.

Las unidades funcionales se definieron como la agrupación territorial de los centros de atención en donde se desarrollan actividades o procesos mutuamente relacionados para satisfacer las necesidades de salud del individuo, las familias y las comunidades. Se propuso que el extenso y heterogéneo territorio geográfico de referencia del Hospital (que abarcaba dos localidades de la ciudad, con una población estimada de 1,25 millones de personas), fuese gestionado de manera territorial y no

^{§§} Aspectos planteados en la caracterización producida como parte del momento de problematización, realizados entre octubre de 2008 y enero de 2009, en el marco de la construcción del plan de desarrollo institucional 2009-2012. Hospital del Sur, relatorías de la construcción del plan de desarrollo y el plan de acción institucional, 2008.

^{***} Especialmente se destaca la realización de un curso presencial de actualización en salud pública y atención primaria en salud, dirigido al equipo directivo, ampliado a líderes de procesos clave, realizado por la Universidad Nacional al inicio del periodo de gestión en el año 2008. Y los espacios de formación abiertos a propósito de la dinamización del creado proceso de investigación y gestión del conocimiento, que se sostuvo de manera ininterrumpida a lo largo del periodo 2009-2011.

^{†††} Según De Sousa Campos, un dispositivo es entendido un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical. Los dispositivos son combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional, o para reforzar o alterar valores [20].

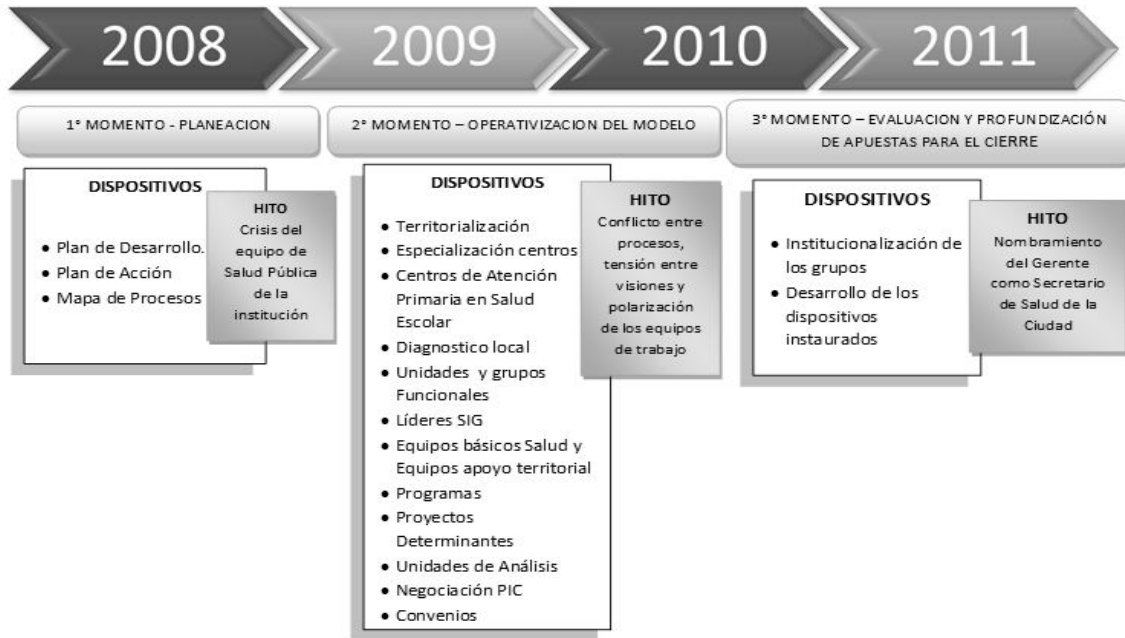


Figura 2. Momentos, hitos y dispositivos en la construcción e implementación del modelo de atención del Hospital del Sur

Fuente: elaboración de los autores

centralizada; buscando con ello facilitar la adecuación de las respuestas institucionales a las particularidades de cada uno de ellos. En una combinación de criterios sociales^{†††} y administrativos se definieron 3 territorios sociales y 3 unidades funcionales que le correspondían. Se definió una cuarta unidad funcional para gestionar los servicios de urgencias de la institución, que incluía dos centros de atención de urgencias y hospitalización (Figura 3). Los territorios definidos fueron: Kennedy occidental, Kennedy Central y Puente Aranda.

En cada nueva unidad funcional territorial, se integraron las respuestas individuales realizadas desde los centros de atención ambulatoria (entre 6 y 7 centros), y las respuestas gestionadas desde la salud pública en el territorio^{§§§}. Se le definió un gerente a cada territorio con capacidad de decisión sobre la gestión de servicios clínicos y sobre la orientación de las respuestas colectivas. Se formularon planes para orientar la acción de los equipos de trabajo de cada territorio, buscando integrar la oferta disponible y facilitar los diálogos con otros actores sociales e institucionales.

Este cambio obligó al reconocimiento del territorio como punto de partida de la planeación. Para su apropiación

se utilizaron diversas estrategias como recorridos por los territorios, la revisión histórica documental, la elaboración de inventarios de necesidades y recursos comunitarios, el levantamiento de mapas, la desagregación y análisis de información con criterio territorial.

Para la coordinación y seguimiento de las acciones se estableció un espacio que se denominó comité territorial, en el que confluyeron trabajadores asistenciales, administrativos y de las estrategias de salud pública.

A la par de las unidades funcionales, se constituyeron grupos funcionales, concebidos como espacios colectivos de orientación, planeación, seguimiento y evaluación de los objetivos, metas y políticas de salud propuestos en el plan de desarrollo institucional^{****}. Se definieron grupos funcionales por los procesos de la plataforma institucional: planeación de la salud en los territorios; gestión social de la salud; prestación de servicios de salud; participación y movilización social; desarrollo del talento humano; investigación y gestión del conocimiento; y evaluación, seguimiento y control [22]. En los grupos funcionales participaron trabajadores de las diferentes dependencias y posiciones laborales (administrativos, asistenciales

^{†††} En este aspecto el criterio fundamental utilizado para la definición de los territorios fueron las condiciones de vida, basadas en las características de las Unidades de Planeación Zonal – UPZ de las localidades.

^{§§§} Para este periodo en Bogotá la organización de las acciones de salud pública se estructuró en tres grandes componentes, cada uno de los cuales disponía de un equipo de trabajo local. El componente de gestión local de la salud; el componente de acciones en ámbitos de vida cotidiana (salud al colegio, salud a su casa, salud al trabajo, ámbito comunitario, como los más representativos); y un componente de vigilancia de la salud pública.

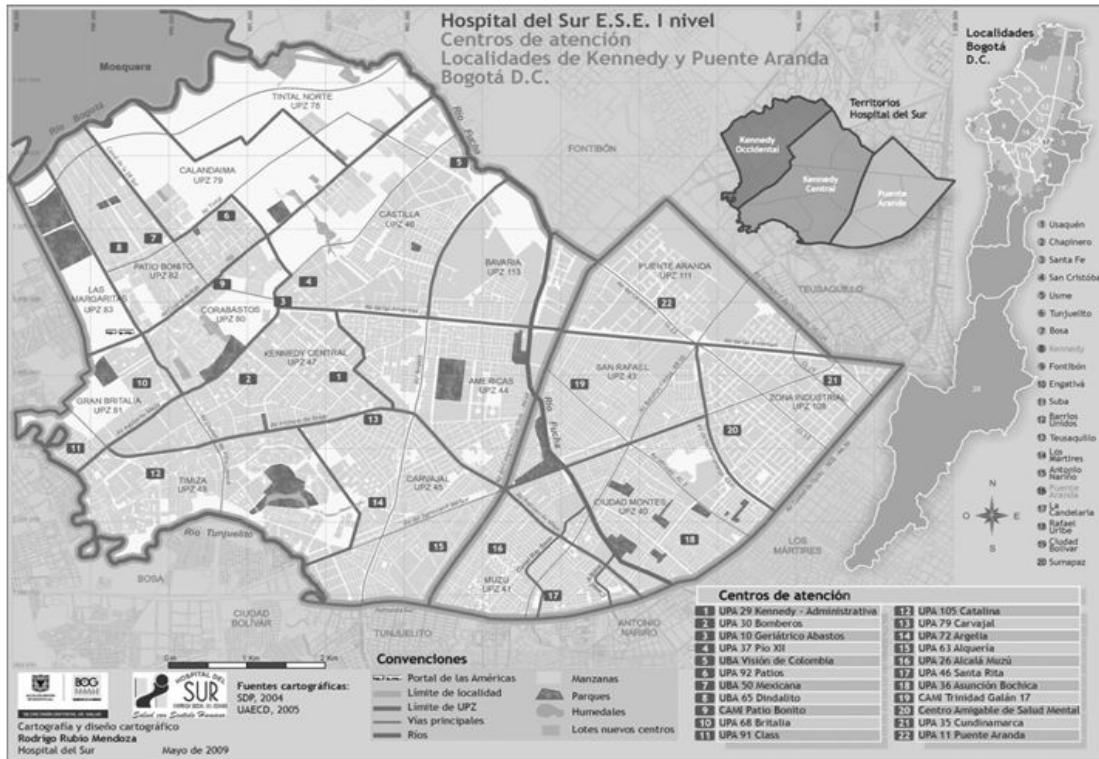


Figura 3. Organización territorial de la oferta institucional. Centros de atención según territorios

Fuente: Cartografía Hospital del Sur ESE, 2009

y de salud pública). Allí se discutieron los enfoques de la respuesta, la pertinencia y las características de las intervenciones y se monitorearon los avances. En estos espacios se concertaron los criterios para orientar la toma de decisiones de las unidades funcionales y se trazaron las directrices de orden general de la institución. Cada líder de grupo funcional rendía cuentas en el comité de gerencia.

Estos dos elementos, las unidades y los grupos funcionales, constituyeron los principales espacios para la democratización de la toma de decisiones y la apertura de posibilidades para impulsar el criterio de los trabajadores como orientadores de la acción cotidiana, de cara a responder a las necesidades sociales, a empoderar las comunidades en la gestión de la salud y para incidir en los procesos sociales determinantes de la salud de la población.

Como parte del desarrollo de los grupos funcionales se generaron dispositivos para viabilizar el nuevo modelo de atención, que se relacionan en la figura 2. Las características principales de estos dispositivos fueron:

a.) La construcción de un diagnóstico local con perspectiva territorial. En el cual se integraron elementos novedosos como la cartografía social y la georreferenciación. Con este se pretendió avanzar en la comprensión de los procesos sociales determinantes de la salud, buscando una lectura más amplia de las problemáticas y también diferencial en los territorios. Fue considerado un elemento estratégico para repensar la oferta institucional hacia las necesidades de la población.

b.) Las principales problemáticas identificadas, respecto al desarrollo de este dispositivo, tuvieron que ver con el bajo empoderamiento del grupo de trabajo del área de vigilancia en salud pública al ser un proceso centrado en el liderazgo del grupo gestión local (liderado por la oficina de planeación); dificultades en la integración y manejo de la información cualitativa y cuantitativa, así como la baja disponibilidad de información producida desde los niveles centrales de la Alcaldía Distrital, con criterio territorial.

c.) La definición de programas. Se propuso la integración de la oferta institucional, de las respuestas individuales y colectivas, asuntos comúnmente

**** En una idea de introducir el ciclo de Demming o PHVA (planear, hacer, verificar, ajustar) que venía del discurso de la gestión de la calidad, para introducirlo como lógica para pensar la gestión institucional en su conjunto, desde un criterio territorial.

desarrollados de manera aislada, producto del diseño de los paquetes en que se organizan las respuestas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud^{****}. Para tal fin se definieron y gestionaron programas en cinco temas de gran relevancia en el perfil epidemiológico local y de gran interés en la agenda institucional: salud mental, discapacidad, salud sexual y reproductiva, condiciones crónicas y salud oral.

d.) Las principales dificultades tuvieron que ver con conflictos en la coordinación y la orientación a los profesionales de los equipos; problemas relacionados con el liderazgo en la coordinación de los grupos de trabajo; dificultades para desarrollar la planificación, tarea que estaba a cargo de los profesionales miembros de los equipos, en la medida que sus contextos particulares se caracterizaban por una dinámica de fuerte activismo; dificultades en la territorialización y articulación de las respuestas colectivas e individuales en gran parte relacionadas con las barreras que producía el aseguramiento individual en que se basa el sistema de salud, el déficit de capacidad de respuesta y el fraccionamiento de los lineamientos técnicos del nivel central.

La especialización de centros de atención. Se propuso como una estrategia de reorientación de los servicios, en algunos casos motivados por la baja demanda de servicios dada su ubicación geográfica, y en otros en reconocimiento a las propias dinámicas comunitarias y de demanda de servicios del territorio. Con la especialización de los centros, se amplió la oferta de servicios o se establecieron consultas diferenciales en aspectos como atención de la mujer y el bebé, la atención de adolescentes y jóvenes, la atención en salud mental y de personas en condición de discapacidad.

Su desarrollo fue incipiente. Las principales dificultades estuvieron relacionadas con limitaciones del escenario legal y de recursos para apalancar los nuevos servicios, el escaso apoyo financiero y tecnológico de la Secretaría Distrital de Salud a las nuevas iniciativas, y las limitaciones que impone el aseguramiento, puesto que hacer efectivo el acceso a los nuevos servicios implicaba una negociación con las diferentes aseguradoras, en tanto ellas definen los servicios que le serán prestados a su población afiliada en las diferentes instituciones prestadoras de servicios con quienes contratan. Aunque la apertura de centros podría suponer una oferta más cercana y especializada en temas de gran relevancia para las necesidades en salud de la población, de manera generalizada, la nueva oferta no era reconocida y autorizada en sus pagos por las aseguradoras.

La creación de centros de atención primaria en salud escolar (CAPSE). Propuestos como estrategia para eliminar barreras de acceso a servicios, integrar respuestas individuales y colectivas en el espacio escolar gestionadas de manera participativa con las comunidades educativas. Se adecuaron 9 espacios de atención ambulatoria en medicina, enfermería, salud mental, discapacidades; uno de ellos incluyó la atención odontológica. Ello permitió la llegada de médicos, enfermeras, odontólogos, higienistas orales, psicólogos, terapeutas físicos y del lenguaje, psicopedagogos y psiquiatras, que complementaron las respuestas gestionadas desde el programa distrital Salud al Colegio, orientado hacia las acciones colectivas.

Las principales dificultades fueron el afrontamiento del aseguramiento para articular las acciones individuales con las colectivas; el conflicto interno suscitado por la discusión en torno a la rentabilidad financiera de los CAPSE; la baja capacidad de respuesta a complejas problemáticas escolares; las limitaciones del perfil de los profesionales clínicos para articularse con el abordaje de lo colectivo; y la discontinuidad de los procesos por la alta rotación de profesionales del hospital y de los propios directivos de las escuelas.

e.) La dinamización de mesas de gestión territoriales. Basadas en los territorios administrativos de la ciudad (Unidades de Planeación Zonal - UPZ). Se realizaron en conjunto con organizaciones comunitarias, líderes del territorio y organizaciones no gubernamentales; sirvieron como espacio de encuentro de actores sociales del territorio. Se definieron agendas de trabajo en el corto y mediano plazo, orientadas a posicionar demandas sociales por el mejoramiento de las condiciones de vida. En el marco de estos espacios se planearon y desarrollaron jornadas para acercar los servicios a sectores barriales específicos, que posicionaron y promovieron liderazgos locales y organizaciones comunitarias como gestores de estas iniciativas.

Las principales dificultades fueron la baja visibilidad de los procesos adelantados y la incipiente institucionalización o vinculación con otros procesos desarrollados en la institución.

f.) La conformación de equipos básicos de salud - (EBS)^{****} y equipos de apoyo para cada territorio. Los EBS se propusieron como mecanismo complementario para ampliar la cobertura de las familias adscritas a los equipos básicos de salud del programa Distrital de APS (Salud a su Casa). Iniciativa respaldada con recursos propios del Hospital, buscando que alrededor del programa se vincularan la totalidad de procesos y trabajadores de cada centro de atención. Esta iniciativa constituyó un mecanismo

^{****} El paquete de servicios individuales organizado en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El paquete de acciones colectivas organizado en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que está a cargo del Estado en su nivel territorial (municipios y distritos).

para resolver problemas cotidianos de accesibilidad de los habitantes de los nuevos territorios cubiertos.

A su vez se definieron equipos de apoyo territorial, con el propósito de dar respuesta a las problemáticas identificadas en la caracterización de las familias que hacían los EBS. Estos equipos multidisciplinarios fueron conformados por diferentes perfiles de trabajadores del área de salud pública, para realizar actividades complementarias tales como atención familiar en hogares, acompañamiento a las acciones comunitarias y gestión intersectorial.

Las principales dificultades estuvieron relacionadas con la competencia generada entre la iniciativa propia del hospital con los procesos del programa distrital. Salud a su Casa; la lentitud e imprecisión de las orientaciones institucionales para el desarrollo de la iniciativa; el déficit de respuesta institucional y de ciudad ante problemáticas identificadas en campos como la salud mental y discapacidad; un bajo compromiso de los profesionales en salud para pensar su acción más allá del consultorio médico y la preeminencia del pensar asistencialista; así como en dificultades en la gestión oportuna de la información derivada del proceso de caracterización de familias realizada por los EBS.

g.) La realización de unidades de análisis situacional en los centros de atención. Pensadas como una estrategia de actualización del diagnóstico, en las cuales se procuró realizar un reconocimiento de las problemáticas de salud de las comunidades, poniendo en relación la caracterización de la demanda y el análisis de casos específicos, con el análisis del territorio y de los modos de vida que le caracterizaban. En este ejercicio se generaron espacios de diálogo entre profesionales de la clínica y de la gestión social de la salud, y se dinamizó una gestión de la salud desde el territorio a partir de acciones como la concertación intersectorial y la atención domiciliaria para responder a los casos analizados.

La principal dificultad estuvo relacionada con el enfoque dado al proceso que se enfocó en el análisis y respuesta individual a casos específicos sin trascender a un plano de mayor integralidad desde el territorio y los modos de vida.

h.) La identificación y empoderamiento de líderes de sistemas integrados de gestión. SIG, por cada centro de atención y equipo de trabajo para dinamizar el trabajo de gestión de la calidad. En torno a estos se dinamizaron gran parte de las estrategias para la apropiación de los valores y principios institucionales^{****}, la humanización de la atención y la racionalización de los procesos administrativos al

interior de cada centro de atención. Se desarrollaron procesos de educación permanente, concursos institucionales, jornadas internas de trabajo especial.

i.) La formulación de proyectos intersectoriales y de gestión comunitaria. Propuestos como una manera de materializar el abordaje de procesos determinantes del proceso salud enfermedad, en aspectos como el ambiente, vivienda y la seguridad alimentaria, y que fueron realizados de manera intersectorial y participativa. Se diseñaron e implementaron proyectos como: el observatorio de calidad del aire (conjuntamente con las secretarías de salud y la de Ambiente); agricultura urbana (gestionado conjuntamente con el Jardín Botánico y organizaciones comunitarias); el Centro de atención a emergencias psicosociales, para niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años (conjuntamente con la Secretaría de Integración Social); los centros de atención primaria en salud escolar (conjuntamente con las direcciones locales de educación y las comunidades educativas); mejoramiento de vivienda y condiciones de habitabilidad (gestionado conjuntamente con la Caja de Vivienda Popular de la Ciudad); la formación de agentes comunitarios en salud y la conformación de círculos de calidad de vida y salud en los territorios.

Entre las principales dificultades identificadas se señaló la escasa relación entre proyectos y la ausencia de procesos sistemáticos de evaluación de los mismos, que permitieran su adecuación.

j.) La apertura de espacios de negociación financiera para mantener la sostenibilidad económica de la institución. Con la Secretaría Distrital de Salud para la reorientación de los recursos para la salud pública, de cara a fortalecer la apuesta de gestión territorial del modelo de atención propuesto por el Hospital. Con las empresas aseguradoras para buscar que la totalidad de la población residente en el territorio fuera contratada con el Hospital.

Las dificultades tuvieron que ver con el conflicto de visiones e intereses entre la perspectiva de gestión del ente territorial, la Secretaría Distrital de Salud, las empresas aseguradoras y del Hospital; la baja capacidad para evidenciar resultados en el corto plazo y estructurar los procesos de seguimiento; y el desequilibrio de poder en la negociación entre estos tres actores.

La dinamización del grupo de investigación y gestión del conocimiento. Un proceso novedoso en la institución, en el cual se desarrollaron iniciativas como el seminario permanente de investigación, en el que se realizó un proceso formativo en torno a la

**** Los EBS estaban conformados por 2 promotores de salud, un(a) médico, una enfermera y un técnico de saneamiento. Cada EBS tenía una población de familias adscritas

**** Se plantearon como principios: el respeto, la honestidad, la lealtad y el humanismo. Los valores institucionales planteados fueron: responsabilidad, solidaridad, integralidad, calidad y diálogo.

investigación, se formularon y desarrollaron algunos proyectos de investigación por los propios trabajadores, se reorientaron los convenios con las universidades, se abrieron espacios formativos y de educación continuada en temas relacionados con el derecho a la salud, la determinación social de la salud y la sistematización de experiencias.

Las principales dificultades fueron la baja participación de trabajadores especialmente de tipo asistencial y la escasa cultura investigativa que demanda sostener un trabajo de mediano plazo.

Discusión y conclusiones

El desarrollo de un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud y la gestión de la salud como derecho, entraron en disputa con una estructuración hospitalo-céntrica y mercantilizada. Desde esta posición es posible leer las múltiples contradicciones a las cuales se enfrenta una experiencia de dicha naturaleza.

Dinamizar un nuevo modo de gestión requiere la producción de una nueva matriz de trabajo, una manera de re-situarse ante la realidad por parte del trabajador. Implica un cambio de paradigma respecto al modelo médico hegemónico [23, 24], un cambio en la manera de gestionar los procesos institucionales de un hospital público, cuyas subjetividades y reglas de juego, en el presente se inscriben en un discurso hegemónico por las lógicas empresariales [25].

En el escenario de mercado que se ha estructurado en el sistema de salud colombiano, la propuesta de organización de servicios bajo la lógica de la Atención Primaria Integral en Salud, se constituye esencialmente en una apuesta política. Es esto lo que permite entender el por qué a pesar del escenario adverso y aún a riesgo de la sustentabilidad, se despliega un esfuerzo tendiente a abrir espacios para resignificar las prácticas de la gestión de la salud.

Esta experiencia y otras orientadas a incorporar la APS desde una perspectiva integral y de derechos, se constituyen en apuestas por introducir dispositivos que disputen la hegemonía del discurso de mercado en las políticas de salud; experiencias que se han intencionado para aportar en el proceso de movilización social por transformaciones en el sistema de salud y la lucha por dicho derecho [9].

El que se apueste por la APS en un sistema segmentado, fragmentado y de alta mercantilización como el colombiano, demanda de quienes se lo proponen, una visión estratégica para acometer el desafío de mediar con diferentes actores, intereses contradictorios y con el conflicto entre lo instituido y lo que se quiere instituir.

En el caso particular de la experiencia analizada, se puede distinguir cómo se requirió el desarrollo de dispositivos para

incidir de manera simultánea en diferentes dimensiones: política, técnica - institucional e intersubjetiva.

En lo político, el desarrollo de dispositivos para “abrir” el escenario instituido, en torno a asuntos como la participación social en la gestión de respuestas y servicios, la gestión intersectorial del territorio, y la interculturalidad como posibilidad de co-construcción de saberes respecto a las formas de gestionar la salud. En lo técnico-institucional, la dinamización de mecanismos que instaurasen procesos para propiciar una nueva cultura institucional y la construcción de valores ligados a otras formas de concebir la gestión de la salud, como la territorialización, los diagnósticos territoriales, la especialización de los centros de atención, entre otros. En lo intersubjetivo, el desarrollo de procesos formativos explícitos de construcción de sentido compartido, que combinó espacios de reflexión formal o académica, pero especialmente el introducir espacios de reflexión grupal desde lo práctico y cotidiano en el que se vincularan e intercambiaran miradas los propios trabajadores.

El análisis de esta experiencia de gestión de la APS permite evidenciar la complejidad de un proyecto de tal naturaleza, dada la convergencia de contradicciones múltiples, tanto externas como internas, en temporalidades de relativa corta duración, como en este caso, un proceso de 4 años de gestión. Las externas, derivadas de las lógicas instituidas en la gestión hospitalaria que son consecuencia del sentido instituyente del sistema de salud. Ambas complementarias y alineadas a una gestión empresarial de la salud centrada en metas de productividad económica y con una restringida autonomía del trabajador. Así como de las contradicciones internas, relacionadas con la consistencia entre el proyecto de gestión, la gobernabilidad del sistema y la capacidad de conducción del mismo [26].

La complejidad del proceso de gestión, tal como lo plantea Matus tiene que ver con que este no se reduce a la estructuración de una buena teoría “...requiere mucha experiencia, perseverancia y capacidad de aprendizaje en la práctica, además de fuerza y recursos para torcer el curso de los acontecimientos en la dirección deseada” [27], se trata de una compleja articulación de voluntad, discurso, poder y recursos.

La experiencia analizada enfatizó de manera importante en la construcción de identidad en torno al proyecto de gestión, en cuanto a su sentido, perspectiva y valores, apelando a la construcción de grupos de trabajo, a la horizontalización de las relaciones de poder, la promoción de liderazgos en los trabajadores jóvenes, la apertura a la participación en la gestión e interacción con trabajadores de otras disciplinas (especialmente de las ciencias sociales), la formación continuada desde diversas estrategias y la producción de flujos de gestión o dispositivos que, en torno a la acción, sirvieran como

activadores de cambio y reguladores de las relaciones entre los trabajadores.

Se evidenció un alto gasto de energía en la construcción de identidad dado el ambicioso contenido propositivo del proyecto y la adversidad del escenario. Los problemas de eficacia y sostenibilidad estuvieron asociados al alcance ambicioso de los objetivos propuestos en contextos de alta incertidumbre. Los aceptables niveles de gobernabilidad que se mantuvieron a lo largo del periodo de gestión estuvieron relacionados con el fuerte liderazgo proyectado por el líder de la institución y la colectivización de los riesgos implicados en su desarrollo.

El mayor desafío en esta experiencia, lo constituyó la acumulación y despliegue de capacidades de gestión, dado el ambicioso proyecto de acción declarado y en tanto resultaron favorables las condiciones de gobernabilidad del sistema.

Una mirada a la capacidad de conducción en el análisis de esta experiencia permite señalar que resultó pertinente, a las intenciones del proyecto, la concentración de energía en adelantar el proceso de transformación de la plataforma institucional y el desarrollo de un acucioso proceso de planificación para el cuatrienio, que fue desarrollado de manera sostenida y participativa durante el primer año de gestión.

Este elemento sentó las bases del desarrollo posterior de una serie de dispositivos que desenlazaron una gestión orientada por valores y principios muy particulares y diferenciadores, dado el contexto mercantilizado del sistema de salud vigente. Sin embargo, la amplitud de frentes de acción y dispositivos hizo visible las dificultades en lograr un desarrollo metodológico e instrumental que fuese coherente con los objetivos declarados y pusieron de presente que las capacidades para conducir el proceso no lograron amplificarse en el paso del líder hacia el equipo de dirección y hacia la institución en su conjunto.

Una manera de entender el favorable margen de gobernabilidad sostenido; no obstante el alcance del proyecto de gestión y las contradicciones internas derivadas de las dificultades de operacionalización del modelo de atención, puede estar asociada con el énfasis en la recuperación de las lógicas de cooperación entre los trabajadores y entre estos y los ciudadanos. La generación de un ambiente de valoración por el diálogo y el respeto por el criterio del trabajador, en un escenario histórico dominado por la lógica del “sálvese quien pueda” y de un ambiente de incertidumbre e inestabilidad laboral, fue definitiva para regular los conflictos y modular las resistencias inherentes a un proceso de cambio como el propuesto.

Esta experiencia de gestión de la APS en un contexto adverso de mercado y, a pesar de lo efímero, constituyó un dispositivo de resignificación, tanto para los trabajadores de la salud como para los ciudadanos

vinculados a la experiencia, en la construcción social del derecho a la salud, ligada al fortalecimiento de institucionalidad local, y de revalorización del sentido de lo público para la gestión de políticas. Una experiencia productora de sujetos que acumulan poder para afrontar una tendencia situacional desfavorable de la realidad, en un camino que requiere procesos de acumulación de fuerza de largo plazo, para disputar el poder logrado por los modos de acción predominantes que conciben la salud como mercancía.

Agradecimientos

A los trabajadores que participaron de los espacios de reflexión y discusión. De manera especial a Jesús Ortiz Narváez, Andrés Motta y Mónica Puche Aroca, por los aportes en la fase inicial de desarrollo de la investigación.

Referencias

- 1 Jiménez C. La carta constitucional de 1991 como nuevo mito fundacional. A propósito del discurso legitimador de la democracia participativa. *Revista Espacio Crítico* [Internet]. diciembre de 2005;(3). Disponible en: http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/revista/recrt03/n3_a03.pdf
- 2 Akin J, Birdsall N, Ferranti D. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington, DC: The World Bank; 1987.
- 3 Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
- 4 Laurell AC, Blanco Gil J. La salud: de derecho social a mercancía. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud* [Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 1994. p. 9-32. Disponible en: <http://docplayer.es/5393343-La-salud-de-derecho-social-a-mercancia.html>.
- 5 Laurell AC, Ronquillo JH. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva*. 2010;6(2):137-148.
- 6 Iriat C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. En: Rojas F, Márquez M, compiladores. *ALAMES en la memoria: selección de lecturas*. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 538-561.
- 7 Madrid M. La crisis hospitalaria: muchas causas y pocas soluciones. *Revista Salud Colombia* [revista en Internet] 1999 [Acceso 20 de febrero de 2014]; 42. Recuperado a partir de: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm>
- 8 Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de política para la red pública Distrital de servicios de salud, 2001-2004. Legitimidad social y sostenibilidad económica de las Empresas Sociales del Estado [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2001. (Lineamientos de política para la red pública Distrital de servicios de salud, 2001-2004). Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/BJV/awdoc.jsp?i=1012>.
- 9 Vega R. La lección más importante de una experiencia de gobierno. *Revista Pretil*. 2008;6(17):8-15.

- 10 Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud. Bogotá: La Alcaldía; 2004.
- 11 Secretaría Distrital de Salud. La atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2004.
- 12 Mosquera Paola, Granados Gema, Vega Román. La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá – Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2008;7(14):88-109.
- 13 Ghiso A. De la práctica singular al diálogo con lo plural. *La Piragua Revista Latinoamericana y Caribeña de Educación y Política* [Internet]. 1998 [citado 11 de abril de 2013];(16). Disponible en: <http://www.campusvirtuales.com.ar/campusvirtuales/comun/mensajes/206523/1/Alfredo%20Ghiso.pdf>.
- 14 De Salazar Ligia, Díaz Constanza. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 2004;9(3):545–555.
- 15 Cendales L. La metodología de la sistematización. Una construcción colectiva. *Revista Aportes* [Internet]. 2004 [citado 2 de mayo de 2016];(57). Disponible en: http://www.cepalforja.org/sistem/sistem_old/metodologia.doc
- 16 Jara O. La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano—una aproximación histórica. *Revista La Piragua* [Internet]. 2006 [citado 2 de mayo de 2016]; Disponible en: http://www.cepalforja.org/sistem/sistem_old/oscar_jara-sistematizacion_y_corrientes_innovadoras.pdf.
- 17 Alcaldía Mayor de Bogotá. Acuerdo No. 119: por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004-2008 Bogotá: La Alcaldía; 2004.
- 18 Hospital del Sur ESE I nivel. Presentación y componentes del modelo de atención. Bogotá: Hospital del Sur; 2009.
- 19 Hospital del Sur ESE I nivel. Acuerdo no 192 mediante el cual la Junta Directiva aprobó el plan de desarrollo institucional del periodo 2009 – 2012. Bogotá: Hospital del Sur; 2009.
- 20 De Sousa G. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud [Internet]. 1998. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf>
- 21 Hospital del Sur ESE I nivel. Resolución no 093 mediante la cual se establecen unas formas de organización funcional. Bogotá: Hospital del Sur; 2009.
- 22 Hospital del Sur ESE I nivel. Resolución no 269 mediante la cual se establecen unas formas de organización funcional. Bogotá: Hospital del Sur; 2010.
- 23 Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud. En: *Cuadernos de la Casa Chata*. 2a Ed. México: Secretaría de Educación Pública; 1984.
- 24 De Sousa G. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
- 25 García CM. El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*. 2007;6(1):143-54.
- 26 Matus C. Adiós, Señor Presidente. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús; 2007.
- 27 Matus C. Política, Planificación y Gobierno. Segundo Borrador. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1987. 772 p.