

**APROXIMACIÓN A LA ASOCIATIVIDAD Y LA ESTRUCTURACIÓN DE REDES
BASADAS EN CONFIANZA EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD; ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL MUNICIPIO DE
TENJO, CUNDINAMARCA**

Tesis de Grado

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Escuela de Administración

Maestría de Administración en Salud

Bogotá, 14 de Julio de 2014

**APROXIMACIÓN A LA ASOCIATIVIDAD Y LA ESTRUCTURACIÓN DE REDES
BASADAS EN CONFIANZA EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD; ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL MUNICIPIO DE
TENJO, CUNDINAMARCA**

Tesis de Grado

Doctor: MIGUEL ANGEL PÉREZ PORTILLO

Tutor

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Escuela de Administración

Maestría de Administración en Salud

Bogotá, 14 de Julio de 2014

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a todas las personas que hicieron posible la culminación de los objetivos formulados, hace tres años al iniciar la Maestría en Administración en Servicios de Salud, obteniéndose como resultado un proyecto de investigación y un título como magister.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Doctor Javier González, por abrir una ventana de éxitos en nuestras vidas, por guiarnos y permitirnos desarrollar las metas establecidas en la maestría.

Al Doctor Miguel Ángel Pérez Portillo, por su paciencia, orientación, dedicación y optimismo durante el proceso de formulación, implementación y desarrollo del proyecto de grado.

A nuestros compañeros de clase, que por muchos días nos apoyaron y guiaron en el proceso.

A los docentes de la universidad, por su tiempo y valiosos conocimientos.

A Amandita por su eterna paciencia y colaboración.

A los amigos que nos apoyaron, escucharon y entendieron.

A nuestras familias que nos apoyaron y brindaron todas las herramientas para culminar nuestro proyecto de grado.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION	11
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Asociatividad	18
2.1.1 Enfoque de red	21
2.1.1.1 Redes como ecosistemas.....	23
2.1.2 Alianzas	26
2.1.3 Clusters	28
2.2 Las redes y su valor más significativo, la Confianza.....	32
2.2.1 Objetos y dimensiones relevantes de la confianza	35
2.3 Redes Integradas de servicios en salud (RISS)	36
2.4 Sistema de Salud en Colombia.....	47
3. MARCO METODOLÓGICO	53
3.1 Tipo de estudio	53
3.2 Método de investigación	53
3.3 Procedimiento.....	54
3.3.1 Descripción de organizaciones participantes.....	57
4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS	60
4.1 Resultados.....	60
4.1.1 Organización y disposición	60
4.1.2 Redes y asociatividad.....	61
4.1.3 Confianza	67
4.2 Discusión	71
5. CONCLUSIONES	76
6. BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS.....	87

LISTA DE GRAFICOS.

Figura 1. El cluster de salud.....	32
Figura 2. Representacion grafica de los atributos esenciales de las RISS.....	44

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. EPSs del régimen subsidiado y contributivo que obtuvieron una calificación Alta para cada una de las dimensiones evaluadas en el Ranking.....	51
Tabla 2. Matriz de Sentido	555
Tabla 3. Codificación de información recolectada.....	56

GLOSARIO

COMPLEJIDAD

Paradigma del pensamiento que busca entender los diferentes procesos en cualquier sistema cuando esta formado de mucho elementos.

CALIDAD

Características inherentes de un producto o de un servicio que permite compararla como igual o peor con los de su misma especie.

EFICACIA

Intereaccion entre los procesos utilizados y los resultados conseguidos con el mismo. Se dice que es eficaz cuando se alcanza una meta propuesta.

EFICIENCIA

Alcanzar una meta con el minimo de recursos o procesos.

ESTRATEGIA

Planes encaminados a lograr un éxito en las empresas a determinado plazo, se refiere a la articulacion de procesos que alcancen objetivos y metas.

GLOBALIZACION

Concepto utilizado para un conjunto de cambios a una escala mundial, dichas transformaciones pueden ser tecnologicas, culturales, económicas, sociales, etc.

PRODUCTIVIDAD

Es la relación que hay entre los recursos empleados como mano de obra, tecnología, dinero, materia prima y los productos.

RESUMEN

En este documento se concentra en un análisis sobre la asociatividad y la conformación de redes empresariales en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Tenjo Cundinamarca.

En la primera parte se desarrolla el estado de la asociatividad con un enfoque de red, se plantea los objetivos, la justificación y los alcances de la investigación. En la segunda parte se hace alusión al marco teórico, marco legal, sistema general de seguridad social en salud, y la importancia que tiene las asociaciones empresariales, cooperación, participación y la confianza en las instituciones de salud; haciendo mención sobre clusters, alianzas y ecosistemas empresariales. En la tercera parte se realizó el marco metodológico de la investigación, análisis de resultado de las entrevistas, se describen las organizaciones objeto de este estudio. En la cuarta parte se realiza la discusión de la investigación, y se presentan las conclusiones que los autores de este estudio han presentado sobre la confianza fortalecida y la obligación prolongada de las empresas en el tiempo.

Finalmente, esta investigación presenta un punto de partida para la conformación de modelos que integren varias empresas, que puedan mejorar la competitividad, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, permitiendo el acercando de los procesos del área administrativa con el área asistencia, en

procura de brindar un mejoramiento continuo en la atención de los pacientes y su grupo familiar.

Abstract

In this document is focused an analysis on the associativity and incorporation of business networks in two institutions that provide Health services in the Municipality of Tenjo, Cundinamarca.

In the first part is developed the status of the associativity with a focus of network, it is stated the objectives the justification and the scope of the investigation. In the second part it is mentioned the Theoretical Framework, general system of Health Social Security and the importance that have the business networks, cooperation participation and the reliability on the Health entities; mentioning business clusters, alliances and ecosystems. In the third part it is performed the Methodological Framework of the research, interview's results analysis, the organization which are object of this research are described. In the fourth part is performed the discussion of the research and the conclusions that the authors of this research have reached on the strengthened trust and the long term obligation of the companies in time.

Finally, this research is a start point for the formation of models that integrate several companies, that may improve competitiveness in the entities that provide Health Care Services, allowing an approach to the process of the administrative area to the assistance area, intended to provide a continuous improvement in the care of patients and their family group.

1. INTRODUCCION

Fenómenos como la globalización de la economía, la creciente competencia, la efectividad organizacional así como la promoción de estilos de vida saludable soportados por sistemas de seguridad social, han demandado a los distintos sectores económicos la importancia de conformar esquemas como el asociativo, para lograr así el cumplimiento de metas y objetivos.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), existen una serie de relaciones de carácter económico que, de alguna forma, conllevan una lógica administrativa particular que propicia tendencias como la asociatividad.

Sin embargo, en el mundo los procesos asociativos han surgido para cubrir las necesidades de los sectores económicos e incluso de las entidades territoriales donde se reconocen su utilidad para dar resultados a su gestión gubernamental. (Comité Especial Interinstitucional, 2013) En la actualidad Colombia y su Departamento Nacional de Planeación han desarrollado esquemas asociativos para todo el territorio nacional y cómo podrían funcionar a nivel de los territorios y las diferentes economías público- privadas existentes en las regiones. (Comité Especial Interinstitucional, 2013), consecuentemente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia, ha generado la necesidad de que una empresa establezca vínculos con otras empresas con el propósito de dar respuesta a los principios bajo los cuales fue creado.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado con la Ley 100 de 1993, ha venido modificándose desde entonces mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos. En el año 2007 se reformó a través de la Ley 1122, así como en 2011 mediante la Ley 1438; sin lograr dar una solución definitiva a los problemas, como se observa en la actualidad. Actualmente, se

encontraba en curso el proyecto de Ley de 2013 (Gaviria, 2013) cuyo propósito era, igualmente, resolver los problemas del sistema general.

Un ejemplo, de lo que se pretendía solucionar es la Ley 1608 de 2013 aprobada con el propósito de movilizar el flujo de los recursos, de forma que sean oportunos para el financiamiento de los hospitales públicos (Pineda, 2013).

A pesar de que el SGSSS se reconoce como un sistema que sugiere un desarrollo social y económico para Colombia, y es creado bajo los principios de universalidad, integralidad, cobertura, suficiencia, participación, solidaridad y unidad; ha sido blanco de críticas en diversos ámbitos nacionales, directa e indirectamente relacionados (Merlano-Porras y Gorbanev, 2013).

Ramírez (2010) identificó como problema del SGSSS el juego de reglas que se configuró entre la relación de los actores del sistema, generando una proporcionalidad que resulta incoherente para la aplicación del principio de igualdad, dado que no permite administrar solidariamente los recursos disponibles para el sector salud, pues los individuos reciben beneficios diferenciados según su capacidad de pago, asociándose directamente la cobertura de riesgos y servicios en función de las condiciones socioeconómicas de los afiliados.

Clavijo y Torrente (2008) estimaron un problema futuro asociado al andamiaje que constituye el SGSSS colombiano cuyo impacto representaría un déficit fiscal para Colombia en el sector salud. Para el año 2006 el sector salud arrojó un faltante del 2,1% del Producto Interno Bruto (PIB) y considerando un escenario en el que se produce una corrección gradual de la informalidad laboral, elevando la relación Cotizantes/Ocupados de un 40% a un 50%, estimaron que el déficit público en salud se elevaría hasta un 4,8% en el año 2035 para establecerse en el rango 1,5%-2,0% del PIB hasta el año 2050 (p. 29). Así mismo, los autores estimaron que el Valor Presente Neto (VPN) durante el periodo 2007-2050 en el balance del sector salud equivaldría al (menos)-61,4% del PIB (de 2007).

En la celebración del décimo Congreso de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) junto con la Feria Internacional de la Salud, III Meditech 2012 (8-10 de Mayo) se discutieron las dificultades del sistema de salud (El Hospital, 2012). Entre las dificultades mencionadas se identifican los conflictos de intereses al interior del sistema y en distintos escenarios; la dilapidación de recursos, el acceso y la calidad de los servicios en salud, el abuso de posición dominante desde la demanda de servicios; la pérdida de credibilidad en las medidas tomadas para mitigar la corrupción dentro del sistema, la mayor asistencia al servicios de urgencias como alternativa del usuario para recibir atención médica; el incremento del gasto de bolsillo (6,5 y 8 billones), la afiliación del 49% de los ciudadanos a entidades intervenidas o en vía de intervención o bajo vigilancia especial; la insatisfacción con el sistema de salud por parte de los colombianos (93%, aproximadamente); el carácter de sobre costo que adquiere la calidad en los servicios; desarticulación entre los actores del sistema, la indiferencia frente al sistema como propiedad colectiva; entre otros (El Hospital, 2012). Observándose la desarticulación con los demás actores del sistema de salud con lleva a dificultades dentro del sistema tanto económicas como de calidad en la prestación, así mismo Pineda (2013) menciona como problemas del SGSSS para el año 2013, las “brechas tanto en el aseguramiento, como en el acceso al sistema y la calidad y oportunidad de los servicios”. Así como el “deterioro en algunos indicadores de estado de salud de la población”.

El SGSSS en Colombia se ha constituido de forma que requiere vínculos entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPSS) y así, su articulación permita dar respuesta a las necesidades en salud de los colombianos e intentar ofrecer una cobertura universal mediante su aseguramiento masivo (Clavijo y Torrente, 2008). Como instituciones que se consolidan alrededor de intereses económicos y financieros, y que han implicado formas de contratación, su lógica corresponde con la misma de los negocios y las empresas.

Para poder llevar a buen término todos estos tipos de articulaciones, es importante observar como en otros tipos de economía se crean asociaciones, redes y clúster que crean nuevas estrategias de innovar las empresas y abrir la puerta a un mundo de oportunidades que amplían su panorama en productividad, considerando entonces el mundo de los negocios y las empresas, el enfoque de red, contenido teórico del área administrativa, representa una propuesta dentro del marco de los procesos asociativos entre organizaciones empresariales y ha constituido una perspectiva que fortalece el logro de los intereses de varias organizaciones aliadas en búsqueda de un objetivo colectivo.

En cuanto al enfoque de red, se han realizado estudios por que indica la importancia de la asociatividad en las empresas; es de considerar dos estudios al respecto.

Primero en un estudio realizado en el sector cosmético, presenta hallazgos que identifican la ventaja que representa pertenecer a una red, encontrando que favorece la innovación en las empresas que la conforman, también logran perdurabilidad empresarial y una conformación de redes de áreas funcionales para obtener con un objetivo común. (Grueso, Gómez y Garay, 2011). El segundo estudio esta enfocado a la identificación de las implicaciones de la adopción del enfoque de red en la planeación estratégica, a partir de una extensa revisión documental y distintas experiencias, concluye sobre la importancia de seguir los pasos de formulación, implementación, evaluación y control así como el funcionamiento como sistema integrado, pues de ésta manera se logra direccionar administrativamente el funcionamiento de la empresa conduciéndola hacia el logro de sus propósitos (Méndez, Guevara y Garzón, 2013); también se han estudiado los atributos necesarios para la consolidación de organizaciones saludables bajo el esquema de la asociatividad, encontrando resultados positivos en dicho esquema, ya que la comunicación entre los distintos actores pertenecientes a la

organización promueve la coordinación de acciones y así la mejora y mantenimiento de hábitos, comportamientos y actitudes saludables.

La asociatividad se ha contemplado como una forma de mejorar la eficiencia y productividad de las empresas que de alguna manera se encuentran vinculadas al mismo sector empresarial. Para el caso del sector salud, asociarse puede convertirse en una alternativa para mejorar la calidad del servicio y se sopesen las debilidades del SGSSS. En este caso, las empresas transformarían la visión que se tienen entre unas y otras como competencia para asumirse como aliados (Acemoglu y Ozdaglar, 2009).

Considerando el carácter organizacional, la asociatividad surge del común acuerdo, en que un grupo humano en correspondencia con las voluntades individuales que lo componen, manifiestan tener intereses similares y un mismo objetivo a realizar, de manera que se forme una asociación en particular. Se fundamenta en los principios de la convivencia voluntaria e igualitaria respecto al poder (Vegas, 2008).

En este contexto de la asociatividad, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en Colombia (s.f.) define la asociatividad como “mecanismo de cooperación entre empresas pequeñas y medianas, en donde cada empresa participante, manteniendo su independencia jurídica y autonomía gerencial, decide voluntariamente participar en un esfuerzo conjunto con los otros participantes para la búsqueda de un objetivo común” (p.11)

El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en Colombia (s.f.) refiere que desde 1996, el país no ha sido ajeno al proceso de asociatividad, iniciada en ese momento bajo el concepto de cadenas productivas de bienes y servicios, modalidad de la asociatividad empresarial. Para el año de 1999, el gobierno colombiano plantea dos grandes estrategias sectoriales complementarias: creación de convenios de competitividad exportadora para cadenas productivas; y,

fomento de clusters o cadenas regionales. La Corporación Andina de Fomento (CAF) realizó un estudio en el 2003, cuyo hallazgo principal fue la consideración de los convenios de competitividad como el espacio idóneo de articulación pública-privada y la base para la formulación de política pública sectorial. Desde el 2005 hasta la actualidad se inicia el *programa de asociatividad empresarial* del cual surgen varios proyectos de asociatividad, siendo el sector cosmético el más representativo.

En el trabajo de Narváez y Cols. (2009), identifican un conjunto de principios que potencian la asociatividad, siendo estos: la competencia, la cooperación, la participación, la confianza y la consecución de objetivos comunes.

Ahora bien, en un intento por aproximarse a la asociatividad como un mecanismo de carácter empresarial que, de alguna forma, pueda potenciar la eficiencia y eficacia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud articuladas bajo el SGSSS; y considerando que la confianza, como componente social fundamental de la asociatividad empresarial, por eso es pertinente conocer a los actores sociales pertenecientes al SGSSS y su apreciación de la asociatividad, particularmente sobre la confianza respecto a otros actores. Así mismo surgen entonces los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Qué tan válido es el concepto de asociatividad para los actores sociales del SGSSS?
2. ¿Qué elementos y disposición consideran los actores sociales del SGSSS que tienen para asociarse?
3. ¿De qué mecanismos disponen los actores sociales del SGSSS para la conformación de un proceso asociativo en la prestación de servicios en salud?

4. ¿Cómo perciben los actores sociales del SGSSS, particularmente las IPSS, la asociatividad en cuanto mecanismo empresarial para el sector salud, teniendo como principio la confianza?

Para dar respuesta a lo anterior, el presente estudio se propone indagar acerca de la apreciación que tienen dos instituciones prestadoras de servicios en salud del municipio de Tenjo Cundinamarca, como actores sociales del SGSSS, frente a la asociatividad, particularmente el componente de confianza; y su pertinencia para el SGSSS.

Objetivo General

Identificar la viabilidad de los esquemas de asociatividad y estructuración de redes basadas en la confianza en instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Tenjo.

Objetivos específicos

1. Conocerla conceptualización de asociatividad y redes basados en confianza dirigido al entorno de la salud
2. Valorar el concepto de asociatividad y estructuración de redes basadas en confianza en dos instituciones de salud en el municipio de Tenjo.
3. Aplicar la herramienta para conocer el interés de las dos instituciones de salud, para estructurar redes basadas en confianza
4. Conocer el grado de relación que hay entre la confianza y la asociatividad en organizaciones prestadoras de servicios de salud.
5. Identificar la percepción que tienen las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud en cuanto a la asociatividad empresarial y su contribución al SGSSS.

6. Valorar si la confianza es un componente social fundamental en la conformación de un proyecto asociativo entre actores sociales del SGSSS.

Titulo

Aproximación a la asociatividad y la estructuración de redes basadas en confianza en instituciones prestadoras de servicios de salud; estudio descriptivo en el municipio de Tenjo, Cundinamarca.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Asociatividad

La asociatividad se genera como una estrategia que se presenta en empresas de diferentes o similares sectores económicos. Ésta estrategia permite que las empresas fortalezcan su capacidad económica, mejoren la calidad de su servicio, aumenten su productividad y niveles de competitividad (Fernández y Narváez, 2011).

La palabra asociatividad proviene del latín *associare* y según la Real academia española en su Diccionario de Español, Asociar se define como:

- Unir una persona a otra que colabore en el desempeño de algún trabajo, comisión o encargo.
- Juntar una cosa con otra para concurrir a un mismo fin.
- Relacionar.
- Juntarse, reunirse para algún fin.

El sector de servicios en salud con sus múltiples complejidades y particularidades no está lejos de estas estrategias, las experiencias en distintos sectores económicos abren la puerta para que la prestación de servicios de salud sea humanizado, con calidad y oportunidad para todos sus usuarios, en concordancia con el óptimo desempeño empresarial.

Siguiendo con Narváez y Cols (2009) el paradigma empresarial denominado asociatividad, aparece como respuesta a una nueva cultura económica generada por la globalización, para la producción y compartición de procesos claves al interior de la organización. La asociatividad se ha ido constituyendo en una “práctica común y exitosa entre empresas de variada naturaleza, transformando a muchos países en grandes economías de negocios”.

Según Rosales (1997, citado por Narváez y Cols., 2005), la asociatividad se caracteriza por la cooperación empresarial, actuando como mecanismo de participación en el que se mantiene la independencia jurídica y la autonomía gerencial, respaldada en la decisión voluntaria por parte de quienes la constituyen.

Narváez y Cols. (2009) acuñan una serie de principios que se consideran fundamentales en el éxito de la constitución de la asociatividad empresarial, potenciando sus propósitos:

a. Competencia: la capacidad y el deseo de hacer mejor lo que otros también hacen. Al respecto es importante destacar que para conformar un modelo asociativo entre empresas, se considera necesario que las mismas integren un mismo sector industrial y sean competidoras entre sí.

b. Cooperación: se produce entre empresas competidoras. Los asociados aportan recursos similares y se comprometen de manera mutua para alcanzar los objetivos.

c. Participación: compromiso activo en la toma de decisiones.

d. Confianza: es el fundamento de la asociación empresarial, pues tal como expresa Cervilla (2007), el espíritu de cooperación, confianza, entendimiento y apertura es básico para toda iniciativa de asociatividad.

e. Consecución de objetivos comunes: el fin es encontrar una sinergia estratégica proveniente de la complementariedad de las empresas que conforman la asociación” (p.163)

De acuerdo con el Centro de importaciones y exportaciones de Nicaragua (2010). Las motivaciones por las cuales las empresas hoy en día deciden asociarse son: disminuye las debilidades internas ya conocidas el interior de la empresa, se potencializan sus capacidades, se refuerzan para obtener una mejor posición en el mercado, consiguen nuevos mercados y se vuelven más visibles, cambian su modelo económico y se acercan más a las nuevas formas de ver el mundo empresarial, y por último desarrollan un nuevo nivel de tecnología en su interior.

La literatura internacional actual presenta las experiencias o aprendizajes relacionados con las posibles asociatividades o redes, dando a conocer los impactos obtenidos en las empresas y cómo llegan a tocar su economía. Las cooperaciones que se puedan dar en las empresas juegan un rol muy importante en la conformación de futuras asociatividades o redes y muestra dos enfoques: el primero, relacionado con el análisis de lo que sucede al interior de la asociatividad y el segundo, cómo influye o afecta el entorno (Castellanos, 2010).

La asociatividad al lado de otros conceptos, se convierten en la base fundamental para el desarrollo de diversas estrategias como redes verticales, redes horizontales, los cluster, las cadenas productivas, las cooperativas, las alianzas y consocios. (Santos Povis Jose, 2006.).

En la actualidad se reconocen varias formas de asociatividad, algunas de ellas son:

2.1.1 Enfoque de red

El trabajo en red corresponde a un proceso asociativo que, en el caso de las organizaciones empresariales, se ha considerado como una estrategia que da respuesta a la globalización que matiza al actual mercado y al carácter del cliente como agente que define los productos y servicios que se le ofrecen. De acuerdo con el trabajo de Grueso, Gómez y Garay (2011) la pertenencia a una red ofrece mayor solidez y competitividad a las organizaciones empresariales que la conforman, en parte porque abre las puertas a las acciones de innovación.

Ríos (s.f.) sugiere la importancia de establecer a qué se refiere el concepto de red ya que puede confundirse con otros usos que se hace del término pero en contextos diferentes a los que ocupan este documento, la salud. Dado que existen diferentes tipos de redes (neuronales, alimenticias, moleculares, informáticas, sociales) se han logrado identificar sus propiedades y efectos gracias a los procesos investigativos, permitiendo así diferenciar a las redes sociales.

El análisis de redes y en especial de las actuales redes sociales obedece a un análisis estructural conformado por una estructura que establece límites y oportunidades a la actividad. El análisis hace énfasis en las relaciones o vínculos que se establecen entre las unidades, los patrones que forman y su grado de afectación entre sí. Los principios que gobiernan las redes sociales se han denominado mundo pequeño, leyes de potencia y conectividad (Ríos, s.f.).

Ríos (s.f.) afirma que la tendencia en los países latinoamericanos hacia la sociabilidad más que hacia la asociatividad restringe el trabajo en red ya que demanda la confianza en extraños y entraña la ausencia de compromiso personal debido a la falta de incentivos y reconocimientos que promuevan el trabajo colaborativo. Por tanto, en el caso Colombia habría que considerar qué grado de asociatividad se encuentra presente para así definir restricciones posibles asociadas a la implementación de un trabajo en red.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2010) las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (p.15).

Es así como la estrategia de la asociatividad, con su enfoque de red, se convierte en una ventana de oportunidades para mejorar la prestación de los servicios de salud. De manera que si se inicia con unas óptimas relaciones al interior de las instituciones prestadoras de servicio en salud, se posibilitaría la conformación de una estrategia asociativa.

Esta integración de servicios de salud se puede consolidar por medio de estrategias que le den opciones a los prestadores de servicios para que se complementen entre diferentes instituciones prestadoras, independientemente de sus características públicas o privadas OPS (2010), las redes de cooperación, crean una respuesta a las necesidades de las empresas y a las actuales exigencias que se generan de la competitividad, esta nueva forma de organización presenta valor en modelos de estrategias al interior de las empresas, se pueden distinguir entre esas posibles organizaciones las redes horizontales, redes verticales, redes interorganizativas, regionales, sociales, burocráticas y propietarias Michalus, Hernández y Sarache (2009).

Son las redes y sus diferentes formas complejas dentro de las empresas o instituciones las que generan una nueva forma de ver la empresa y lograr su envergadura dentro del sector económico en que se encuentra, las redes y su complejidad, dan paso para que las empresas de orden público o privada según el caso se los nuevos modelos lógicos de relaciones de un mundo globalizado.

Respecto a la salud, las redes buscan la organización de la provisión de servicios de salud a través de coordinaciones en red. Su operación no obedece por completo a la lógica del mercado y ni a burocracias de forma que, recientemente, han aparecido otras formas en las que se llega a acuerdos voluntarios para la prestación de servicios, acordar precios, realizar contratos, establecer alianzas estratégicas y realizar otro tanto de formas organizacionales posibles de describir mediante el análisis de redes sociales (Ríos, s.f.).

2.1.1.1 Redes como ecosistemas

Una forma de aproximarse a la lógica que gobierna las relaciones entre las empresas, es aquella que las comprende como organismos vivos que se integran dentro de un ecosistema. El ecosistema de negocios se inspira en la biología como estructura, teniendo en cuenta sus patrones y ciclos de vida. Desde esta perspectiva, las personas son pensadas como diferentes y separadas; y los elementos son patrones y posibilidades. En este mundo de los negocios, la economía adquiere una propiedad cambiante y una alta complejidad bajo la forma de un sistema dentro de la cual se tejen formas de relacionarse (Peltoniemi, 2005).

La complejidad se caracteriza por la irreductibilidad, el comportamiento emergente, la impredecibilidad y regularidad (Merry, 1995 citado por Peltoniemi, 2005). Por lo tanto, el sistema no se puede fraccionar en unidades para su

respectivo estudio como conjunto, al contrario se debe aproximar al sistema abordándolo como un todo, de manera que las empresas que integran el sistema deben comprenderse como un mundo en su totalidad (Peltoniemi, 2005).

Según los autores anteriores, las asociatividades en las diferentes empresas deben tener en cuenta las múltiples complejidades al interior de las mismas, y como estas situaciones podrían afectar las posibles relaciones que se generen con las demás, el comportamiento emergente es una forma de impredecibilidad dado que sucede cuando un comportamiento macro no se puede visibilizar en un comportamiento micro (Peltoniemi, 2005). Así, lo que “hace diferente a” una empresa no podría comprenderse por fuera del sistema que integra. Para efectos de éste estudio, las instituciones prestadoras de servicios en salud deben comprenderse como agentes relacionadas dentro de la lógica del mundo al que pertenecen.

La regularidad, hace referencia a la repetición de patrones en el tiempo y son detectados en la medida en que se comprende el sistema completo (Peltoniemi, 2005). De manera que lo que ha venido sucediendo reiteradamente con las instituciones prestadoras de servicios en salud de manera frecuente y casi que predecible, obedece a un patrón propio de su ecosistema de negocios, y sólo se puede comprender en la medida que se aborde el sistema dentro del cual funciona.

Desde la perspectiva del ecosistemas de negocios, los sistemas deben contar con la habilidad de adaptarse mediante una planificación flexible a los cambios que pueda enfrentar, sin perder el progreso que hasta el momento haya logrado (Peltoniemi, 2005). Por consiguiente, el mundo de los negocios en salud, asumido como sistema, debe adaptarse a las demandas del entorno dentro del cual se dinamiza.

La aplicación de la complejidad al modelo de organizaciones implica los conceptos de adaptación, organización de la misma y emergencia. En este

sentido, la población organizacional o de empresas no es lineal, explora el espacio de posibilidades y construye su propio futuro llevando a resultados impredecibles (Peltoniemi, 2005).

En el ámbito empresarial, los ecosistemas de negocios favorecen la ventaja competitiva en la medida en que consiguen expandir y remodelar el mercado y la jerarquía organizacional. Gracias al paradigma de los ecosistemas y su forma de abordar los vínculos que se crean entre las organizaciones, las direcciones empresariales han logrado coordinar la innovación como complemento para sobresalir en el mercado (Moore, 2005).

Los ecosistemas de negocios buscan que todas las compañías involucradas en la elaboración de un producto para algún cliente específico, se encuentren interactuando armónica y sincrónicamente para conseguir dicho producto (Moore, 2005). Dentro de estos ecosistemas pueden encontrarse muchos participantes que pueden ser empresas u organizaciones, de forma que su interconexión hace que una tenga algún efecto sobre otra; y sus interacciones pueden ser competitivas o cooperativas (Peltoniemi, 2005). En el caso de la prestación de servicios, el objetivo sería la acción articulada de todos los agentes participativos en el ofrecimiento de un servicio de salud para un usuario específico.

En el ámbito de los ecosistemas de negocios, Moore (2005) considera como fundamental que las autoridades de orden local y nacional tengan conocimiento acerca de la naturaleza, forma, estructura y operación del ecosistema de manera que no interrumpan con sus objetivos y así también logren conectarse con los puntos de conexión que le permiten fortalecer al ecosistema su ventaja competitiva. Para el sector salud en Colombia, compartir con los distintos actores del área el mismo lenguaje estratégico en cuanto a formas de mejorar el servicio, contribuiría a una participación óptima y la generación de políticas públicas que fortalezcan la prestación de servicios en salud

El matiz cooperativista del ecosistema de negocios ofrece una perspectiva de coordinación entre diversos agentes que ofrecen un mismo producto para lograr que ese espacio socioeconómico se conduzca en vía de su desarrollo (Moore, 2005).

Para Peltoniemi (2005) la coevolución es la evolución conjunta de las organizaciones que interactúan entre ellas, de tal manera que la decisión que tome una organización puede forzar o permitir a otras organizaciones a tomar decisiones. Sin embargo, las organizaciones deben tener influencia sobre el ambiente y esta a su vez sobre ellas. La interacción entre un sistema adaptativo complejo y su ambiente es llamado coevolución (Choi y cols., 1999 citado por Peltoniemi, 2005).

El mecanismo de retroalimentación en los ecosistemas de negocios se fundamenta en las observaciones y sugerencias por parte de los consumidores del producto ofrecido (Moore, 2005). Para las empresas prestadoras de servicios en salud, la escucha activa por parte de los usuarios representaría una de las principales fuentes de retroalimentación acerca de la continuidad y calidad de los servicios recibidos.

El paradigma que propone el ecosistema para comprender la forma en que se tejen las redes entre distintas organizaciones da cuenta de configuraciones que pueden darse de manera prevista o planeada, o de forma emergente. Desde este punto de vista, la asociatividad, que implica la conformación de redes, puede generarse de forma espontánea o formal, mediante acuerdos informales o contractuales.

2.1.2 Alianzas

Las alianzas pueden definirse como “herramientas de ensamble” con la capacidad de reunir intereses de distintos sectores con el propósito de “una acción colectiva que ponga en marcha toda la capacidad del país a fin de

consumar la transformación económica”. (Devlin y Moguillansky, 2009 p.66) Al respecto la escuela neoliberal advierte la posibilidad de que la sociedad empeore dentro de la estructura del grupo, llegando incluso a desconocer el objetivo común que se comparte (Devlin y Moguillansky, 2009)

La naturaleza de las alianzas es idiosincrásica y depende de las condiciones que caracterizan a cada país, de forma que no cuentan con fórmulas para su estructuración y funcionamiento. Por ejemplo Irlanda, con su cultura particular, da cuenta de una de las experiencias de alianza público-privada exitosa que hace que el país haya logrado una de las mayores transformaciones económicas luego de la guerra cuando era uno de los países más pobres de Europa, lo cual puede comprenderse desde las condiciones e idiosincrasia propias de dicho país (Devlin y Moguillansky, 2009).

Devlin y Moguillansky (2009) refieren que el enfoque neoestructuralista se ha convertido en una de las oportunidades para posicionarse en el mercado y el perfeccionamiento a mediano o largo plazo. Dentro de las estrategias de éste enfoque se requieren de algunos requisitos para el caso del sector público y privado, particularmente en lo que se refiere a las alianzas de carácter públicos-privadas, exigiendo que el Estado colabore fuertemente con el sector público, salvaguardando el bienestar público.

Así mismo, la colaboración entre el sector público y privado alianzas publico privadas para el desarrollo económico requiere de un “proceso social” bajo un diseño institucional eficaz (Muñoz, 2000 citado por Devlin y Moguillansky, 2009). Este diseño “debe ayudar a las partes a superar sus propios obstáculos de información asimétrica para que se puedan identificar las oportunidades beneficiosas para la sociedad, restricciones principales y actividades de promoción eficaces” (Devlin y Moguillansky, 2009 p. 66).

Las alianzas de carácter público-privado pueden incorporar actores sociales diferentes a los del sector empresarial en aras de obtener un respaldo

político, necesario para perdurar en el mediano y largo plazo. Estos pueden ser el sector académico y sindical (Devlin y Moguillansky, 2009).

Las alianzas público-privadas fundamentadas en un alto consenso consiguen una “uniformidad relativa en las estrategias entre ciclos electorales y a mediano y largo plazo”, dado que como proceso genera la inclusión de las partes interesadas –las élites y el gobierno, particularmente- en cuanto a las estrategias y, a la vez, se presta como evaluación pública de su eficacia y de las políticas públicas relacionadas (Devlin y Moguillansky, 2009).

Como proceso, la construcción de consensos depende de factores “como la disposición cultural, las estructuras políticas y la configuración y el poder de los diferentes grupos sociales, el liderazgo, la visión política y el sentido de urgencia entre otros” (Devlin y Moguillansky, 2009 p.74). La correcta estructuración y administración de los marcos institucionales se pueden convertir, con el tiempo, en factores contribuyentes del consenso (Devlin y Moguillansky, 2009).

La propuesta de Devlin y Moguillansky (2009) dan cuenta de cómo las estrategias administrativas que planea y desarrolle una organización empresarial esta sujeta a un escenario socio-político que, de alguna forma, entraría a trazar las oportunidades de negocio y de su funcionamiento. En el caso del sector salud en Colombia, desde luego la normatividad sería un aspecto relevante que direcciona y enmarca la forma en que los actores del SGSSS se dinamizan y articulan entre sí.

2.1.3 Clusters

Un "cluster" es un sistema al que pertenecen empresas y ramas industriales que establecen vínculos de interdependencia funcional para el desarrollo de sus procesos productivos y para la obtención de determinados productos o, dicho de otro modo, un cluster, podría definirse como un conjunto o grupo de empresas pertenecientes a diversos sectores, ubicadas en una zona geográfica limitada,

interrelacionadas mutuamente en los sentidos vertical, horizontal y colateral en torno a unos mercados, tecnologías y capitales productivos que constituyen núcleos dinámicos del sector industrial, formando un sistema interactivo en el que, con el apoyo decidido de la Administración, pueden mejorar su competitividad (Perego, s.f.),

Los cluster en salud se han considerado como una estrategia que favorece una percepción positiva acerca de la salud pública e incrementa la demanda prioritaria. De esta manera, se lograría una excelencia administrativa, la generación de riquezas, la integración del sector salud con otros espacios, la renovación de la sanidad y la creación de incentivos novedosos y motivadores en el área (Azua, 2003).

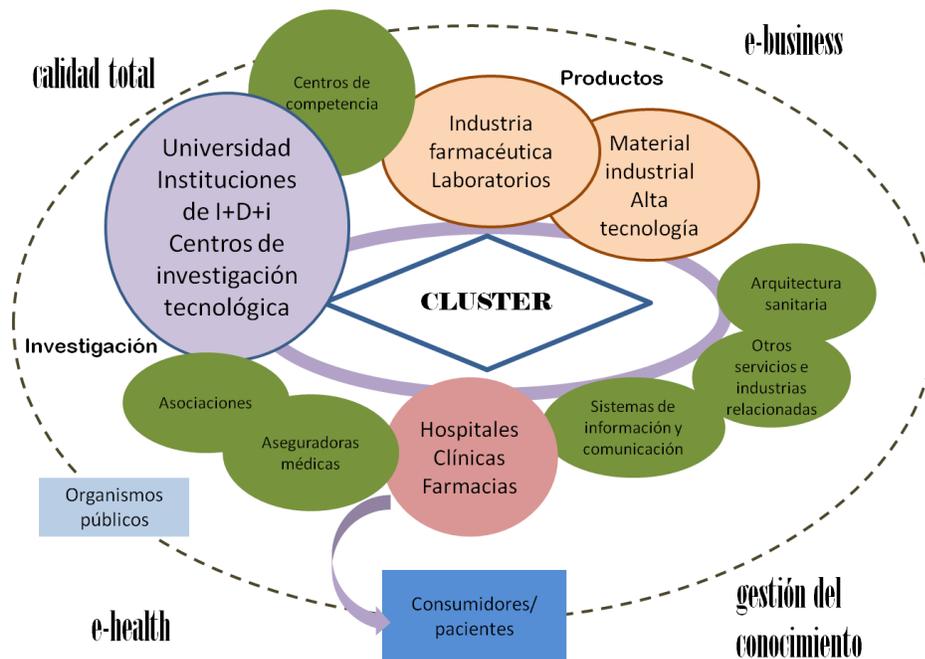
Mediante la clusterización se daría respuesta a la multitud de fuerzas que recaen sobre el sector de la salud y que lo han llevado a una resignificación del mismo. Dichas fuerzas se han hecho evidentes en la complejidad y continuada evolución de las técnicas que se aplican a la asistencia, las nuevas direcciones en la investigación y desarrollo, y el apresurado avance de las tecnologías de la información y la comunicación. De otro lado, aparecen las continuas demandas sociales de un servicio en salud continuo y con calidad junto con el incremento en el envejecimiento de la población y la importancia de la vigilancia y control de los presupuestos públicos (Fundación Bamberg, 2007).

El primer boletín informativo del Cluster de Servicios Médicos de Medellín (Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquía CTA, 2006), incluye una definición acerca de lo que significa un clúster: una agrupación de instituciones, empresas y organizaciones que contribuyen al desarrollo de determinado sector (Porter, 1991 citado por CTA, 2006, Párrafo 4). La CMA Consultores Asociados S.I. (s.f.), firma asesora de empresas, define el cluster como el conjunto de empresas relacionadas entre sí, tanto por su actividad como por su dedicación como por sus prácticas comerciales, en un área geográfica determinada. Desde esta

perspectiva, el sector salud podría beneficiarse y mitigar sus falencias mediante la conformación de alianzas que conlleven al mejoramiento del servicio dentro de un territorio geográfico específico.

Como modelo de organización empresarial, el cluster se basa en la dinámica que se da, inicialmente, entre una serie de organizaciones que se encuentran interrelacionadas dentro de un área geográficamente diferenciada, continuando hacia una necesidad de innovación y aprovechamiento de la cercanía, para luego crecer progresivamente en términos de competitividad sostenible y solidaria. Su desarrollo se puede dar en dirección horizontal mediante el alcance de altos niveles de financiación, la comunicación del conocimiento y la constitución de grupos que tengan mayor acceso a las administradoras públicas (Azúa, 2003). De esta manera, se permite a cada socio que se beneficie como su trabajar a gran escala y estuviera constituido formalmente sin sacrificar su flexibilidad (CMA Consultores asociados S.L., s.f.).

Figura 1. El cluster de salud



Fuente: Fundación Bamberg (2007) Ciclos de los cluster de salud. Andalucía: conferencia

Dentro del marco del cluster, los agentes participantes principales son las empresas tractoras, empresas no tractoras y los socios honoríficos, los cuales demandan altos niveles de coordinación y la constitución de comisiones de trabajo. Los agentes mencionados actúan en las siguientes líneas: información y comunicación, formación, tecnología, calidad, gestión y conocimiento, estructura interempresarial, sinergias, colaboración con gobiernos e instituciones, colaboración con otros clusters, promoción y marketing exterior, e internalización. En medio de la actuación del cluster, como forma de asociatividad, aparecen otros agentes participantes como otros clusters, gobierno e instituciones, universidades, y otros agentes del mercado (Azúa, 2003).

En la conferencia Ciclo de los Clusters de Salud, liderada por la consejera de Salud de Andalucía, España, María de Jesús Montero (Fundación Bamberg, 2007) se propone el siguiente esquema (Ver figura 2) para exponer quienes y de qué manera estarían interrelacionados los diferentes agentes dentro de un cluster de salud, el cual obedece a un conjunto de organismos, empresas e instituciones que tienen una relación con la salud de la comunidad (organismos oficiales, hospitales, centros de salud, farmacias, centros académicos, empresas de equipamiento sanitario, laboratorios farmacéuticos, asociaciones de pacientes, entre otros). Los objetivos generales para todo cluster, independientemente de la función de las entidades que lo integran y del área geográfica en que se desarrolla, son los siguientes: fomento de la investigación y su aplicación para el desarrollo e innovación de la región; facilitar un esquema para el desarrollo de productos y experimentación clínica; consolidación de las relaciones existentes y conformación de nuevos vínculos entre los agentes participantes; promover la gestión del conocimiento y de los mejores recursos humanos; mejorar la imagen de gestión de los servicios en salud; y, crear un espacio de desarrollo de empresas de derivados y de productos secundarios considerando los existentes.

El municipio de Medellín, departamento de Antioquia, ha retomado varios estudios (Cámara de comercio de Medellín para Antioquia, 2006-2008) de forma que se incluya el cluster como una estrategia que favorecerá la ventaja competitiva tanto de Antioquia como de Medellín, no sin hacer caso omiso de las características y dinámica de la competitividad empresarial en Colombia. Mencionados estudios vislumbran y consolidan la iniciativa cluster como una herramienta potencial para el desarrollo económico del tejido empresarial mediante la conformación de redes de negocios y la identificación de oportunidades de mercado.

2.2 Las redes y su valor más significativo, la Confianza.

Según los autores, Kai Wehmeyer, Kai Riemer and Bernd Schneider 2001, actualmente el proceso de especialización de las empresas lleva a una creciente necesidad de cooperación. Antes se observaban pocas relaciones por ejemplo, entre proveedores y mayoristas pero ahora, la participación en complejos sistemas interorganizacionales (IOS) como lo son las redes de empresas, alianzas, redes de valor, las organizaciones virtuales, etc. Requieren la atención a un mayor número de relaciones, donde la confianza toma una relevancia cada vez mayor.

De acuerdo con Gambetta (1988 citado por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010) las alianzas conformadas desde el enfoque de capital social requiere que existan niveles de compromiso y confianza entre los socios que pertenecen a éstas.

La formación de redes entre organizaciones es impulsada por varios objetivos que se superponen parcialmente (Gambetta, 1988 citado por Pablo y Jiménez, 2010):

- La reducción del riesgo.
- Las economías de escala y / o alcance.
- Los intercambios de tecnología.
- Bloquear la competencia.
- La superación de los obstáculos impuestos por las autoridades de comercio o de inversión.
- La facilitación de la expansión internacional y la apertura de nuevos mercados (globales).
- Vincular las contribuciones complementarias de los socios en un sistema de valores
- La consecución de efectos sinérgicos.

La Confianza se define como ese vínculo que debe existir dentro de los participantes de una posible red, que genera un ambiente social y corporativo de creer en lo que hacen los demás y depositar valores de sensibilidad en pro del mejoramiento.

La confianza dentro de un acuerdo cooperativo genera beneficios como reducción de costos de transacción; ayuda a predecir el comportamiento de los socios en la fase inicial del acuerdo; e incrementa la flexibilidad operativa y estratégica para tratar con cambios no anticipados del entorno y con los desafíos organizativos, en un estudio realizado por Sánchez de Pablo y Jiménez (2010) se intentó identificar la existencia de diferentes niveles de confianza y compromiso en función del motivo en que se originan los acuerdos cooperativos. Los autores encontraron que las empresas organizadas en alianzas y cuyos motivos tienen una importancia elevada obtienen mayores niveles de confianza, que quienes tienen una importancia reducida en el acceso y adquisición de los activos del acuerdo y satisfacción del cliente.

En aquellos acuerdos cooperativos donde el aprendizaje, el acceso a recursos y capacidades complementarias; y la satisfacción del cliente son importantes, requieren de un mayor nivel de confianza dado que sus riesgos son más elevados (Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010)

Por el contrario, los menores niveles de confianza de en los acuerdos cooperativos aparecen cuando el propósito es reducir costos e incrementar la eficiencia, al parecer, debido al bajo nivel de interacción e interdependencia que se da entre las organizaciones que los conforman (Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010)

Por su parte, Acemoglu y Ozdaglar (2009) refieren que la consolidación de la confianza se hace más difícil cuando el número de entidades que conforman la red es demasiado grande. Mientras que, después de cierto nivel, entre menos enlaces

se tengan hay mayor dependencia entre los miembros de la red de forma que se hacen mayores dignos de confianza.

2.2.1 Objetos y dimensiones relevantes de la confianza

Desde la perspectiva de una empresa que es parte de una organización, la primera categoría de dimensiones de confianza son las otras empresas participantes de los cuales cada una tiene que ser visto como un objeto distinto.

En segundo lugar, la confianza que existe en la red es un sistema complejo y abstracto que depende de muchas variables.

En tercer lugar, las funciones de coordinación y finalmente la persona o institución que es responsable del cumplimiento de las tareas sea un objeto de confianza para los demás integrantes de la red (Kai Wehmeyer, Kai Riemer and Schneider, 2001)

Como una cuarta dimensión se puede indentificar como la experiencia del funcionamiento de la red en el tiempo, ya que esto fortalece los lazos de seguridad. Entender que es conjunto de creencias comunes, valores compartidos y el respeto de ciertas reglas básicas, algunos se refieren como "una especie de confianza basada en la intuición y experiencia" (Zucker, 1986)

Finalmente la quinta dimensión es la instalación de los roles los cuales puedan facilitar el desarrollo de la cooperación en un entorno de inseguridad o desconfianza.

Según Zucker (1986 citado por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010 la confianza tiene un carácter social y se desarrolla mediante tres vías:

- 1) Cuando la alianza produce resultados positivos genera una retroalimentación que puede incrementar la confianza entre los socios para unos futuros acuerdos (Gulati y Singh, 1998; Gulati *et al.* 2009 citados por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010.);

2) La presencia de características comunes en cuanto a cultura u objetivos estratégicos entre los socios, fortalece la confianza dado que promueve el sentido de identidad social con un intenso contenido emocional; (Zaheer *et al.*, 1998 citados por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010)

3) El apoyo ofrecido por mecanismos interinstitucionales que proporcionan garantías y mitigan el riesgo de la desconfianza.

La confianza entonces constituye un elemento valioso para la construcción de relaciones de negocio entre las organizaciones empresariales. Se convierte en un valor que se evidencia en el respaldo que la organización ofrece a sus beneficiarios/clientes y que se fortalece en relación con el grado de dependencia que se da entre organizaciones. Asimismo, la confianza varía según el grado de compromiso que tiene la organización para con el beneficiario final, en el caso del sector salud, el usuario del servicio en salud.

2.3 Redes Integradas de servicios en salud (RISS)

En el año 2009, en sesión del comité regional del consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud realizada en Washington se propone la política regional para la formación de las redes integradas de servicios en salud (RISS) como estrategia que contribuye a los objetivos propuestos, en el orden internacional, en cuanto al desarrollo y atención primaria en salud; de forma que se mejore el acceso, la eficiencia y calidad de los servicios en salud que se prestan (OPS-OMS, 2009).

Continuando con las consideraciones manifiestas en sesión el consejo directivo referido con anterioridad, se reconoció que los sistemas de salud en las Américas se caracterizan por la fragmentación y segmentación afectando la calidad del servicio. A ello se suma el incremento en la demanda de servicios

debido al envejecimiento de la población y los pobres estilos de vida saludable de la misma. Además, se han aplicado modelos estandarizados que desconocen las características propias de las instituciones de salud en cada país y no promueven la articulación y sinergia de las funciones de los sistemas. Igualmente, se evidenció la tendencia a promover la cooperación entre los diversos proveedores de salud y la importancia de fortalecer los mecanismos e incentivos que promueven la integración clínica y la consolidación de redes integradas. Por último, en consulta realizada por la OPS durante el periodo de mayo a noviembre del 2008 a diferentes países, sobre el tema de fragmentación de los servicios de salud, se confirma la necesidad de validar la propuesta de formación de las RISS en las Américas. (OPS-OMS, 2009)

La fragmentación de los servicios en salud se ha hecho manifiesta en diversos niveles como el acceso a servicios, la pérdida de continuidad de la atención y, falta de congruencia entre servicios y necesidades de usuarios y se ha percibido como un gran problema que representa uno de los grandes desafíos para los servicios en salud de cada país. Para los últimos años, los organismos de cooperación internacional se han enfocado en fortalecer los sistemas de salud, acogida por la OMS con la iniciativa de Maximizar las Sinergias Positivas entre los Sistemas de Salud y las iniciativas Globales de Salud (OPS-OMS, 2009).

En países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba se ha experimentado de forma óptima con la creación de las RISS y, recientemente otros países de América Latina y el Caribe están implementando métodos parecidos. Así mismo, se conocen trabajos similares adelantados en América del Norte y Europa que constituyen alternativas eficaces para el fortalecimiento de los sistemas de salud (OPS-OMS, 2009). Por tanto, dado que se reconocen resultados positivos con iniciativas del trabajo en red resultaría oportuna su adopción en otros países considerando, como se mencionó con anterioridad, las características de las instituciones de salud y las causas y consecuencias del actual sistema de salud, para cada país correspondiente, en este caso, Colombia.

Otra situación que se manifiesta en la sesión del consejo directivo (OPS-OMS, 2009) refiere al significado que se ha dado al concepto de servicios integrales de salud ya que, al parecer, la confusión al respecto ha dado pie para la ausencia de propuestas de trabajo y acciones coherentes.

Las RISS se caracterizan por la organización y operación de una serie de instituciones que presta, o hace acuerdos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales dirigidos a una población específica. Se pueden prestar mediante acuerdos contractuales o alianzas estratégicas. Esto último permite que a través de las RISS se consigan complementar los servicios de salud ofrecidos entre organismos de distinta naturaleza y así, tal vez, conseguir el propósito de equidad en el acceso a los servicios en salud y la materialización de la APS a nivel dentro de estos (OPS-OMS, 2009).

Actualmente se identifican una gran variedad de modelos de RISS que se han clasificado en tres categorías generales: a) sistemas que integran solamente personal en salud; b) sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud; c) sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud (OPS, 2009).

Son las instituciones prestadoras de servicio las que escogen la categoría de acuerdo a las necesidades y objetivos que quieran implementar con su modelo empresarial.

El concepto de servicios de salud integrales va de la mano con las RISS y es definido por la OMS (2008 citado por OPS, 2010) así:

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención

del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de la vida (Pág. 29).

La continuidad se refiere al grado de coherencia y conexión percibido por parte de los usuarios en cuanto a la serie de eventos discretos que hacen parte del cuidado de la salud y su pertinencia en relación con las necesidades y preferencias en salud para esos usuarios (OPS, 2010).

Los servicios integrales de salud se pueden definir *como un conjunto de amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional* (OPS, 2010) que comprende sitios de atención con múltiples propósitos; e integración prestadores-aseguradores en salud, servicios de salud del Ministerio de Salud-Seguridad Social, y distintos sectores de la economía.

La OPS (2010) identifica distintas modalidades de integración: a) Integración Horizontal, en la que se coordinan funciones, actividades o unidades operativas en la misma fase del proceso de producción del servicio; b) Integración vertical, que coordina las funciones, actividades o unidades operativas que se encuentran en distintas fases del proceso de producción de servicios; c) Integración virtual, dada en las relaciones y mediatizada por la colaboración entre los componentes de un sistema; y d) Integración real, dada mediante el control y propiedad directa de todas las partes del sistema.

Retomando las RISS, se consideran como atributos esenciales para su adecuado funcionamiento (OPS-OMS, 2009), los siguientes:

1. conocimiento definido acerca de la población y territorio correspondiente, identificando sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud para así establecer la oferta de servicios de salud;

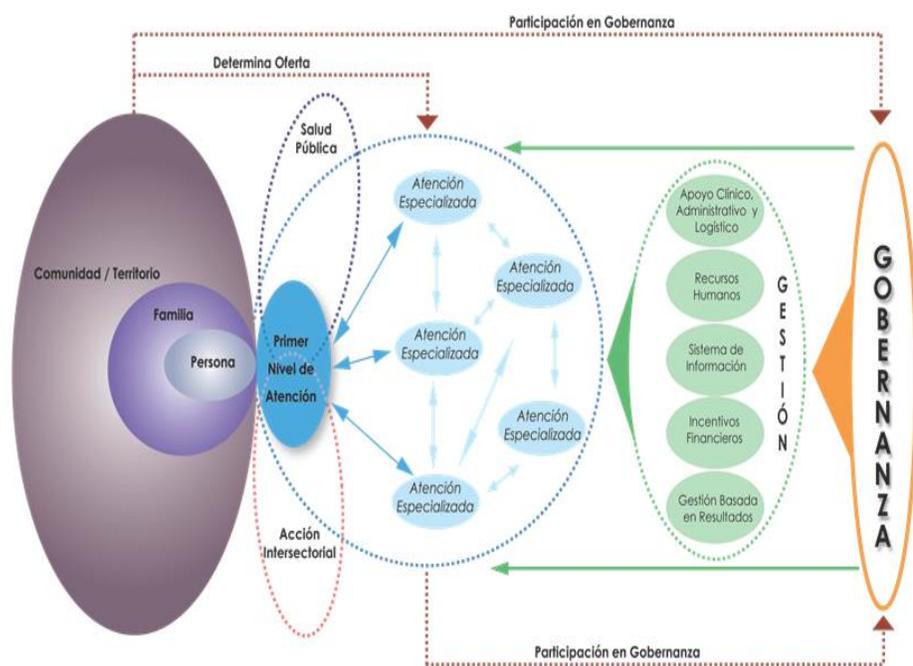
2. una red extensa de establecimientos de salud prestadores de servicios en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación, cuidados paliativos, y que compone los programas enfocados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública;
3. disposición de un primer nivel de atención multidisciplinario que comprende a toda la población y representa la principal vía de acceso al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de dar respuesta satisfactoria a la mayoría de las necesidades de salud de la población;
4. ofrecer servicios especializados en el lugar más adecuado, que por lo general se prestan en entornos extra hospitalarios;
5. contar con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo del continuo de los servicios de salud;
6. atención de salud enfocada en la persona, la familia y la comunidad, considerando las características culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población;
7. un sistema de lineamientos único (misión, visión, objetivos) para toda la red;
8. amplia participación social;
9. gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
10. recursos humanos idóneos, comprometidos, suficientes y valorados por la red;

11. sistemas de información integrado que vincule a cada uno de los miembros de la red, que incluya variables como sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes, de forma que se puedan agrupar datos a partir de cada variable;
12. financiación adecuada junto con incentivos financieros coherentes con las metas de la red;
13. acciones intersectoriales y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Los atributos se definen dada la dificultad para crear y proponer un modelo estandarizado que sea efectivo en todas las situaciones correspondientes a cada territorio. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia ganada en la implementación de RISS, se han identificado los atributos mencionados.

La OPS (2010) ofrece una representación gráfica acerca de los atributos esenciales de las RISS que permite apreciar la forma en que se relacionan entre sí (Ver Figura 2).

Figura 2. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

Fuente. Organización Panamericana de la Salud (2010), *Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, D.C. Pág. 51

De acuerdo con estudios referidos por la OPS-OMS (2009), las RISS ofrecen resultados positivos en la prestación de los servicios de salud mejorando la atención y fortaleciendo el sistema mismo de salud, aunque aún faltan evidencias empíricas que apoyen la afirmación mencionada.

La OPS (2010) afirma que, desde el punto de vista clínico, la continuidad en la asistencia en salud llegaría a asociarse con mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta y aceptabilidad de los servicios, y en la eficacia del sistema de salud.

La conformación de las RISS requiere de instrumentos políticos y mecanismos institucionales. En el primer caso se encuentran las formas y medios (estrategias y recursos) que utilizan los gobiernos para el cumplimiento de sus metas y objetivos. En el caso de los mecanismos institucionales, se encuentran aquellas instituciones gestoras/prestadoras de servicios de salud, que se pueden agrupar en vías clínicas y no clínicas (OPS-OMS, 2009).

Se recomienda la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación de las RISS de forma que se retroalimente acerca de sus resultados y se realicen los cambios oportunos para mejorar su funcionamiento (OPS-OMS, 2009).

La creación de las RISS debe generarse a partir de cada país, sus realidades locales, considerando sus características políticas, económicas, administrativas y experiencias similares. Sin embargo, debe establecerse una hoja de ruta, para definir áreas prioritarias de acción y un cronograma que oriente la ejecución. Además, son componentes importantes los incentivos para la investigación operativa, la evaluación continua de prácticas y experiencias y la difusión de conocimientos científicos sobre RISS (OPS, 2010).

El trabajo de las RISS se consolida con una unión interdisciplinaria y por etapas, no precisamente en una línea de tiempo ya que la organización tiene ciclos, pero es necesario que varios sectores respalden la formación de la red, para encontrar mejores resultados y nuevos proyectos de las redes (Minkman y Cols., 2009).

Las RISS entonces, como alternativa para orientar y direccionar la forma en que trabajarían las entidades relacionadas con el sector salud, tienen unos atributos que, en la medida que se encuentren disponibles, viabilizarán la consolidación de redes que mejoren de manera efectiva y eficaz la prestación de servicios en salud.

En el mundo de la salud se han tenido acercamiento a las RISS; un ejemplo de ello en la municipalidad de Rosario, Argentina, se documentó una propuesta paradigmática para la implementación de redes en salud por parte de Mario Rovere (1999). Su propuesta surge en búsqueda de la equidad en salud, entendiendo que *la equidad debe existir en la Atención de la Salud, en la atención médica, en la distribución del poder y del saber y en la distribución del riesgo*. Igualmente, se gesta y construye el documento con el interés de fomentar la participación de la secretaría de salud pública del territorio correspondiente de tal manera que se logre constituirse en red y para la salud de la comunidad. Para ello, el autor, líder de la propuesta, refiere la importancia de identificar el eje central alrededor del cual se constituiría la red.

En la propuesta conceptual que define los lineamientos de construcción de la red en salud, se insta a colocar el problema de la salud en términos de un asunto social y la construcción de un sujeto social, destacando la importancia y la estrategia metodológica manifiesta en una serie de encuentros académicos (cursos, conferencias, etc) antecedentes a la propuesta que permitió la identificación de problemas como la *"baja pertenencia de red del personal de salud"*, *"falta de perspectiva del usuario en la construcción de la red"*, *"ausencia de espacios intermedios de articulación y negociación"*, entre otros. (Rovere, 1999).

Rovere (1999) entiende que las redes son herramientas que favorecerán la legitimación del valor de las instituciones de salud dentro de la sociedad. En la red participa cada miembro como operador bajo una estrecha conexión o vínculo y su administración dentro de un modelo organizacional actual permite su organización y manejo. *Las redes son el lenguaje de los vínculos* en el que prevalece la valoración del comportamiento solidario, de manera que obedece a una construcción progresiva de la necesidad de las redes y la pertenencia a ellas.

Rovere (1999) realiza una estimación de los niveles que implica la construcción de las redes: a) reconocimiento: reconocer al otro; b) conocimiento:

interés por conocer al otro: c) colaboración: ayuda espontánea al otro: d) cooperación: compartir actividades de forma sistemática: e) asociación: compartir recursos mediante acuerdos o contratos. Se considera una siguiente fase denominada fusión, la cual, sin embargo se reconoce que no aparece de manera espontánea obedeciendo a otro tipo de intervenciones. El autor comprende el papel de la comunicación social como componente que interviene en los discursos de la comunidad en general y los profesionales de salud, de manera que se identifiquen formas interdisciplinarias de trabajo y la articulación intersectorial.

En el trabajo desarrollado por Rovere (1999) se muestra una aproximación a la elaboración de lo que representa y ofrece una red de trabajo en salud, desde la noción de la atención primaria en salud y el primer nivel, que permite hacer palpable y tangible la identificación de los distintos actores que debe participar dentro de ésta, el proceso en sí de construcción de la red y lo que representa como sujeto social inmerso dentro del tejido social, contextualizado en un momento socio-histórico.

Un segundo ejemplo fue la Secretaría de Salud Pública del municipio de Santiago de Cali, Colombia y el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES, (2005) quienes lideraron unas iniciativas para la apropiación de la metodología de redes en salud y evidencia la importancia de conocer los resultados de la puesta en marcha de la misma. Además, pone sobre la mesa la inquietud acerca de la socialización de experiencias similares en otras ciudades de Colombia que de cabida al conocimiento compartido y su consecuente generación de alternativas para dar solución a las brechas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en Colombia.

Contar con referentes conceptuales definidos favorece la tarea de aplicación del análisis de redes ya que evita confusiones y orienta puntualmente la búsqueda de resultados.

La propuesta de las iniciativas realizadas da cuenta de procedimientos específicos que, en primera instancia, identifica actores dentro del sistema que hacen parte de la red y la calidad de su vínculo, además del estado actual del sistema en cuanto a la congestión que presenta, sus debilidades y fortalezas, las cuales sirven como herramientas para establecer un diagnóstico de la situación, material de una propuesta de trabajo (Secretaría de Salud Pública de Cali y CEDETES, 2005).

La Secretaría de Salud Pública de Cali y CEDETES (2005) identificaron como agentes del sistema al Ministerio de Protección Social, la Secretaria de Salud Departamental, el INVIMA, Gremios, la Secretaría de salud pública municipal, los Prestadores públicos y los Prestadores privados, estableciendo para cada uno las oportunidades de trabajo, amenazas, sus debilidades y fortalezas. A partir de ello se identifica la desarticulación del sector salud con otros sectores que propenden por el bienestar social, el obstáculo en el funcionamiento del sector asociada a la cultura política, principalmente, en el mecanismo para la realización de contratos. En cuanto al sector público se encuentra que prevalece el sentido económico sobre el social en cuanto a la noción de salud, contando con una baja capacidad de inversión y un sistema de costos inflexible.

Como puntos centrales para trabajar el modelo de salud en Cali se definieron aspectos como incentivos, organizativos, de comunicación, administrativos, políticos, técnicos, de autoridad por parte de la SSM, entre otros (Secretaría de Salud Pública de Cali y CEDETES, 2005).

El ejercicio desarrollado en el Municipio de Santiago de Cali ofrece herramientas en la implementación de un modelo de redes en el sistema de salud colombiano ya que lo propone desde la normatividad colombiana. Es

posible que los actores identificados sean similares para todos los municipios de Colombia, particularmente, ciudades capitales, así como los hallazgos encontrados. Como se mencionó con anterioridad, las alianzas producen resultados positivos generando una retroalimentación que puede incrementar la confianza entre los socios para unos futuros acuerdos (Gulati y Singh, 1998; Gulati *et al.* 2009 citados por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010). De otro lado, este ejercicio refleja la iniciativa que puede aparecer en el sector público para renovar y mejorar el funcionamiento del SGSSS en Colombia, considerando el componente social de la confianza que potencia la constitución de las formas de asociatividad. Siendo la confianza uno de los componentes que sobresale cuando se generan iniciativas como estas.

2.4 Sistema de Salud en Colombia

La prestación de servicios en salud en Colombia se encuentra ligada al sistema de seguridad social en salud. El modelo adoptado obedece a un carácter público-privado, ajustado a la situación del país a través de décadas. Para el año 2001, Saénz considera que antes de la Ley 100 la situación de los hospitales era bastante precaria desde el punto de vista de (1) eficiencia (manifiesta en la baja productividad y la reducida eficiencia global); (2) calidad de la atención y (3) limitaciones en la accesibilidad a servicios de salud para la población pobre. Mientras que Ramírez (2010) afirma que el problema del SGSSS en Colombia obedece a la lógica relacional *fuentes de recursos-población cubierta* que no permite dar respuesta al principio de igualdad, bajo el cual se formula el SGSSS, por el contrario produce condiciones de desigualdad en el acceso al servicio.

El problema de la eficiencia en los hospitales obedecía, entre otros a la ausencia de los modelos administrativos que manejaran los costos, cuyo resultado era una serie de limitaciones para el ejercicio de la gestión hospitalaria. Recientemente en el país se está considerando un proyecto de Ley 210 de 2013,

que daría lugar a la reforma del sector salud que se propone el incremento de la productividad, la eficiencia, la calidad de la atención, la cobertura y la equidad de los servicios hospitalarios; mediante la adopción de dos vías, la descentralización y la creación del nuevo sistema de seguridad social.

La reforma al sistema de salud comenzó en la década de los 80 y se continuó en los 90 con la Ley 100 de 1993. Estructurando el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se destaca principalmente la afiliación al sistema y la cobertura de servicios. De ésta manera, Colombia se propone ofrecer una cobertura universal en salud, a través de un aseguramiento masivo, mediante un complejo sistema de “subsidiados cruzados” (Clavijo y Torrente, 2008).

El financiamiento se organizó por medio de dos regímenes, el *contributivo* y el *subsidiado*. Para la personas empleadas y con capacidad de pago se dispone el régimen contributivo, y para la personas de escasos recursos el régimen subsidiado. En el Régimen Contributivo, los aportes se hacen a las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), que pueden ser tanto privadas como públicas. Gracias a los aportes, las EPS cuentan con una unidad de pago por capitación (UPC) por persona asegurada. Con esta prima, los afiliados a este régimen tienen derecho al Plan Obligatorio de Salud (POS), que incluye prestaciones en el ámbito curativo y preventivo del primero, segundo y tercer nivel de atención.

Para la población afiliada al Régimen Subsidiado, parte del financiamiento proviene del 1% de las cotizaciones del Régimen Contributivo, además de partidas del presupuesto nacional, departamental y municipal, loterías e impuestos específicos. Los afiliados a este régimen tienen derecho a un POS subsidiado (POSs) que inicialmente equivalía al 50% del POS contributivo y que, progresivamente, se ha incrementado y que llegará a ser equivalente al POS contributivo para el año 2001. Los servicios que no cubre el POSs son otorgados

por los hospitales públicos que, para el efecto, continúan recibiendo presupuesto directo del Estado mediante subsidios a la oferta. Las entidades que administran este régimen se llaman Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), también son entidades públicas y privadas, entre ellas cabe destacar dos modalidades, las Cajas de Compensación Familiar y las Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones creadas por la ley 100 con el fin de atender a poblaciones pobres, con administración comunal para financiar y prestar servicios de salud. (Sáenz, 2001).

Sucesivamente la Ley 715 de 2001 dio paso a la descentralización territorial, cuyo propósito era con la no rendición de cuentas, la ineficiencia y el bajo desempeño de los hospitales, otorgar la descentralización a los alcaldes y gobernadores capacidad y poder para hacer; planificar, asignar recursos, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud; así mismo implementando programas de salud pública mediante actividades gratuitas para poblaciones necesitadas, promover el aseguramiento contributivo y garantizar el aseguramiento subsidiado, garantizar el ordenamiento de la oferta pública y privada, vigilar la calidad de los servicios, vigilar por la situación de salud de la población, realizar y favorecer la inversión en infraestructura para la atención a la salud.

Las reformas al sistema de salud han buscado disminuir la problemática generada por la implementación de diferentes leyes. Estas reformas se han concentrado en la modificación del código disciplinario con nuevas faltas para los servidores públicos que manejen recurso o desvíen este mismo; b) penas por la no atención de urgencias; c) monitorización y fiscalización de los directores de hospital; e) creación de un fondo anticorrupción del sector salud y la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos; f) redefinición del POS, estableciendo procedimientos y medicamentos que no hacen parte del pos; g) regulación de los conflictos de interés médicos; y, h) creación de otro ente en el sector de juegos de azar.

Recientemente, con el proyecto de acuerdo en estudio, Ley No. 210 de 2013, se proponía aumentar el acceso a servicios elevando su calidad y continuidad; reducir la intermediación financiera y, fortalecer la transparencia. Es así como se crea una unidad de gestión, Salud-Mía, que administrará recursos; se redefine el plan de beneficios en salud que se llamará Mi-Plan y la red de prestadores de servicios de salud hará parte de un grupo dentro del área de gestión sanitaria de los gestores de servicios de salud. Los prestadores deben contar con la infraestructura necesaria para dar respuesta a los servicios de Mi-Plan y serán supervisados por los gestores de servicios de salud y el Ministerio de Salud y de Protección Social (MinSalud, 2013).

Dentro del mismo contexto del sistema de seguridad social en Colombia, se cuentan con mecanismo que permite visibilizar la calidad del servicio en salud que se presta bajo el sistema de salud que funciona en Colombia, pero se destaca el ranking para medir la calidad en la prestación de servicios de las EPS definido por la Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Salud, este ranking se aplica en los regímenes contributivo y subsidiado.

Este instrumento califica en tres dimensiones a mencionadas entidades: a) Respeto a los derechos según los lineamientos de la Corte Constitucional; b) Evaluación de los usuarios respecto de sus EPS; c) Comportamiento de indicadores de proceso y de resultados en salud. Su propósito es mejorar el desempeño a partir de la información que ofrece y consignar una sanción moral para las entidades. Para cada dimensión, las EPS se califican en cuatro categorías posibles: alto, medio-alto, medio-bajo y bajo; según los resultados obtenidos es posible determinar el estado de la EPS en cada área, de manera que mantiene separados los tres aspectos sin producir un listado único. De acuerdo con los resultados obtenidos, para cada una de las áreas, se muestra a continuación las entidades en los regímenes subsidiado y contributivo que

obtuvieron la máxima categoría (Alta) Defensoría del Pueblo-Colombia y MinSalud (2013):

Tabla.1 EPSs del régimen subsidiado y contributivo que obtuvieron una calificación Alta para cada una de las dimensiones evaluadas en el Ranking

Dimensiones	Régimen subsidiado	Régimen Contributivo
Respeto a los derechos según los lineamientos de la Corte Constitucional	<ul style="list-style-type: none"> • CCF “Confamiliar Cartagena” • CCF Boyacá “Comfaboy” • CCF de Nariño • CCF de Sucre • Capresoca • ANAS Wayuu (EPS-1) • Asmetsalud • Emssanar • Mutual Ser 	<ul style="list-style-type: none"> • Compensar • Saludcoop • Salud Colpatria • Coomeva • Cruz Blanca
	Evaluación de los usuarios respecto de sus EPS	<ul style="list-style-type: none"> • CCF “Confamiliar Cartagena” • CCF Huila “Confamiliar Huila” • CCF Atlántico “Cajacopi” • Pijaos Salud (EPS-1) • Cafesalud

	<ul style="list-style-type: none"> • AMBUQ (Barrios Unidos Quibdó) • Mutual Ser 	
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • CCF Córdoba Comfacor • CCF de la Guajira 	
Comportamiento de indicadores de proceso y de resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> • CCF de Nariño • CCF de Sucre • MANEXKA (EPS-1 ZENU) • Capital Salud • Emssanar • Comparta • Mutual Ser 	<ul style="list-style-type: none"> • Comfenalco Antioquia • EPS/SURA • Comfenalco Valle • Sanitas • Cafesalud

Fuente: *Defensoría del Pueblo-Colombia y MinSalud (2013)*

De alguna manera, las variables consideradas para establecer el nivel de calidad de las instituciones prestadoras de servicios en salud en Colombia, puede orientar las reformas y normatividad que rige su funcionamiento y alcance.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia constituye el método del Estado para garantizar el derecho a la salud a todos sus ciudadanos, sin conseguir efectivamente los objetivos que se propone. Dada la manera en que funciona, se han generado vínculos entre prestadores de servicios que, de alguna forma, representan tipos de asociatividad, la cual se ha convertido en un mecanismo exitoso para el óptimo funcionamiento y cumplimiento de objetivos en otros sectores socioeconómicos. Parte del éxito de la asociatividad se ha fundamentado en la confianza entre actores del sistema asociado.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Considerando que el propósito del presente estudio es aproximarse a la apreciación que actores del sistema de seguridad social en salud en Colombia tienen alrededor de la asociatividad, el enfoque de redes y particularmente el componente denominado confianza, se define como no experimental, pues no se realiza intervención alguna, sino que se intenta observar el fenómeno como se da en su contexto natural (Méndez, 2001). En este caso el fenómeno sería la asociatividad y su componente confianza como se exponen en el marco teórico.

Para aproximarse a la asociatividad en instituciones del sector salud se fundamenta el estudio en la consideración conceptual que sugiere la importancia de disponer de unos aspectos intangibles para que la asociatividad sea factible y tenga óptimos resultados.

Ahora bien, dado que se reconocen los aspectos intangibles que deben estar presentes en las instituciones que hacen parte de una estrategia asociativa y que como tal puede ser una forma de trabajo que optimice los resultados del servicio ofrecido por las instituciones prestadoras de servicios en salud, el presente estudio identificará la apreciación de dichas instituciones para que, se considere la contribución de la asociatividad en el sector salud bajo el panorama del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por consiguiente, este estudio será de tipo descriptivo.

3.2 Método de investigación

La asociatividad se fundamenta en los principios de competencia, cooperación, participación, confianza y consecución de objetivos comunes. Lo anterior se aplica en la realidad propia del sector salud. Por tanto, ésta investigación aplicará el método deductivo, pues se parte de situaciones generales explicadas por un marco teórico general y se aplican en una realidad concreta (Méndez, 2001).

Instrumento Fuentes primarias, información obtenida mediante aplicación de entrevista (Ver Anexo 1).

Participantes: Gerentes de dos Instituciones Prestadoras de Servicios en salud en el municipio de Tenjo, Cundinamarca.

Participante 1 Gerente de la Empresa Social del Estado, Hospital Santa Rosa de Tenjo, desde Agosto del año 2012. Su experiencia es amplia en los conocimientos de salud pública pues venía trabajando para la Secretaria de Salud de Bogotá, desde que está en su nuevo cargo ha querido innovar y crear alianzas con las demás IPSs del municipio y la rectoría del ente municipal le ha apoyado en sus estrategias de promoción y prevención.

Participante 2 Coordinadora Administrativa de la IPSs Andar, se ha desempeñado como administradora, desde el principio del año 2013 por su experiencia tiene fortalezas en el manejo administrativo y operativo de la IPSs, su conocimiento del area se ha fortalecido con la experiencia adquirida desde hace años, se caracteriza por ser muy conciliadora y participativa de todas las actividades de promoción y prevención con las demás IPSs del municipio.

3.3 Procedimiento

En primera instancia se realizó una revisión bibliográfica relacionada con los temas principales de interés para los investigadores: sistema de salud en Colombia, asociatividad, trabajo en red y redes en salud y confianza. A partir de allí se tejen una serie de argumentos que sugieren evaluar la contribución de la asociatividad como mecanismo para articular los actores sociales del SGSSS, particularmente las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS).

Posteriormente, elaborado el instrumento, se realizan los contactos correspondientes para realizar su aplicación y así recolectar la información necesaria para responder a los objetivos del estudio en el municipio de Tenjo.

Para la elaboración de la entrevista se tuvieron como referentes los siguientes ejes de indagación:

- Organización y disposición: Aproximación al escenario local bajo el cual trabaja y funciona la institución prestadora de servicios en salud.
- Redes y asociatividad: Conocimiento y apreciación acerca de la noción de redes y su viabilidad en el sector salud.
- Confianza: Conocimiento y apreciación acerca de la confianza y su papel en las relaciones entre actores del sistema de salud.

Recolección de la información mediante la aplicación del instrumento para el posterior análisis textual de la información. Las entrevistas realizadas se grabaron en audio para su posterior transcripción (Ver Anexo 2). Se organizó la información en una matriz de sentido (Ver Tabla 1) asignando códigos (Ver Tabla 2) a los participantes y sus respuestas para cada eje de indagación así:

Tabla 2. Matriz de Sentido

Categoría	Narrativa	Interpretación
Organización y disposición	Respuestas del participante correspondiente a la categoría	del 1 la Análisis textual según contenido de las respuestas de los participantes para la categoría
	Respuestas del participante correspondiente a la categoría	del 2 la Análisis textual según
Redes y Asociatividad	Respuestas	del Análisis textual según

	participante correspondiente a la categoría	1	contenido de las respuestas de los participantes para la categoría
	Respuestas del participante correspondiente a la categoría	2	
Confianza	Respuestas del participante correspondiente a la categoría	1	Análisis textual según contenido de las respuestas de los participantes para la categoría
	Respuestas del participante correspondiente a la categoría	2	

Se realizó un análisis de contenido mediante la identificación de expresiones que correspondan con el propósito de la categoría de indagación y su correspondiente interpretación.

Tabla 3. Codificación de información recolectada

	Participante	Número de participante	Organización y disposición	Redes y asociatividad	Confianza
Código	P	1	01	03	05
	P	2	02	04	06

La interpretación, se perfilará de acuerdo con los conceptos expuestos en el marco conceptual referencial para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

Posteriormente se depura la interpretación hacia una descripción de la categoría para su correspondiente comparación con el marco conceptual de referencia y de acuerdo a los propósitos de la investigación.

3.3.1 Descripción de organizaciones participantes.

El Hospital Santa Rosa de Tenjo, fue creado Mediante Acuerdo N° 08 del 27 de Noviembre de 1944, emanado del Concejo Municipal de Tenjo, crea la Junta Municipal de Beneficencia, con el fin de organizar el Hospital Municipal, denominado Santa Rosa. Posteriormente el Hospital Santa Rosa de Tenjo, en cumplimiento del Decreto Nacional 356 de marzo 5 de 1975, se encontraba adscrito al Sistema Nacional de Salud, dependiendo administrativamente del Servicio Seccional de Salud de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca.

En desarrollo de la Política Pública de la descentralización en la prestación de los servicios de salud, el concejo del Municipio de Tenjo, expidió el Acuerdo número 08 de noviembre 27 de 1944, creando el Hospital Municipal Santa Rosa de Tenjo, como establecimiento público municipal, reestructurado en Empresa Social del Estado del orden municipal con acuerdo 52 de noviembre 28 de 1995, acto administrativo derogado por Acuerdo 010 de diciembre 4 de 2006

Sus productos y servicios son: Urgencias, traslado asistencial básico, hospitalización, Sala de Partos, cirugía ambulatoria, rayos X, Ecografías, Farmacia,

Laboratorio clínico, Fisioterapia, Optometría, Nutrición, Odontología, Promoción y prevención, sala Era, Trabajo Social, Consulta de Medicina general, Consulta de Medicina especializada.

Su Plataforma Estratégica:

MISION

La E.S.E Hospital Santa Rosa de Tenjo presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, con énfasis en promoción y prevención, con actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y salud pública, en coordinación con otras instituciones. Basa su acción en el mejoramiento continuo, con actividades de calidad, humanización y seguridad del paciente, en pro de la salud y calidad de vida de la población, el desarrollo del talento humano y la sostenibilidad financiera.

VISION

En el año 2018 seremos reconocidos como una institución departamental líder por la prestación de servicios con calidad técnica y humana, acorde con los avances tecnológicos, generando impacto social y crecimiento personal del talento humano

PRINCIPIOS

Honestidad, Transparencia, Respeto, Eficiencia

VALORES

Responsabilidad, Compromiso, Trabajo en equipo, Participación, Solidaridad, Calidez

El Hospital Local es la Empresa social del estado que tiene su jurisdicción en el Municipio de Tenjo, proporciona servicios de salud de baja y mediana complejidad,

su atención es básicamente al régimen subsidiado en especial a las EPSs Convida y Cafam.

La Institución Prestadora de Servicios (IPS) Andar se ubicó en el Municipio de Tenjo, el 10 de Noviembre de 2006, es una rama de la Clínica Partenon de Bogotá, y realizó las negociaciones con la Empresa promotora de servicios Famisanar desde ese momento.

Sus productos y servicios son: Consulta de Medicina general, Farmacia, Laboratorio clínico, Fisioterapia, Optometría, Nutrición, Odontología, Promoción y prevención, Psicología, Consulta de Medicina especializada.

Desde su habilitación de servicios de salud, ha manejado la población de EPS Famisanar, siendo esta la primera EPS contributiva, de elección de los habitantes y empresas del municipio y por consiguiente la segunda IPS más importantes dentro del pueblo.

Para el Municipio de Tenjo en su Administración Municipal, quien ejerce la rectoría en salud para su jurisdicción, ambas Instituciones prestadoras representan los aliados más importantes con los cuales se desarrollan todas las actividades de promoción y prevención. Como por ejemplo, Jornadas de Vacunación, Jornadas de Movilización contra el cáncer de seno. Su asistencia a los consejos territoriales de Seguridad Social en salud (CTSSS) son fundamentales en la toma de decisiones. Para propender por una articulación efectiva del sistema de salud.

4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

4.1 Resultados

A continuación se presenta el análisis correspondiente según las categorías de indagación que orientaron el proceso de recolección de información, creadas para responder a los objetivos de la investigación propuesta, veamos la organización y disposición de las organizaciones participantes.

4.1.1 Organización y disposición

Se identifican las instituciones prestadoras de servicios en salud que se encuentran funcionando dentro del municipio de Tenjo, además de los servicios que ofrecen. Por ejemplo, uno de los participantes da cuenta de ello cuando refiere un proceso desarrollado dentro de la institución que gerencia cuando dice "*...en la última revisión que hicimos en el entorno...*" (P202). Además que refiere la expresión *entorno*, sugiriendo que se aprecia el escenario en el que funcionan las instituciones prestadoras de servicios en salud.

En general, se reconoce la forma en que se encuentra organizado el funcionamiento administrativo de la institución prestadora de servicios. Aunque en el caso del participante 2 se identifica la naturaleza jurídica y la normatividad como la rectora de la organización administrativa de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPSS), manifiesto en la expresión "*...por su característica de empresa social del estado está normativamente regida por una junta directiva que también en virtud de los decretos reglamentarios dice cómo está conformada esta junta directiva que es la máxima instancia de dirección de la ESE*" (P202)

La toma de decisiones tiene cierto grado de autonomía, reconociendo que algunas corresponden a un ejercicio de carácter participativo en el que se involucran distintas instancias con sus representantes, particularmente en el participante 2 se hace evidente ello al referir "*...la toma de decisiones tiene dos niveles, un nivel netamente directivo que tiene algunas funciones de toma de*

decisiones propias de los cargos directivos y un segundo nivel que la toma de decisiones es un poco más amplia y más participativa..." (P202)

El apoyo entre instancias prestadoras de servicios se encuentra notablemente ligado a las actividades de salud relacionadas con la satisfacción mínima de servicios, que debe cumplir según metas establecidas por los entes nacionales. Aquellas acciones vinculadas con el POS se identifican como limitadas y escasas: *"...el hospital nos presta servicios, unos contemplados en el POS en virtud del cual se prestan servicios a las poblaciones objeto contratadas con las diferentes empresas pagadoras, EPS, régimen subsidiado y régimen contributivo, y además el hospital presta un tipo de servicios que tiene que ver el plan de intervenciones colectivas..."(P202)*. Establecen vínculos asociados a los procesos de vacunación y otros, sujetos al POS (inmunizaciones, exámenes diagnósticos, servicios complementarios) de forma que prevalece la relación mediante el ofrecimiento de servicios, pues según las narrativas los vínculos son informales: *"...vamos directamente allá y hablamos con las jefes, entonces hay días que nos prestan a una de las niñas de vacunación que estábamos coordinando los días miércoles desde la 1:30 hasta las 3:30 y ella nos daba apoyo acá en la IPSS..." (P101)*

4.1.2 Redes y asociatividad

En cuanto al conocimiento respecto a la normatividad que orienta la constitución de redes de servicios en salud y la organización en red se encuentran dos posiciones diferentes ya que en el caso del participante 1 se desconoce por completo alguna normatividad, manifiesta en su respuesta negativa, "No" (P103), mientras que el participante 2 expresó *"Si, está derivado desde la ley 1438, que expresamente tiene un capítulo destinando a la organización que deben tener los entes territoriales y cómo se deben organizar unas redes integradas de prestadores de servicios de salud" (P204)*. Ello puede establecer diferencias en

entes territoriales y cómo se deben organizar unas redes integradas de prestadores de servicios de salud" (P204). Ello puede establecer diferencias en cuanto a cómo las instituciones prestadoras de servicios en salud encuentren en la organización en redes una forma de potenciar y mejorar su oferta y calidad en sus servicios.

Se encuentra que la interacción con otras instituciones es beneficiosa, principalmente en la oferta de servicios, evidente en expresiones como "*sabiendo que ellos (otras instituciones) tienen un servicio que nosotros no tengamos fácilmente los puedo direccionar a otro lugar y sé que lo van a prestar y no le ponemos a dar tantas vueltas a un usuario" (P103), y "...optimizar una serie de recursos y potenciar una oferta de servicios a las poblaciones en unos territorios sociales..." (P204). De la mano con lo anterior se derivan consecuencias positivas como la eficacia y efectividad del servicio que generarían, posiblemente, mayor satisfacción en los usuarios.*

Se reconoce la disposición para organizarse mediante alianzas público-privadas de forma que se identifican beneficios asociados a ello, por un lado dar cumplimiento a la responsabilidad social que se tiene, "*no trabajamos para nosotros si no que estamos velando por el servicio y por el usuario, trabajamos en pro de la comunidad" (P103); mejorar el servicio, "...si hay una buena organización de parte de las entidades va a haber un buen servicio."(P103). Otro lado, se encuentra que el trabajo articulado entre lo público y lo privado no se ha iniciado y que, a pesar de que está contemplado por la norma, no se especifica de qué forma deben articularse las instancias privadas, "*pero si uno lee el documento**

presentado y aprobado según el Ministerio no es tan específico y no es tan claro cuál es el papel que tiene la red privada en la articulación que tiene con esa red aprobada" (P204).

Se identifican obstáculos que han retrasado la organización en redes asociados al desconocimiento de la importancia de considerar el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios en función de las necesidades propias de la población hacia la cual va dirigido el servicio y a la desconfianza que ha caracterizado la relación entre lo público y lo privado, *"...están empezando al revés, por la segmentación que tiene el sistema en el aseguramiento, es como decir ésta población del municipio está asegurada por quien?, cual es su EPS? Y estamos pensando en función de eso y no en quienes son las habitantes de un espacio geográfico, qué necesitan..."; "...es que hay cierta desconfianza histórica entre lo privado y lo público, entonces hay cierto celo y competencia..."(P204).*

El desconocimiento sugiere que se pierde el propósito social de una política, en éste caso aquella del sector. Como requisitos para la conformación de vínculo público-privados se proponen entonces la comunicación (*"primero que todo la comunicación, todo parte de ahí"*(P103)), la generación de articulaciones a partir de necesidades de la población junto con servicios requeridos y la confianza entre ambos sectores.

Se referencia conocimiento de experiencia de trabajo en red tanto propias como de otras ciudades aunque se menciona que son de carácter incipiente, *"nosotros manejamos las redes alternas con Bogotá y nos ha funcionado, porque como no contamos con todas la especialidades acá en el municipio"* (P103), *"Por lo demás el tema está muy incipiente"* (P204). Se consideran provechosas al ofrecer servicios compensatorios y optimizar el servicio para el usuario.

Aquellas variables que optimizarían el trabajo en red serían el mantenimiento de obligaciones contractuales durante tiempos prolongados que favorezcan la atención del usuario por un grupo de instituciones prestadoras de salud, "*...entonces el paciente necesita un control a un año seguramente ya no va a ver ese convenio con esa institución, va ver convenio con otra entonces eso es una parte que afecta...*"(P103)

Otra variable que potenciaría el trabajo en red sería el consenso entre las instituciones que conforman la red en cuanto a una serie de premisas fundamentales "*primero hay que partir de unas premisas fundamentales, si no hay consenso con esas premisas, todo el trabajo de diseño de acuerdos de formalidades incluso de temas jurídicos pierde el sentido*"(P204), lo cual constituiría una base para el funcionamiento óptimo de la red, en la que se trabajaría de forma conjunta reconociendo y aceptando el alcance y complementariedad de servicios entre los actores que la conformen.

En el caso del participante 1, la disposición a conformar una red de gestión integrada de apoyo logístico y clínico estaría sujeta a un estudio de campo que defina un perfil epidemiológico y así establecer una relación de demanda y oferta de servicios, "*...teniendo en cuenta esas causas así mismo hacer la solicitud de servicios para especialistas...*" (P103). Para el participante 2, es importante que se compartan principios y misión entre los miembros que conformaran la red, exista una óptima comunicación y se realicen negociaciones que favorezcan a todos los miembros. Se considera que con instituciones del sector privado se debe tener especial cuidado con los aspectos administrativos aunque en la medida en que se comparta el objetivo de conseguir la satisfacción del usuario, los resultados económicos esperados se consiguen y se podría lograr el trabajo en red. El sector público y privado comparten el hecho de dar cumplimiento a una normatividad, "*...es todo lo que tenemos que hacer es cumplir con una norma...*" (P204).

Dentro de las obligaciones contractuales que se establezcan en la conformación de una red se identifican el cumplimiento al usuario, un tiempo de mediano a largo plazo, *“...si estoy ofertando oftalmología, que siempre este la especialidad, porque esta es una de las falencias...”* (P103); y la adecuada administración y organización tanto dentro de la institución prestadora del servicio como entre los miembros de la red.

La modalidad contractual suele ser mediante prestación de servicios ó de compra-venta, cuyo objeto son la proveeduría de insumos, exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas especializadas, *“...tenemos diferentes contratos como laboratorio especializado otros son de pruebas radiológicas especializadas para lecturas que no son mucho porque la mayoría de los servicios que el hospital tiene habilitados pues se prestan directamente acá...”* (P204)

La asociatividad no se orientaría con el propósito de ofrecer el servicio de consulta externa para el caso del participante 1, *“consulta externa, sería de cada institución”* (P103); mientras que el participante 2 refiere que no sabría qué servicio no estaría dispuesto a direccionarlo hacia la asociatividad dada la imprecisión de la normatividad en cuanto a dicha estrategia, *“...el escenario no es claro, no se sabe como son las reglas del juego las cuales uno pueda decir sobre estos criterios el hospital apostaría a hacer algún tipo de articulación y de llegar a uno arreglos con otros actores...”* (P204)

Como limitantes para el ejercicio de la asociatividad se consideraron la falta de garantías contractuales que aseguren la prestación del servicio al usuario, el manejo contractual de la cápita y el evento, la imprecisión de la normatividad y el compromiso social que tiene la institución de carácter público en relación con aquella de carácter privado, *“...el hospital si bien es una empresa que debe mantener autosostenibilidad y debe garantizar un manejo financiero, también tiene*

una responsabilidad alta que es la social. Y en eso la red pública tiene un compromiso superior a cualquier otro prestador” (P204)

El proceso que se sigue cuando el usuario requiere un nivel de atención diferente al que tiene la institución prestadora de servicios se inicia con la valoración y remisión del médico general para luego direccionar al usuario hacia la IPSS que lo atendería según autorización de su EPS y los convenios que tenga. Sin embargo, se reconoce que en situaciones excepcionales de condiciones de salud delicadas del usuario, se ha remitido y trasladado al usuario hacia una IPSS sin haber conseguido la debida autorización de ello, dado el tiempo que representa el proceso y el riesgo para la vida del usuario: *“...se sabe que es un nivel de prioridad estamos teniendo dificultades en los tiempos para que ese usuario pueda entrar a ese nivel de complejidad, porque dependemos de la red contratada que tiene el asegurador. Cuando no debe ser terminamos haciendo cosas que dice en el sistema no se deben hacer; que tu salgas con un paciente en traslado primero sin tener una confirmación exacta de la entidad receptora...”* (P204)

El conocimiento acerca de indicadores de calidad, rentabilidad y producción no se conoce. En el caso del participante 2 se identifica un interés para acceder a ésta información como referente para la selección del usuario en cuanto a la IPSS que quisiera que lo atendiera, además enfatiza en las diferencias de obligaciones entre IPSS públicas y privadas dado que las primeras deben hacer unos reportes que den cuenta de su ejecución mientras que las segundas estarían exentas de ello, *“...que pueda haber un ranking de prestadores hasta que el paciente diga cuál es el hospital que tiene menos riesgo ...y que cuando escoja una EPS, escoja por que tiene los mejores indicadores...”* (P204) Es así, como en este caso se reconoce la importancia de generar datos relacionados con indicadores que den cuenta de la eficacia y efectividad de las IPSS en la prestación de su servicio y del

derecho a acceder a dicha información. *“...hoy el ministerio está trabajando en eso que solo los públicos estamos obligados, hoy puedes ver quien tiene mejor solvencia económica en la pagina del ministerio, pero el privado no está en el mismo nivel de hacerlo hoy en día y debería hacerlo.”* (P204)

4.1.3 Confianza

La noción que se tiene de confianza empresarial se relaciona con la garantía que se puede tener en cuanto a los ofrecimientos que tiene una determinada institución, de manera que quien sea su usuario conoce a cabalidad de que dispone respecto de ésta, *“...desde el principio queda todo claro yo (la institución) sé hasta dónde puedo ofrecer y yo (la institución) sé qué no puede haber ningún inconveniente...”* (P103). También se considera una confianza a nivel interno, de quienes trabajan para la empresa, que genera un valor agregado en la medida que se transmite hacia todos los agentes externos con quienes tiene trato la empresa (proveedores, usuarios), de forma que otras empresas estarían interesadas en tener convenios con ella, *“...se da cuando la gente que está contigo en la empresa cree y está convencida del valor agregado que da su empresa... no solo los usuarios buscan confianza si no las empresas buscan convenios que generen valor”* (P206). Así, la confianza representa un valor y constituye un respaldo para quien establezca cualquier forma de relación con la empresa.

La fiabilidad de la información que ofrecen las IPSS del municipio es mínima ya que se considera que su propósito es presentar los mejores resultados posibles y que, internamente, no se cree en los indicadores que se manejan, particularmente los de carácter financiero; *“...nunca podría decir que es confiable, porque cada institución trata de presentar lo mejor de sí...”* (P105) y *“...tanto como la circular 030 que es obligatoria y decreto 2193 son obligatorios, cuando uno va ver cada uno de esas se da cuenta que hay inconsistencias ...entonces digamos que la información de hoy en salud es una cosa que estamos en deuda...”* (P206).

Adicionalmente, se considera que las EPS tienen ventajas frente a las IPSS porque generan información interna fiable que les permite tomar decisiones estratégicas pero que no comparten con quienes deberían considerarse sus principales aliados, las IPSS: *“La EPS tiene unos análisis de costos de su población que ni siquiera comparte con su prestador que debería ser su aliado estratégico, entonces es como si tuviera una bolsa negra que tiene información que ni el ministerio tiene...”* (P206).

En cuanto a la relación entre las IPSS y las EPS, las primeras funcionan sin contar con una información financiera que permitiera planificar mejor sus aspectos administrativos, de forma que se optimicen los recursos disponibles junto con el mejoramiento del servicio que se le ofrece al usuario. La disponibilidad de información veraz retroalimentaría al sistema de salud de forma que realice ajustes conforme con el estado y la viabilidad financiera, *“...cuando van a fijar esos contenidos del POS van y le piden, déjenos ver el último estudio que hicieron de cómo está por sectores la distribución del UPC, pero es una información que ni el mismo ministerio tiene ...cosas muy buenas pero que por todos los intereses que se mueven por los actores del sistema no se le ha dado desarrollo, por eso está ahí los sistemas de costos , del ranking ...si todos nos pusiéramos de acuerdo a como se manejan las cosas”* (P206)

En lo que respecta a convenios para la prestación de servicios, en el caso del participante 1 se hace referencia sólo a una EPS, mientras que en el otro caso, el participante 2 hace referencia a convenios para el régimen contributivo, subsidiado y otros asociados a riesgos profesionales. Además se califica de complejo el estado de contratación, *“el estado actual de la contratación es una estado que ha sido complejo , por los intereses que tiene el asegurador y que a veces no está sintonizado con su prestador y no sintiera que no es una alianza estratégica para que se fortalezca ...ahora tenemos contratos de ambos regímenes de subsidiado y contributivo ...hay una serie de contratos que están*

con otro tipo de régimen esta las FFMM y POLICIA y tenemos otros que ya no tiene que ver por el pos, si no con los riesgos laborales” (P206) Por tanto, la contratación como forma de convenios interinstitucionales no se visualiza como un estrategia administrativa y la forma en que se da complejiza en sí los vínculos entre éstas.

Aquellos motivos que evitan la prestación de servicios en salud a EPS contributivas y subsidiadas se relacionan con la lectura que se hace de la cobertura satisfecha en el municipio, asumiendo que entonces no hay oportunidad de establecer algún vínculo contractual, *“...la mayoría de EPS ya están cubiertas por el municipio” (P105)*

Del mismo lado, se consideran que las condiciones y costos estipulados por la IPSS no le resultan atractivos a las EPS, quienes prefieren vincularse con aquellas instituciones que tengan la tarifa más baja, otorgando prioridad al aspecto económico, *“el interés que ha mostrado el hospital por ampliar su oferta de servicios a otras EPS ha estado obstruido por la falta de interés de esas EPS de hacerlo...porque ellos (EPS) lo que buscan es el menor precio en la prestación en la contratación...”(P206)*

El riesgo de compartir información siempre estará presente. Se teme el uso que se haga de la información compartida por la IPSS, particularmente que se manipule para beneficio de otras IPSS, *“...yo te puedo facilitar mi población para vacunación, pero yo no sé como lo puedan manipular las otras IPSS, que sea a favor de ellos o nos pueda afectar...” (P105)*. Se sugiere que, a pesar de formalizarse la entrega de información mediante documentos contractuales o actas, se cree un ente líder que regule, supervise y garantice el adecuado uso de la información que la IPSS facilite, sobretodo en el escenario actual en el que la asociatividad es incipiente; *“... entonces en los espacios donde no hay experiencia se requiere que un liderazgo, alguien que tenga la capacidad de liderar esas*

rectorías para que ese tema de la redes se organice y puede que confluyan los diferentes intereses...” (P206)

Se manifiesta disposición para aceptar y brindar apoyo en el mejoramiento de los procesos administrativos que lidera la IPSS, encontrando que ello favorecería los intereses comunes que se tienen en cuanto al beneficio del usuario y los distintos actores del sistema, y lo enriquecedor que puede ser la socialización de experiencias respecto del sector salud así como la gestión del conocimiento que poseen actores como EPS e IPSS: *“...es lo que uno aspira cuando hay un trabajo, que haya articulación , pues es donde empieza a jugar eso las cosas que se pueden poner a jugar en el cual tu das pero también recibes, por que puede haber otro que tenga una fortaleza...” (P206)*. El apoyo se daría mediante encuentros mensuales y el intercambio de información en cuanto a las estrategias de trabajo y experiencias, como lo indica la expresión *“Reuniones mensuales” (P105)*

Como elementos que fortalecerían la confianza entre instituciones prestadoras de servicios, se consideran, primero, que la información sea manipulada y concentrada en una sola persona, *“...si tú ves varias personas uno no sabe para qué van a utilizar la información que yo estoy suministrando...”(P105)*, que actúe como líder realizando análisis de fortalezas y debilidades de las distintas instituciones presentes en el contexto local. Segundo, la consolidación de una política que legitime e institucionalice el ejercicio de la confianza como producto de un proceso de construcción dado en el tiempo mediante acciones determinadas, *“...eso (la confianza) debe ser una política y todos debemos creerlo porque el momento que cambien las personas el proceso se va” (P206)*

Asumir un rol cooperativo representa beneficios para las IPSS y los usuarios en la medida en que el escenario bajo el cual juegan las instituciones

respecto a la forma de contratación y el nivel de complejidad que manejan funcione diferente, pues la actual, ha generado formas de competencia que puede afectar el servicio y la salud del usuario, por ejemplo se prefiere un usuario enfermo que demande servicios de tercer nivel, si no fuera así, las instituciones prestadoras de servicios en salud de tercer nivel no lograrían sostenerse.

La cooperación entonces demanda un escenario diferente en el que, efectivamente, represente una ventaja para los intereses implicados dentro de la prestación de servicios en salud, desde luego priorizando el bienestar del usuario y ofreciéndole opciones para escoger la institución que lo atienda, *“...es muy complicado en ese escenario ...habrá acciones en las que tu estratégicamente la opción es cooperar y hacer alianza estratégica, y cuando las circunstancias te lo den y en cierto marco es ser competitivo pues te toca ser competitivo, si las condiciones y el marco avanza para uno ser cooperativo toca hacerlo, pero hoy como yo te lo planteo no están las condiciones para hacerlo...”* (P206)

4.2 Discusión

Considerando los resultados descritos y los propósitos de la presente investigación, se encuentra que la asociatividad en el sector salud se relaciona con organización e interacción entre distintas instituciones prestadoras del servicio en salud, de forma que de manera conjunta respondan tanto a intereses de autosostenibilidad como de solventar las necesidades en salud del usuario. Se asume como una estrategia que permite complementarse entre instituciones prestadoras de servicio de forma que se mejore el servicio en salud al usuario y por ende, su calidad. Teniendo en cuenta la definición de Fernández y Narváez (2011), se reconoce el valor que representa la asociatividad para la calidad del servicio que se presta así como lo refieren los autores.

La noción de interacción respecto a la categoría de asociatividad se asemeja a la definición que ofrece la Real academia de la lengua española respecto del término *asociar*, ya que refiere unión, relación, poner junto con el propósito de conseguir un propósito en común. Diccionario de la Real Academia.

En cuanto al valor que se le da al bienestar del usuario, se encuentra que corresponde con los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (2010) y su propuesta sobre las redes integrales en salud, dado que uno de sus fines es responder por el estado de salud de quienes se benefician de sus servicios en salud, de acuerdo con éste estudio, la asociatividad como forma de organización administrativamente estratégica se considera dependiente en el sector salud, en gran medida, a la precisión con que se redacta y estipula la normatividad, particularmente en cuanto a cómo se pueden formalizar vínculos entre instituciones, particularmente, con instituciones del sector privado.

Según Narvaéz y Cols (2009) la confianza como pilar fundamental en el paradigma asociativo implica cooperación. De acuerdo a los resultados, la cooperación se entiende como un rol que se asume dependiendo del escenario de mercado que define la lógica bajo la cual se organizan las distintas instituciones de prestación de servicios en salud, considerando que en la actualidad se tiende a la competitividad basada en ofrecer las tarifas más bajas en servicios para conseguir atraer a entidades prestadoras de servicios. De hecho, competencia y cooperación se valoran como aspectos excluyentes cuando para los autores (Narvaéz y Cols, 2009) ambos constituyen la base de la asociatividad.

Narvaéz y Cols. (2009) identifican la participación como ingrediente activo en la conformación de la asociatividad. Esto puede visibilizarse en el nivel de toma de decisiones dentro de las instituciones prestadoras de servicios que implica el involucramiento de otros actores dentro de la organización.

Se identifica que la noción de confianza se materializa en la solidez de la garantía de cumplimiento respecto de lo que se ofrece al usuario de la institución prestadora de servicios en salud y sus distintos contratantes. En la medida que se garantice la disponibilidad del servicio al usuario se fortalece la confianza. Adicionalmente se consideran dos formas de confianza de manera que la una conlleva a la otra. La confianza que surge al interior de la organización, entre las distintas relaciones que se tejen y según el grado de esa confianza, se transmitirá a agentes externos con quienes la organización empresarial se relacione, creando así la otra forma de confianza. Por tanto, la confianza se logra desde adentro hacia afuera, respondiendo a las obligaciones que se compromete la institución en cumplir.

Al abordar la idea de confianza en la información, se reconoce un bajo nivel, que se mitigaría en la medida que se eligiera un actor (persona) en quien se centralice la información para que organice los distintos actores que conformarán la red. Ésta idea de confianza es contradictoria con la propuesta de Zucker (1986) y Giddens (1990) que refieren un regulación de un agente abstracto evidente en la institución o en el sistema, respectivamente, pues para las IPS resultaría indispensable contar con un agente tangible, a quien posiblemente se le pueda responsabilizar directamente de la información que posee, su uso y manipulación.

A pesar de lo anterior, se reconoce que la confianza se construye y consolida en el tiempo de manera que para fortalecerse se debe institucionalizar en una política que, finalmente, rija todas las acciones de las instituciones prestadoras de servicios en salud y los distintos actores del sistema de seguridad social en salud en Colombia. En ésta noción de confianza si aparecería la regulación abstracta (Zucker, 1987; Giddens, 1990). Además, se da cuenta de una confianza en la que se debe basar una estrategia asociativa, dado que implicaría

compartir unos principios comunes e implícitos en la relación de los actores de la red (Castellanos, 2010).

A partir del presente estudio, se establece que una forma de construir confianza es mediante la obligación contractual por periodos de tiempo prolongados que permitan a las organizaciones implicadas familiarizarse y establecer el grado de seguridad empresarial.

Las formas de asociatividad evidenciadas en las instituciones prestadoras de servicios en salud del Municipio de Tenjo, Cundinamarca, se concentran a aquellas permitidas por la normatividad que rige el sistema que, a pesar de referir el trabajo en red, resulta impreciso para los entrevistados, la determinación de cómo se deben hacer alianzas estratégicas. Además, de acuerdo con los hallazgos, se considera que las características de la contratación permitida la hacen demasiado compleja para favorecer cierta fluidez en la consolidación de vínculos contractuales con otras instituciones o actores del sistema de salud. Ello podría afectar la confianza de las instituciones del sector privado hacia aquellas del sector público.

Según los hallazgos de éste estudio, el carácter público y privado del actor del sistema de salud determina en cierta manera la posibilidad de organizarse y asociarse ya que se considera que en el sector privado, las instituciones tienen otra forma de administrarse que les favorece en la planeación estratégica, particularmente, en el hecho de contar con análisis de costos particulares cuya información constituye la base para dicha planeación.

Las instituciones prestadoras de servicios en salud consideran que la asociatividad y la confianza podrían ser reconocidos para establecer vínculos entre ambas. A pesar de reconocer en la primera como una ventaja que optimizaría la eficacia y efectividad de la prestación del servicio además del fortalecimiento del

beneficio del usuario, la confianza se percibe como un aspecto importante pero que no propiamente se encuentra estrechamente ligado o fundamental para la asociatividad.

Sin embargo, la confianza se considera como un valor que confiere, a la institución prestadora de servicios en salud respaldo necesario para que agentes externos se interesen en establecer alguna relación con ella, sin especificar quienes serían mencionados agentes. Representando entonces un atributo necesario para el relacionamiento estratégico.

En la conformación de relaciones asociativas entre instituciones prestadoras de servicios en salud del sector público y del sector privado, la confianza representa un eje fundamental ya que se considera que socialmente, se percibe una baja seguridad y credibilidad del sector privado hacia el sector público.

De acuerdo con éste estudio, compartir valores entre las instituciones prestadoras de servicios en salud que pertenezca a una red de trabajo para el sector o estén interesadas en conformarla, se plantea como vital para lograr el perfeccionamiento de la asociatividad. Esto es coherente con lo propuesto por Gambetta (1988, citado por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010). Siguiendo con los hallazgos de la presente investigación, en el sector salud, los valores deben aunarse hacia el beneficio del usuario, favoreciendo su acceso a los servicios de salud y respondiendo a los principios que gestan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Apreciar el escenario bajo la noción de *entorno* en el que se dinamiza y funciona la institución prestadora de servicio en salud, y reconocer cómo ésta debe dar respuesta a unas necesidades propias de la población que habita dicho entorno, corresponden con una valoración sistémica del funcionamiento y administración de la IPSS. Esto se asemeja con la propuesta de Peltoniemi (2005)

quien entiende la institución como un organismo vivo, cuyo comportamiento está sujeto a los elementos disponibles en el ambiente. Así, la IPSS se administra en relación con aspectos como la normatividad, la población que atiende, otras IPSS, entre otros; cuyo *entorno* define las cualidades de esas relaciones.

Teniendo en cuenta lo referido en los hallazgos y a pesar de no hacerse una mención directa sobre las RISS (OPS-OMS, 2009), se reconocen atributos esenciales definidos para su funcionamiento. Se mencionan la importancia de generar ofertas de servicios en salud sujetas a las características de la población y territorio en que se encuentra la IPS; el perfil poblacional; y los sistemas de información. De ésta manera se evidencia que la experiencia de la institución prestadora de servicios en salud en Tenjo identifica mediante su experiencia, atributos que desde las propuestas de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009) ya se han proclamado como importantes para la conformación de redes en el sector salud.

5. CONCLUSIONES

Los actores del sector salud entienden que la asociatividad consiste en apoyarse mediante la complementariedad en prestación de servicios, sin embargo inicialmente no se observa como una forma de fortalecer la competitividad en el escenario de la prestación de servicios, ni como una estrategia de carácter administrativo, aunque hay evidencia de su importancia organizacional en los diferentes entornos donde se ha aplicado y es especialmente promovido por entidades como la Organización Panamericana de la Salud.

El trabajo en red y la asociatividad para el sector salud, requieren de confianza, principios comunes, misión común, la búsqueda del bienestar de una

población en particular, dar cumplimiento a las exigencias normativas, satisfacer al usuario y así también, conseguir los propósitos económicos y los propios característicos de los servicios de salud.

La confianza se entiende tanto como respaldo, garantía y valor para quienes pertenecen a la organización empresarial como para quienes establecen alguna relación con ella. Se construye dentro de un proceso y requiere de su institucionalización mediante políticas que permitan que trascienda en el tiempo.

En el sector salud la relación entre confianza y asociatividad de la forma en que teóricamente se ha determinado es un espacio por desarrollar (Narváez y Cols, 2009; Gambetta ,1988 citado por Sánchez de Pablo y Jiménez, 2010). El grado de importancia que se asigna a la confianza aparece en la medida en que se hace alusión al concepto, particularmente en cuanto al manejo de información y su divulgación a otros. Se le adjudica a la confianza un valor que favorece a la institución prestadora de servicios en salud, ya que le otorga reconocimiento y respaldo empresarial.

Considerar el escenario bajo el cual funciona la institución prestadora de servicios en salud implica estimar no sólo los aspectos normativos sino los distintos actores del sistema de seguridad social en salud presentes en el territorio local, su disponibilidad, organización y servicios. Lo anterior se apoyaría con la disposición veraz y oportuna de información relacionada con indicadores de calidad, rentabilidad y producción.

La naturaleza jurídica de la IPSS se convierte en un orientador que determina lo lógico bajo la cual se organiza y funciona la institución así como sus posibilidades de implementar el uso de determinadas estrategias administrativas, en este caso, la asociatividad.

El conocimiento acerca de la normatividad puede dar origen a la consideración de distintas formas de generar y consolidar estrategias para optimizar recursos y mejorar los servicios que se ofrecen, además de dar cumplimiento a los propósitos con lo que se creó el sistema de seguridad social en salud.

La normatividad en salud se percibe como un obstáculo para la conformación de la administración asociativa debido a sus condiciones de contratación e imprecisión en la manera que se encuentra formulada. Por tanto, se puede afirmar según los hallazgos que la claridad y precisión de la normatividad orientan a las instituciones prestadoras de servicios en cuanto a cómo pueden organizarse para conformar redes.

La información relacionada con calidad, productividad y rentabilidad son referentes claves para conocer el nivel de ejecución de cada IPSS y para ofrecer a los usuarios la libertad de escoger aquellas que consideren mejor a sus intereses en salud. Además se convertiría en una fuente para la generación de una lógica de mercado particular bajo la cual las IPSs tendrían que dar cuenta del estado de sus servicios y la preferencia de los usuarios.

La prestación de servicios por parte de las instituciones prestadoras de servicios en salud está fuertemente ligada a la normatividad de manera que, a pesar de considerar la asociatividad como una oportunidad de mejora en la prestación de servicios en salud, se asume la normatividad como un determinante clave para desarrollar formas de trabajo en red, ya sea por su imprecisión, condiciones contractuales, responsabilidad social y exigencias en relación con las instituciones del sector privado.

A pesar de que los distintos actores del sistema de seguridad social en salud tienen el propósito de garantizar el derecho a la salud, que sería un fin común, la asociatividad no aprecia como estrategia viable, sobretodo en actores del sector público y privado, pues no se comparten principios en cuanto a lo que se prioriza en la prestación del servicio. Además, que es baja la confianza que se percibe hacia el sector público en particular.

Dado que los resultados y conclusiones arrojados por el presente estudio están sujetos a instituciones prestadoras de servicios en salud del municipio de Tenjo, Cundinamarca, cabe ajustarlo y aplicarlo a otros municipios del Departamento para establecer semejanzas y diferencias en cuanto a los hallazgos.

Aunque en la presente investigación se enfatizó en el componente social de la confianza, se logra advertir la noción de asociatividad como ventaja para el propósito de prestar servicios en salud; e identificar aspectos que la fundamentan como la comunión de principios y valores, la regulación abstracta, consecución de objetivos comunes y participación.

6. BIBLIOGRAFÍA

Acemoglu, D. y Ozdaglar, A. (2009) Cooperation and Trust in Networks MIT disponible en <http://economics.mit.edu/files/4830> visitada el 15 de Marzo de 2014

Azúa, J. (2003) Clusterizar la salud: Una estrategia de futuro? E-novating Lab: ideas y estrategia disponible en <http://www.enovatinglab.com/contenido/334/jon-azua.aspx> visitada el 15 de Septiembre de 2012

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia (2006-2008) Cluster: Una estrategia para crear ventaja competitiva, Medellín: Documentos comunidad cluster (1) disponible en http://www.camaramedellin.com.co/site/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_Download&EntryId=64&PortalId=0&TabId=5 15 visitada el 10 de Diciembre de 2012

Castellanos, J. (2010) La asociatividad como fenómeno evolutivo, análisis de casos Colombianos Revista EAN Bogotá: 68 Enero-Junio P: 100-111.

Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia-CTA-, 2006 Informativo clúster servicios médicos de Medellín, Medellín: 1, Julio-Agosto, Ed. 1 disponible en (colocar link) recuperado el (colocar fecha en que se bajó el documento dd-mm-aa).

Centro de importaciones y exportaciones de nicaragua (2010) Asociatividad, Managua Nicaragua: Agosto

Clavijo, S. y Torrente, C. (2008) El déficit fiscal de la Salud en Colombia: Estimación de su pasivo actuarial disponible en <http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf> (visitado el 18 de Diciembre de 2013)

Comité Especial Interinstitucional (2013) Definición legal y funcional de los esquemas asociativos de entidades territoriales en Colombia.

CMA Consultores Asociados, S.I. (s.f.) Asociatividad: Estrategia para el desarrollo disponible en <http://www.industriasargentinas.com/Cma-Consultoria-Metodos-Assessoria-E-Mercantil-Ltda/> visitada el 10 de Diciembre de 2012

Defensoría del Pueblo-Colombia y Ministerio de Salud y de Protección Social (2013) Ranking para hacer seguimiento a las entidades promotoras de salud disponible en <http://www.defensoria.org.co/eps/> recuperado el 13 de Julio de 2013

Devlin R. y Moguillansky G. (2009) Alianzas público-privadas: para una nueva visión estratégica del desarrollo. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe Naciones Unidas disponible en [file:///C:/Users/acer/Downloads/Alianzas_pub_privadas_s%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/Alianzas_pub_privadas_s%20(4).pdf) recuperado el 3 de Marzo de 2014.

Real academia española. Diccionario de la Lengua Española, disponible en <http://www.rae.es/http://lema.rae.es/drae/?val=asociatividad> (visitado el 13 de Junio de 2014)

El Hospital, Equipo Editorial (2012) La propuesta de transformación de los hospitales y clínicas colombianos, Junio disponible en http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_88038_HTML.html?idDocumento=88038 (visitado el 20 de Diciembre de 2013)

Fernández, G. y Narváez, M. (2011) Asociatividad empresarial: estrategia para la competitividad en las pymes del sector turístico 10 (2) Julio - Diciembre P: 295-308.

Fundación Bamberg (2007) Ciclos de los cluster de salud: Un nuevo contrato con los ciudadanos y los profesionales, Andalucía, conferencia disponible en

http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_38805_FICHERO_NOTICIA_8417.pdf
visitada el 10 de Diciembre de 2012

Gobaneff, Y., Torres, S. y Contreras, N. (2008) Las redes de servicios de salud: las alianzas estratégicas de Colmédica, Colombia Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Pontificia Universidad Javeriana 21 (37):109-132 disponible en [file:///C:/Users/acer/Downloads/alianzas%20estrategicas%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/alianzas%20estrategicas%20(2).pdf) recuperado el 3 de Marzo de 2014.

Gómez, L., Duque, M. y Carmona, J. (2008) La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación. Contaduría Universidad de Antioquia, 53, 145-172 disponible en <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/cont/article/viewFile/2208/1779> (visitado el 20 de Diciembre de 2013)

Grueso, M., Gómez, J. y Garay, L. (2011) Redes empresariales e innovación: el caso de una red del sector cosmético en Bogotá (Colombia) en Estudios Gerenciales, 27 (118): 189-203 disponible en https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/item/5333 visitada el 15 de Junio de 2013.

Kai Wehmeyer, Kai Riemer and Bernd Schneider (2001) Roles and Trust in Interorganizational Systems, Muenster University, Department of Information Systems, Germany, Eighth Research Symposium on Emerging Electronic Markets

Méndez, C. (2001) Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Mc Graw Hill: Bogotá

Méndez, N., Guevara, S. y Garzón, A. (2013) Adopción de un enfoque de trabajo en red: implicaciones en torno al proceso estratégico de las organizaciones. Bogotá: Universidad del Rosario

- Merlano-Porras, C. y Gorbanev, I.** (2013) Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Gerencia Política en Salud, Bogotá, 12 (24): 74-88 disponible en http://rev gerenc polit salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/espacio_abierto_1.pdf (visitada el 18 de Diciembre de 2013)
- Michalus, J., Hernández, W. y Sarache A.** (2009) Redes de Cooperación entre pyme's orientadas al desarrollo local: una aproximación conceptual a su conformación industrial vol. (3)
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo** (s.f.) Política de asociatividad y clusters en Colombia disponible en [file:///C:/Users/YENNY/Downloads/POLITICA_DE_ASOCIATIVIDAD_EN_COLOMBIA_\(1\).pdf](file:///C:/Users/YENNY/Downloads/POLITICA_DE_ASOCIATIVIDAD_EN_COLOMBIA_(1).pdf) visitada el 12 de Febrero de 2014.
- Ministerio de Salud y de Protección Social (MinSalud)** (2013) Proyecto de Ley No. 210 Senado: Por medio del cual se redefine el sistema general en salud y otras disposiciones. Colombia disponible en <http://www.usergioarboleda.edu.co/economia/Aniversario/LecturasRecomendadas/textos-de-interes/Proyecto-de-Ley-Reforma-a-la-Salud.pdf> recuperado el 11 de Julio de 2013
- Minkman, M. y Cols.** (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. Health Services Research, 9(42)
- Moore, J.** (2005) Business ecosystems and the view from the firm, Cambridge: the Antitrust Bulletin, Fall (to be published) disponible en http://newaai.com/files/Business%20ecosystems%20and%20the%20view%20from%20the%20firm,%20antitrust%20bu_081320081450.pdf visitada el 15 de Septiembre de 2012
- Narváez, M. y cols.** (2009) Asociatividad empresarial: un modelo para el fortalecimiento de la Pyme en Paraguaná. Multiciencias: 2 (9): mayo-agosto, p. 157-166

disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/904/90411687007.pdf> (visitada el 10 de Mayo de 2014)

OPS-OMS (2009) 49º Consejo directivo: 61ª sesión del comité regional, Washington: Septiembre disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/13928/mod_resource/content/0/CD49-11-s.pdf visitado el 15 de Septiembre de 2012

OPS (2010), Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C. disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3266&Itemid=270&lang=es visitada el 15 de Septiembre de 2012

OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Washington, D.C.

Peltoniemi, M. (2005) Business ecosystem: a conceptual model of an organisation population from the perspectives of complexity and evolution, Tampere: Tampere university of technology and University of Tampere disponible en <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.96.3377> visitada el 15 de Septiembre de 2012

Perego, L. (s.f.) Competitividad a partir de los Agrupamientos Industriales, Un Modelo Integrado y Replicable de Clusters Productivos. Universidad Nacional de La Plata, Argentina, 2003.

Pineda, B. (2013) Así ven los ciudadanos y el Gobierno la reforma a la salud. El Hospital: Julio disponible en http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_93180_HTML.html?idDocumento=93180 (visitado el 20 de Diciembre de 2013).

- Ramírez, J. (2010)** La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Gerencia Política en Salud, Bogotá, Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2653/1914> (visitada el 18 de Diciembre de 2013)
- Ramos, G. (2005)** Proceso de formación del clúster exportador de servicios de salud en el Valle del Cauca: Una experiencia de asociatividad, conferencia en simposio, Cali: Comité de investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas-Pontificia Universidad Javeriana en: Colombia, Economía, Gestión y Desarrollo: Universidad Javeriana Ed.
- Ríos, R. (s.f.)** Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología. Santiago: Instituto de sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile disponible en http://revista-redes.rediris.es/webredes/mercosur/Redes_Salud.pdf visitada el 10 de Diciembre de 2013
- Rovere, M. (1999)** Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión) disponible en <http://tallerpoliticassociales.blogspot.com/2013/08/redes-en-salud-un-nuevo-paradigma-para.html> visitada el 10 de Diciembre de 2013
- Sáenz, L. (2001)** Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del estado, Febrero disponible en file:///C:/Users/YENNY/Downloads/46-Gestion_Hospitalaria_Colombiana-Lecc_Apre_Hospitales_Empresas_Soc_Edo.pdf (visitada el 15 de Septiembre del 2012)
- Sánchez de Pablo, J. y Jiménez, P. (2010)** Relación entre la confianza y el compromiso generados en un acuerdo cooperativo y los motivos para su formación.

Universidad de Castilla-La Mancha disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3197637> visitada el 10 de Noviembre de 2013.

Santos Povis Jose. (2006) Asociatividad Empresarial. Competitividad Año 7 No. 9. Universidad nacional de Ingenieria.
http://www.bibliotecacentral.uni.edu.pe/pdfs/COMPETITIVIDAD/art_001.pdf.
Visitada 03 de agosto de 2014.

Secretaría de Salud del municipio de Santiago de Cali y CEDETES (2005) Análisis de redes: modelo de salud de Cali, Santiago de Cali: SSM/CEDETES disponible en <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/haciendo-funcionar-sist-vigilancia.pdf> visitada el 15 de Septiembre de 2012

Vega, J. (2008) **Asociatividad:** Proyecto de Cooperacio UE/Perú/Penx. Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Perú disponible en http://www.mincetur.gob.pe/comercio/ueperu/consultora/docs_taller/Presentaciones_Tumbes_y_Piura/1.2.1.2.F1%20Asociatividad%2020080912.pdf visitada el 12 de Febrero de 2014.

Kai Wehmeyer, Kai Riemer and Bernd Schneider (2001) Roles and Trust in Interorganizational Systems, Muenster University, Department of Information Systems, Germany, Eighth Research Symposium on Emerging Electronic Markets.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista

Organización Y Disposición

1. ¿Sabes usted cuantas instituciones prestadoras de salud hay en el municipio de Tenjo, puede indicar cuáles son, qué servicios prestan y que nivel de atención son?
2. ¿Cómo se encuentra conformado la dirección de la institución que usted maneja?
3. ¿La toma de decisiones las realiza usted solo o cuenta con un grupo interdisciplinario, para la coordinación del área administrativa y asistencial puede explicarnos?
4. ¿Ha necesitado el apoyo de las IPSS del municipio de Tenjo, para llevar a cabo la prestación de servicios de salud de su institución? ¿Si la respuesta fue afirmativa, cuéntenos su experiencia?
5. ¿Tiene algún tipo de vínculo para la prestación de servicios de salud, con las IPSS del municipio de Tenjo, puede decir cuáles y de que orden ya sea administrativo o asistencial?

Redes y asociatividad

6. ¿Conoce usted la normatividad que regula las redes de servicios de salud en Colombia, puede indicar cuál es?
7. ¿Considera usted que la interacción de las organizaciones en procesos de producción, distribución de bienes y servicios pueden mejorar la venta de servicios de salud?
8. ¿Cómo ve usted el trabajo público-privado en el entorno de la salud?
9. ¿Su organización estaría dispuesta a realizar vínculos público-privadas?
10. ¿Qué elementos considera usted importantes para que se dé el vínculo público privado, en su institución?
11. ¿En el entorno avanzado de las organizaciones de salud hay tendencias de estructuración de redes, usted qué piensa de ello?
12. ¿Conoce alguna red y sabe usted como han funcionado?
13. ¿Qué variables considera usted que debe tener una red para la prestación de servicios de salud?
14. ¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo y cuáles serían las variables fundamentales?
15. ¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico y logístico, cuáles serían las variables fundamentales?
16. ¿En el caso de que llegar a establecer una red de servicios de salud con alguna IPSS del municipio, cuáles serían las condiciones que establecería en los acuerdo contractuales?
17. ¿Qué tipo de servicios usted vincula externamente en su organización?
18. ¿Qué modalidad de contratos maneja su IPSS?
19. ¿Su empresa en que no se asociaría y cuáles son las razones?
20. ¿En el caso que requiera otro nivel de atención los pacientes que son atendidos en su IPSS, que proceso realiza?
21. ¿Qué limitantes cree usted que existen dentro de los prestadores de salud para que se puedan generar un entorno alrededor de la asociatividad?
22. ¿Qué limitantes le observa usted dentro del entorno de la asociatividad y del sistema de salud para que esto funcione?
23. ¿Conoce usted los indicadores de producción, calidad y rentabilidad de las diferentes IPSS del municipio, y los ha comparado con los de la empresa que coordina.

Confianza

24. ¿Qué entiende usted por confianza empresarial, puede darme su concepto?
25. ¿Con relación a la información que se manejan las diferentes IPSS del municipio que grado de confianza, le genera a usted?
26. ¿Puede indicar con que EPS del régimen contributivo o subsidiado tiene convenios para la prestación de servicios de salud?
27. ¿Cuáles son los motivos para no prestar servicios de salud a las EPS contributivas y subsidiadas?
28. ¿Cree que su organización tiene algún tipo de riesgo al confiar en otra institución, cuáles serían las razones?
29. ¿Su empresa estaría de acuerdo en aceptar y brindar ayuda para mejorar los procesos administrativos que lidera, y de qué forma le gustaría realizarlo?

30. ¿Su empresa estaría de acuerdo en aceptar y brindar ayuda para mejorar los procesos, asistenciales que lidera y de qué forma le gustaría realizarlo?
31. Que elementos considera usted importante para que haya confianza con las otras instituciones de salud del municipio?
32. ¿Qué elementos usted considera importantes para que haya confianza entre las diferentes IPSS de la región.
33. Estaría en disposición de cambiar el rol de competencia por el de cooperación, y explíquenos sus razones?

Anexo 2 Transcripciones Audios de Entrevistas

Entrevista Participante 1 (P1)

Organización y disposición

¿Sabes usted cuantas instituciones prestadoras de salud hay en el municipio de Tenjo, puede indicar cuáles son, qué servicios prestan y que nivel de atención son?

Son cuatro.
 Clínica de nueva eps
 Chia
 Clínica de tenjo
 Hospital santa rosa de tenjo
 IPSs andar
 - todas las clínicas son consulta externa, y hospital si es de urgencias
 - las IPSs manejan el nivel de baja complejidad, estaría estipulado en primer nivel y el hospital un segundo nivel.

¿Cómo se encuentra conformado la dirección de la institución que usted maneja?

-tenemos lo que es la parte de coordinación, la parte de enfermería jefe quien vela y dirige todo lo de las enfermeras, pero obviamente hay un ente que mire la parte administrativa que es directamente la coordinación

¿La toma de decisiones las realiza usted solo o cuenta con un grupo interdisciplinario, para la coordinación del área administrativa y asistencial puede explicarnos?

-si, pero por ejemplo tenemos que seguir una directrices y conducto regular entonces antes de hacer una toma de decisiones siempre se emite un correo directamente a nuestra representante legal quien da la decisión final.

¿Ha necesitado el apoyo de las IPSS del municipio de Tenjo, para llevar a cabo la prestación de servicios de salud de su institución? ¿Si la respuesta fue afirmativa, cuéntenos su experiencia?

-si el hospital,
 -urgencias.
 -hacemos el apoyo en la parte de vacunación y todas las jornadas, tratamos de apoyarnos todas las IPSs, con que vamos aportar, quien puede colaborar y esta es la forma que tratamos de hacer las ayudas actualmente.
 -como todo: tiene errores, pero de esos errores hemos ido aprendiendo y eso nos ha hecho que para cada jornada vayamos mejorando.

¿Tiene algún tipo de vínculo para la prestación de servicios de salud, con las IPSS del municipio de Tenjo, puede decir cuáles y de qué orden ya sea administrativo o asistencial?

-ninguno, los vínculos están con famisanar pero ellos manejan sus redes alternas que es en la parte de Bogotá-
 -en vacunación es directamente la contratación con famisanar, entonces dicha EPS le da una capita al hospital y le indica más o menos cuantos usuarios tienen que ser vacunados por la entidad prestadora.
 -vamos directamente allá y hablamos con las jefes, entonces hay días que nos prestan a una de las niñas de vacunación que estábamos coordinando los días miércoles desde la 1:30 hasta las 3:30 y ella nos daba apoyo acá en la IPSS.
 -lleva dos semanas que no ha venido, pero pienso que es por la entrega de informes directamente con el hospital

Redes y asociatividad

¿Conoce usted la normatividad que regula las redes de servicios de salud en Colombia, puede indicar cuál es?

-no
 -no

¿Considera usted que la interacción de las organizaciones en procesos de producción, distribución de bienes y servicios pueden mejorar la venta de servicios de salud? pag 9

-claro
 -Al haber más comunicación por ejemplo sabría que el usuario no repetiría tanto el servicio de urgencias, entonces no se satura y se da un buen servicio.
 - Sabiendo que ellos tiene un servicio que nosotros no tengamos fácilmente los puedo direccionar a otro lugar y sé que lo van a prestar y no le ponemos a dar tantas vueltas a un usuario

¿Cómo ve usted el trabajo público-privado en el entorno de la salud?

-si, pienso que todo es comunicación y si hay una buena organización de parte de las entidades va a haber un buen servicio.

¿Su organización estaría dispuesta a realizar vínculos público-privadas?

	-claro, porque nosotros no trabajamos para nosotros si no que estamos velando por el servicio y por el usuario, trabajamos en pro de la comunidad.
¿Qué elementos considera usted importantes para que se dé el vínculo público privado, en su institución?	-primero que todo la comunicación , todo parte de ahí.
¿En el entorno avanzado de las organizaciones de salud hay tendencias de estructuración de redes, usted que piensa de ello?	-nosotros manejamos las redes alternas con Bogotá y nos ha funcionado, por que como no contamos con todas la especialidades aca en el municipio, entonces sería super práctico y sería una ayuda para orientar bien al usuario y que le hagan la prestacion de su servicio. -si, una buena experiencia -inicialmente es la EPS, desde la EPS que es donde se dirige el usuario a autorizar su servicio, lo dirección bien desde el inicio y no lo ponen a dar tantas vueltas, desde ahí parte todo, ellos dan su diagnóstico y con base a eso combinan el convenio y les dan la aprobacion de su servicio, le indican el nombre de la institución la dirección y el teléfono para que ellos mismos tengan la facilidad de llamar y solicitar su cita. -es como otro punto de vista, entonces si acá estaba el primer diagnostico que fue del medico, pero lo valoro directamente el especialista, se abre de pronto a que, si es de pronto una patologia que le va traer inconvenientes al propio usuario y se va disminuir que con el tiempo se le acarree un problema mayor.
¿Conoce alguna red y sabe usted como han funcionado?	- nosotros somos toda la red de la cafam, esta cafam 51, 48 o independientemente si es para la parte pediátrica se manejan con los colsubsidiados que son clínicas pediátricas, pero si es para córnea, retina, urología se manejan con instituciones más grandes que estaría con el hospital universitario San Jose que también se maneja otrorino.
¿Qué variables considera usted que debe tener una red para la prestación de servicios de salud?	-el problema inicial es que famisanar contrata su redes pero a veces les da un contrato a termino muy corto, entonces el paciente necesita un control a un año seguramente ya no va a ver ese convenio con esa institución, va ver convenio con otra entonces eso es una parte que afecta, por que uno siempre va querer los controles con el mismo medico qu elo opero o que lo vio. -por la parte administrativa pienso que si por ejemplo el tiene su control al año con el mismo ente que le presto el servicio, pues no va tener uno que dirigirlo a otro lado e iniciar de nuevo todo, entonces eso es falencia grande.
¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo y cuáles serían las variables fundamentales?	-si, sería bueno por que el usuario no tendría que desplazarse hasta bogota, entonces si existiera las redes de las IPSs junto con el hospital sería fabuloso.
¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico y logístico, cuáles serían las variables fundamentales?	-tendría que haber un estudio de campo, ver la morbilidad desde las 20 a 50 primeras causas, teniendo en cuenta esas causas asi mismo hacer la solicitud de servicios para especialistas, entonces tu sabes que si traes al oftalmólogo va a ver buena demanda para cumplir la especialidad.
¿En el caso de que llegar a establecer una red de servicios de salud con alguna IPSS del municipio, cuáles serían las condiciones que establecería en los acuerdo contractuales?	- importante el tiempo, no hacer pruebas piloto. Vamos a estar 1 año o 2 años. - Cumplir al usuario, si estoy ofertando oftalmología, que siempre este la especialidad, por que esta es una de las falencias, se les ofrece un servicio y se les dice no hay agenda, el doctor no esta o por terminos de contratacion no tenemos el especialista.
¿Qué modalidad de contratos maneja su IPSS?	-se está haciendo por prestación de servicios, por ejemplo si es solo primer nivel, la parte de los insumos, como vamos a manejarlos, y asi es siempre con todo hasta con los especialistas. -imágenes diagnosticas se estan manejando directamente con la eps.
¿Su empresa en que no se asociaría y cuáles son las razones?	-consulta externa, sería de cada institucion.
¿En el caso que requiera otro nivel de atención los pacientes que son atendidos en su IPSS, que proceso realiza?	-el medico general lo valora, según su criterio determina que necesita otra especialidad, se le imprime su resumen de historia para que tenga la facilidad de dirigirse a su EPS, la EPS es al final la que mira los convenios, le da la aprobacion de su servicio, le indica en que IPSS , la direccion y el telefono.
¿Qué limitantes le observa usted dentro del entorno de la asociatividad, dentro del entorno del sistema de salud para que esto funcione?	- buenos convenios. - El problema de las EPS, hablo en general por que no me puedo enfocar en una nada mas, siempre va ser el manejo de la capita y el manejo del evento, siempre en sus convenios no le dan buenas garantias a un prestador para que ellos puedan ofertar lo que se debería completamente a un usuario, entonces debido al mal manejo que ellos le dan, es una limitante grande para cualquier punto de atención.
¿Conoce usted los indicadores de producción, calidad y rentabilidad de las diferentes IPSS del municipio, y los ha comparado con los de la empresa que coordina.	-no. -no, pero pienso que la mayoría trabaja por capitación, pero como cada EPS ofrece su cápita propia.
Confianza	

¿Qué entiende usted por confianza empresarial, puede darme su concepto?	- es como la calidades que tu me brindas para yo prestar un buen servicio. Y esas garantías que me van a permitir, si desde el principio queda todo claro yo se hasta donde puedo ofrecer y yo sé qué no puede haber ningún inconveniente.
¿Con relación a la información que se manejan las diferentes IPSS del municipio que grado de confianza, le genera a usted?	- pues la verdad, nunca podría decir que es confiable, por que cada institucion trata de presentar lo mejor de si, no podría decir que ha sido o no manipulado, porque antes de presentar unas diapositivas o presentar los balances sería bueno que nos mantuvieran informados a los demás, entonces tu puedes decir si realmente; por ejemplo a mitad de junio se habia vacunado el 30% de la población, ya al hacer el balance general, tu dices teniendo en cuenta si a mitad de junio llevábamos tanto porciento, si es posible que la informacion sea veraz.
¿Puede indicar con que EPS del régimen contributivo o subsidiado tiene convenios para la prestación de servicios de salud?	- Famisanar solamente
¿Cuáles son los motivos para no prestar servicios de salud a las EPS contributivas y subsidiadas?	-porque pienso que acá en el municipio ya esta cubierto. Por ejemplo ya estaria sura, que ya lo tiene clínica de chia, excepto de que por ejemplo ellas ya quisieran que nosotros fuéramos su IPSS primaria, pues se le presentaría el portafolio y llegar algun acuerdo, pero la mayoría de eps ya estan cubiertas por el municipio.
¿Cree que su organización tiene algún tipo de riesgo al confiar en otra institución, cuáles serían las razones?	-si claro es que es mi informacion es lo que yo voy a facilitarles de mis usuarios, digamos yo te puedo facilitar mi poblacion para vacunación, pero yo no sé como lo puedan manipular las otras IPSS, que sea a favor de ellos o nos pueda afectar, generalmente casi siempre se les hace firmar un acta de lo que se está entregando y se les trata de entregar la informacion pero no todo en su totalidad por que nos puede afectar como institución.
¿Su empresa estaría de acuerdo en aceptar y brindar ayuda para mejorar los procesos administrativos que lidera, y de qué forma le gustaría realizarlo?	- si, - me parece que en todo lo que sea en pro de todos es bueno, las capacitaciones super porque es algo más que se aprende y de pronto tu tienes una forma de ver las cosas, pero siempre y cuando alguien te guie y te oriente, es algo más que tu vas a aprender y cambia el modo de ver las cosas. - Reuniones mensuales.
¿Qué elementos considera usted importante para que haya confianza con las otras instituciones de salud del municipio?	-que fuera una sola persona que manipulara la informacion, eso genera confianza, pero si tu ves varias personas uno no sabe para que van a utilizar la información que yo estoy suministrando.
¿Qué elementos usted considera importantes para que haya confianza entre las diferentes IPSS de la región?	- seria bueno que hubiese un lider, este lider podría hacer un analisis de todas las IPSs, llevar el record de todo, entonces decir todo, por ejemplo el fuerte de clinica chia va ser odontologia o contamos con un buen consultorio podemos prestar esto, pero que fuera una persona el que manejava y fuera el contacto para todas las IPSs
¿Estaría en disposición de cambiar el rol de competencia por el de cooperación, y explíquenos sus razones?	-claro por que es para beneficio de todos. - si claro

Entrevista Participante 2 (P2)

Organización y disposición	
¿Sabes usted cuantas instituciones prestadoras de salud hay en el municipio de Tenjo, puede indicar cuales son, qué servicios prestan y que nivel de atención son?	<ul style="list-style-type: none"> - la unica prestadora publica es Hospital santa rosa de tenjo, y en la ultima revision que hicimos en el entorno pues encontramos 3 IPSs privadas que son Clinica Chia, Clinica de tenjo y la IPSs andar; en menor escala no tanto como IPSs mas como escala de profesionales que prestan un servicio especifico , pues ya diferentes personas que lo prestan a titulo personal, medicina bacteriologia y odontologia, pero como IPSs constituida y que preste varios servicios en el mismo punto, son las que hemos mencionado. - Esas instituciones prestan basicamente primeros niveles de atencion ambulatorios,se incluyen las actividades basicas del pos como son la consulta medica general, odontologica general, los programas de promocion y prevencion contenidos en la resolucion 412 del 2000 y los servicios adicionales complementarios como son ayudas diagnosticas, laboratorio clinico , alguno de ellos presentan imágenes diagnosticas y tambien alguno de ellos prestan servicios ambulatorios de consulta especializada en algunos temas como pediatria y ginecologia que son consideradas puertas de entrada, para otros niveles de complejidad.
¿Cómo se encuentra conformado la dirección de la institución que usted maneja?	-bueno el hospital santa rosa de Tenjo por su característica de empresa social del estado esta normativamente regida por una junta directiva que también en virtud de los decretos reglamentarios dice como está conformada esta junta directiva que es la máxima instancia de dirección de la ESE, en virtud de las modificaciones que ha surtido la normatividad pues esta junta directiva para una empresa social del estado de primer como es ésta, está del orden departamental, inscrita a nivel departamental ,entonces está encabezada por la junta directiva, esta junta directiva está conformada por un representante del gobernador quien la preside , un representante del secretario de salud del departamento , un representante de los usuarios del hospital , un representante de los trabajadores asistenciales del hospital y un representante de los trabajadores administrativos del hospital, es la instancia jerárquica mayor de la ese, ya después viene el organigrama institucional pues que está en cabeza del gerente representante legal de la ese y un organigrama que es de una conformación plana en cabeza de dos grandes subgerencias, una subgerencia científica y una subgerencia administrativa y financiera de la que se desprende los responsable y líderes de los diferentes procesos institucionales eso es como básicamente la parte directiva.
¿La toma de decisiones las realiza usted solo o cuenta con un grupo interdisciplinario, para la coordinación del are administrativa y asistencial puede explicarnos?	-digamos que la toma de decisiones tiene dos niveles un nivel netamente directivo que tiene algunas funciones de toma de decisiones propias de los cargos directivos y un segundo nivel que la toma de decisiones es un poco más amplia y más participativa y que se ha venido fortaleciendo en el tema de los comités interinstitucionales , los comités son una instancia participativa importante en la toma de decisiones, dependiendo de qué tipo de decisiones y el ámbito en que se tomen las decisiones pues hay las competencias de cada uno de estos comités y existen una serie de comités que podríamos llamar directivos que abordan temas transversales de la institución entonces esta el tema de comité de calidad, de comité de control interno que abordan temas o decisiones transversales de la entidad, comité directivo o de gerencia que le llamamos que abordan todas las cosas transversales y una serie de comités de denominamos asistenciales que tiene que ver un poco mas con la toma de decisiones desde el punto de vista asistencial, historias clínicas , comités de ética, comité de farmacia , comité de saneamiento contable , comité compras que tiene que ver con ese tipo de procesos más administrativos, digamos que ese es una muy buena instancia de toma de decisiones al interior porque permite retroalimentar y tener en cuenta muchos de los factores que más ayuda que las decisiones que allí se tomen tenga un poco de difusión a otros niveles que no sean netamente el directivo .
¿Ha necesitado el apoyo de las IPSS del municipio de Tenjo, para llevar a cabo la prestación de servicios de salud de su institución? ¿Si la respuesta fue afirmativa, cuéntenos su experiencia?	-digamos que el hospital nos presta servicios, unos contemplados en el POS en virtud del cual se prestan servicios a las poblaciones objeto contratadas con las diferentes empresas pagadoras, EPS, régimen subsidiado y régimen contributivo, y además el hospital presta un tipo de servicios que tiene que ver el plan de intervenciones colectivas, digamos que en el marco del PIC, obviamente como ejecutores, tenemos que hacer un trabajo importante, de articulación de prestación de servicios , canalización de usuarios del PIC a los diferentes prestadores del municipio, entonces ahí si hemos concurrido en algunas acciones que debemos tener conjuntamente para beneficiar esas poblaciones; en el tema de prestación del POS han sido escasas pero si ha habido algunas acciones en las cuales hemos tratado de concertar prestación de algunos servicios.
¿Tiene algún tipo de vínculo para la prestación de servicios de salud, con las IPSS del municipio de Tenjo, puede decir cuáles y de que orden ya sea administrativo o asistencial?	-digamos que hemos hecho acercamientos con algunas de ellas en dos temas específicos , uno fue en la programa de inmunizaciones contenido en el pos y el otro era de algunos exámenes que se pudieran prestar en laboratorios o ayudas diagnósticas y de servicios complementarios o las terapias , servicio de terapia física , terapia respiratoria en las cuales hemos suscrito con una IPSS privada del municipio; un convenio un contrato en el cual ellos nos autorizan algunas de las actividades y nosotros prestamos y después hacemos algún tipo de compensación o reconocimiento. pero eso a sido posible con uno de esos prestadores privados.
Redes y asociatividad	
¿Conoce usted la normatividad que regula las redes de servicios de salud en Colombia, puede indicar cuál es?	-Si, está derivado desde la ley 1438, que expresamente tiene un capitulo destinando a la organización que deben tener los entes territoriales y cómo se deben organizar unas redes integradas de prestadores de servicios de salud.
¿Considera usted que la interacción de las organizaciones en procesos de producción, distribución de bienes y servicios pueden mejorar la venta de servicios de salud?	

-digamos el espíritu de la norma es ese, es optimizar una serie de recursos y potenciar una oferta de servicios a las poblaciones en unos territorios sociales, es más le da un responsabilidad grande al ente territorial de él mismo organizar esas redes; que trasciende de la norma, que esas redes en conjunto del ente territorial es como la autoridad que regula el sistema, en cada territorio debe a través de las empresas que están autorizadas a promover los servicios, es decir, las EPS, hacer un trabajo de la mano para articular las redes.

¿Cómo ve usted el trabajo público-privado en el entorno de la salud?

-la verdad lo que yo he podido ver en Tenjo no es muy diferente a lo que yo he podido ver en otras partes , y es que casi el trabajo de redes no ha comenzado , no está , se ha comenzado hacer el trabajo como de reorganización que se ha pensado en casi exclusivamente en estos desarrollos que salió de la norma, ha estado enfocado a los prestadores públicos, pero la articulación que tiene toda la red privada, no creo que haya tenido desarrollo ni ha sido trabajado a fondo, empezando por que todavía no hay esos espacios que convoquen donde haya la participación real de los sectores públicos y privados, por ejemplo en el departamento de Cundinamarca recién el ministerio de salud aprobó la propuesta de reorganización de redes para el departamento y esa primera propuesta de redes incluye y hace un énfasis muy fuerte en la red pública, pero si uno lee el documento presentado y aprobado según el ministerio no es tan específico y no es tan claro cuál es el papel que tiene la red privada en la articulación que tiene con esa red aprobada, las sub redes para el departamento y tipo de complejidad y la clasificación de cada uno de esos no queda tan claro cuál es el compromiso de la red privada.

¿Su organización estaría dispuesta a realizar vínculos público –privadas?

-existe un punto que es el eje para que las redes funcionen, son las necesidades de la población es algo que no se ha tenido en cuenta, se le ha dado un abordaje digamos al revés , en torno por el tema contractual ,económico y financiero y ya hay una serie de barreras en la articulación real de una red que tenga la función , porque la función debe ser la necesidad de la población y como al interior de cada espacio geográfico se organiza la oferta de servicios para que sea suficiente , de calidad y sea accesible a la población, eso no es factor primordial que se estén dando esas comunicaciones de los prestadores que están en una misma zona geográfica, no es ese el factor que este primando , están empezando al revés, por la segmentación que tiene el sistema en el aseguramiento , es como decir ésta población del municipio está asegurada por quien?, cual es su EPS? Y estamos pensando en función de eso y no en quienes son las habitantes de un espacio geográfico, qué necesitan, cual es la oferta real que tiene el municipio y cómo la organizamos, si no en cuál es la red que hoy existe, estamos arrancando de una red que ya esta existente , entonces ejemplo si una EPS tiene una red de prestadores que solo te da consulta médica general pero su siguiente escala de red para hacer un examen de alguna complejidad o ayuda diagnóstica esta en otro municipio pues estamos diciendo cual red tiene esa EPS y no cual es la red que debería tener , qué exámenes debería cumplirse en el municipio y ahí sí se comienza a organizar , quien presta, quien debería tener una población para prestar y llegar a tener unos acuerdos rentables por en este tema obviamente si puede ser rentable, si uno, dos o tres prestadores , cada uno se especializan en algo y no todos hacen lo mismo , se dan las condiciones de mercado que se pueden llegar a acuerdos , pero si todos tratan de montar lo mismo para una población segmentada se corre el riesgo de que se hagan inversiones grandes probablemente para poblaciones pequeñas, digamos yo tengo mil usuarios pero voy a montar el mismo equipo de rayos x para mil que 8000 que tenga otro, no sería razonable. Pero si yo digo que en un municipio qué ayudas debería tener, quien las maneja y cómo las tarifas de mercado se pueden manejar, eso abriría mucho más las puertas a que ese tipo de interacción entre lo público y lo privado se pueda dar en términos económicos.

Y lo segundo es que hay cierta desconfianza histórica entre lo privado y lo público, entonces hay cierto celo y competencia, uno del privado de que lo público no pueda hacer bien ya que no es eficiente por el tema de ser público, y otro del publico asumir históricamente esas poblaciones y pensar que otro tipo de población no puedan acceder ni tener los mismos servicios y no se pueda trabajar de la mano con el privado.

¿Qué elementos considera usted importantes para que se dé el vínculo público privado, en su institución?

Se contesto antes

¿En el entorno avanzado de las organizaciones de salud hay tendencias de estructuración de redes, usted que piensa de ello?

Se contestó antes

¿Conoce alguna red y sabe usted como han funcionado?

- pues hay experiencias en Medellín de los que han mostrado que tiene articulación del tema, que ha ganado importancia lo tema de lo público y lo privado, ya que lo público se ha metido mas con la red privada y el tema de metrosalud es una experiencia que va por buen camino metrosalud ya funciona con ese tema, está teniendo en cuenta que prestadores de salud hay ,están haciendo una serie de acuerdos para atender eso, o poblaciones específicas ,digamos de lo que yo conozca es lo que ha ido avanzando . Por lo demás el tema está muy incipiente.

¿Qué variables considera usted que debe tener una red para la prestación de servicios de salud?

- primero hay que partir de unas premisas fundamentales, si no hay consenso con esas premisas, todo el trabajo de diseño de acuerdos de formalidades incluso de temas jurídicos pierde el sentido, tiene que haber un consenso fundamental que es el derecho a la salud, los derechos de los usuarios y las características que debe tener una red de servicios y es que sea suficiente, pertinente que sea lo que se necesito porque a veces todo el mundo tiende a acaparar todo y ese no es el concepto de red ,el concepto de red es que cada uno en su nivel de complejidad y ámbito haga las cosas de la mejor manera y sea complementario del otro, si esas premisas básicas existen la formalidad y la parte técnica se puede acordar, a que me refiero si uno sabe que no quiere acaparar todo y quiere hacer economías de escala no va poder tener todo y va tener que llegar acuerdos , y hasta donde yo soy rentable que servicios voy a tener, cual puedo compartir con el otro, cosas que todas las instituciones puedan digamos tener una buena perspectiva, conocimiento de población, indicadores de sostenibilidad , indicadores de impacto.

¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo y cuáles serían las variables fundamentales?

-yo creo que si estamos de acuerdo con esos preceptos , si tenemos esa misma misión y queremos lograr esos mismos resultados el tema se facilita por todos vamos hacia un mismo lado ,hoy por ejemplo estamos trabajando el tema de red, pero red pública entonces en ese horizonte uno trata de organizar los servicios, y uno dice si yo como prestador voy a dejar de prestar un servicio pero sé que mi vecino o el usuario va tener acceso, va ver una buena

comunicación de referencia y contra referencia de los diferentes niveles de atención y el usuario va salir beneficiado y yo voy a poder optimizar administrativa y financieramente y organizarme en lo que yo hago bien y ser sostenible eso es lo ideal de las instituciones y pueden hacer incluso proyecciones de escala y ya lo estamos planteando , estamos haciendo negociaciones conjuntas de insumos en medicamentos, con mis vecinos de red pública, yo ya hoy voy a contratar unos insumos y unos medicamentos con mis vecinos ya que se todos nos vamos a beneficiar , no es lo mismo que el proveedor le venda a cada uno por pedacitos , que diga voy a contratar los medicamentos a todos los 4 hospitales que están acá, entonces ya uno comienza a ver beneficios al tema. Obviamente con los privados están muy lejos, por que tocan con temas muy sensibles que son los administrativos, pero que si la gente tiene el mismo punto referente que es la satisfacción del usuario al final el resultado económico se da. En temas de calidad es lo mismo, no es lo mismo que cada institución haga procesos que son costosos para temas de acreditación de hacer referenciación competitiva , hacer capacitación de talento humano , a que se reúnen 3 o 4 y gestionan con un ente nacional o internacional un fortalecimiento y apoyo en temas de calidad por ejemplo , no es lo mismo invirtiendo plata cada uno aparte, que decir todos juntos hacer una alianza gubernamental con el ICONTEC con todo , y cada uno pone 1 peso y no que cada uno tenga que sacar 10 pesos, es todo lo que tenemos que hacer es cumplir con una norma, en el tema de acreditación es un horizonte llámese público o privado toca cumplirla.

¿Estaría su empresa dispuesta a entrar a una red donde exista gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico y logístico, cuáles serían las variables fundamentales?

Se contesto antes

¿En el caso de que llegar a establecer una red de servicios de salud con alguna IPSS del municipio, cuáles serían las condiciones que establecería en los acuerdo contractuales?

Se contesto antes

¿Qué tipo de servicios usted vincula externamente en su organización?

- pues inicialmente es que el hospital pueda prestar todos los servicios que tenga habilitados en el registro de prestadores, alguno por el costo sobretodo en ese tipo de exámenes especializados no son costos efectivos hacerlos acá son mucho más fáciles de manejar a través de contratos de prestación con otro tipo de instituciones que por economías de escala , que acá por frecuencia o número de personas que salen no es costo efectivos montarlos acá, lo que se hace es tener para cada tipo de exámenes o especialidad o sea que el hospital no esté haciendo directamente acá, tener como suplirlo con los usuarios. Entonces tenemos diferentes contratos como laboratorio especializado otros son de pruebas radiológicas especializadas para lecturas que no son mucho porque la mayoría de los servicios que el hospital tiene habilitados pues se prestan directamente acá que son 3 o 4.

¿Qué modalidad de contratos maneja su IPSS?

-son contratos de compra venta como tal, porque no hay prestación de servicios únicamente si no una relación contractual regida por el código de comercio, digamos una prebenda que tenemos la ESE a pesar de ser empresas publicas contratamos por el derecho privado , y nos rige sobre la ley 100 del código civil, y solo hacemos uso para algunos casos de las cláusulas exorbitantes de la ley 80 pero no nos obligan.

¿Su empresa en que no se asociaría y cuáles son las razones?

-pues lo que pasa es que el escenario no es claro, no se sabe como son las reglas del juego las cuales uno pueda decir sobre estos criterios el hospital apostaría a hacer algún tipo de articulación y de llegar a uno arreglos con otros actores, como no está claro el desarrollo normativo, digamos lo debe tener pues todavía es muy incierto aventurarse a decir en qué cosas podría o no. Digamos en esto el análisis integral de las cosas el que hace que uno pudiera tomar una decisión de que aspecto si o cual no, porque hay varios aspectos , no solo el económico, financiero , de lo que estamos hablando de economías de escala o de favorecer algunos criterios económicos , existen otros criterios que tiene que ver con accesibilidad ,satisfacción del usuario, que tiene que ver con otros criterios de calidad que no solamente son el económico , por digamos el hospital si bien es una empresa que debe mantener autosostenibilidad y debe garantizar un manejo financiero, también tiene una responsabilidad alta que es la social. Y en eso la red pública tiene un compromiso superior a cualquier otro prestador , por directamente es el estado que tiene que garantizar algunas cosas que probablemente un prestador privado no lo tenga en consideración ni sea prioritario.

¿En el caso que requiera otro nivel de atención los pacientes que son atendidos en su IPSS, que proceso realiza?

-pues nosotros tenemos dos tipos de forma de derivar los pacientes que requieren otro nivel de complejidad , a pesar de que la norma habla de que lo que nosotros atendemos es el servicio de urgencias , eso nos da una connotación especial en el tema del municipio porque somos el único prestador de urgencias del municipio, entonces ya como único tenemos que cumplir la parte normativa , pues lamentablemente ahí tenemos muchas barreras de acceso , y se demuestra que el trabajo de red o articulación está muy lejos de lograr lo que es suplir la necesidades de la población , entonces en el tema de urgencias dependiendo de la clasificación de la empresa el triage con que se cuente que debe ser expedita la atención debe ser la remisión a otro nivel de complejidad , lamentablemente eso no se da por que cuando los paciente requieren otro tipo de complejidad y es un nivel uno o dos de triage en teoría debiera resolverse en muy pocas horas pues seguimos dependiendo de que la aseguradora tenga una muy buena red de prestadores de servicios en el cual se brinda rápido y confiable del otro nivel que requiere el usuario, tenemos muchas fallas porque a pesar que se sabe que el paciente requiere de otro nivel de complejidad, se sabe que es un nivel de prioridad estamos teniendo dificultades en los tiempos para que ese usuario pueda entrar a ese nivel de complejidad , por que dependemos de la red contratada que tiene el asegurador. Cuando no debe ser terminamos haciendo cosas que dice en el sistema no se deben hacer; que tu salgas con un paciente en traslado primero sin tener una confirmación exacta de la entidad receptora, nos ha tocado hacerlo en un caso que ésta de por medio la vida de una persona , pues toca salir ya que de aquí a que su aseguradora confirme que tiene una cama de cuidados intensivos o le tiene una cama asegurada en otro nivel pues va pasar el tiempo y el paciente se puede morir, nos toca hacer algo por medio de los centro reguladores de urgencias , tratar de ubicar el punto más cercano pues correr el riesgo para que el usuario acceda en un nivel digamos que es la urgencia, en los servicios que son electivos que dan espera digamos que el tema es un poco menos perentorio pero dependemos de la red contratada que tenga la aseguradoras. Pero allí ha sido menos difícil que exista el servicio, que exista la forma de llevarlo y aquí lo demorado son los tiempos, aunque la normatividad ha ido avanzando en eso decretos que han salido últimamente han ayudado a que los tiempos de espera de los usuarios para acceder a los servicios ambulatorios especializados se reduzcan pues

todavía hay unas barreras de acceso, que el código que el formato o sea temas que son administrativos que finalmente pesan a que el usuario no acceda rápidamente a un servicio pero digamos que yo lo veo menos crítico que lo que vemos en el tema de urgencias

¿Qué limitantes le observa usted dentro del entorno de la asociatividad, dentro del entorno del sistema de salud para que esto funcione?

- si yo creo que la forma como se contrata los servicios y como se pagan es un enemigo para que el tema de red funcione, por que a ti te contratan por un evento, pues a ti te conviene hacer todos tus eventos porque es proporcional, número de eventos a número de recursos que te entran como prestador. Cuando a ti te contratan por capitación pues número de atenciones no es igual al número de recursos que te entran entonces el esquema cambia totalmente, entonces las formas de contratación si son si son un factor determinante de cómo se puedan entrar a concertar la prestación de los servicios con los diferentes prestadores.

¿Conoce usted los indicadores de producción, calidad y rentabilidad de las diferentes IPSS del municipio, y los ha comparado con los de la empresa que coordina.
-no, la verdad ha sido muy difícil acceder a esa información nosotros en virtud en el plan de saneamiento fiscal y financiero que debimos suscribir al ministerio de hacienda y crédito público uno de los puntos de análisis del entorno y sostenibilidad financiera era hacer un análisis del entorno y de los prestadores, y tratamos de acceder a un tipo de información, qué tipo de población atienden que son estos indicadores, pero la verdad no fue fácil, no pudimos acceder por uno; el nivel de toma de decisiones que se encontraban a nivel local no era el suficiente para dar la información, entonces tocaba dirigirse a otro nivel y en esos niveles no ha habido mucha receptividad porque no hay mucho interés en que conozcan eso, eso es algo también está en la norma que no se ha desarrollado en la 1438 habla y nombra que el instituto de tecnologías en salud debe generar lo que generan en otros países la información que sea pública, y que todo lo que se presta sea medible, y que pueda haber un ranking de prestadores hasta que el paciente diga cuál es el hospital que tiene menos riesgo para hacerse una que me hagan una apendicitis él lo pueda escoger y que cuando escoja una EPS, escoja por que tiene los mejores indicadores, el usuario escoge a ojo cerrado y hacia allá debe ir, pero no ha habido interés en que eso se desarrolle, ya llevamos varios años pero la norma lo trae. Y estos rankings se podrían consultar sin estar detrás de una persona para que ver sus indicadores de calidad, hoy el ministerio está trabajando en eso, que solo los públicos estamos obligados, hoy puedes ver quien tiene mejor solvencia económica en la pagina del ministerio, pero el privado no está en el mismo nivel de hacerlo hoy en día y debería hacerlo.

Confianza

¿Qué entiende usted por confianza empresarial, puede darme su concepto?

- yo lo veo desde dos niveles, el nivel interno, es el nivel de confianza que genera la empresa con sus empleados, sus proveedores y los usuarios de sus servicios. La confianza empresarial se da cuando la gente que está contigo en la empresa cree y está convencida del valor agregado que da su empresa para lo que hace y eso se traduce en valor, con sus proveedores que es una alianza de quien le suministra cosas y el usuario final de sus servicios, eso es un tipo de confianza. Y eso se traduce con las demás porque puede que haya otra empresa que no preste lo mismo que tú prestes pero que preste un servicio complementario. Y si tú tienes confianza empresarial es como el que fabrica una parte para hacer carros y el que hace carros y el que hace un servicio a sus carros, entonces tú buscas una empresa determinada. Entonces no solo los usuarios buscan confianza si no las empresas buscan convenios que generen valor.

¿Con relación a la información que manejan las diferentes IPSS del municipio qué grado de confianza, le genera a usted?

-yo pienso que el país en temas de salud debe es validar la información, porque no es fiable, te lo digo internamente, nos ha costado llegar a tener confiabilidad con nuestros mismos indicadores que generamos, tanto como la circular 030 que es obligatoria y decreto 2193 son obligatorios, cuando uno va ver cada uno de esas se da cuenta que hay inconsistencias de la información que no están bien, entonces digamos que la información de hoy en salud es una cosa que estamos en deuda y que el ministerio sabe y le tiene que trabajar mucho y que sabe que es una de sus prioridades que en el plan decenal aparece, en el plan de desarrollo, el sistema de información es una debilidad muy grande, la información que generamos todos, no solo una IPSS, pienso que hay que tener mucha cautela para aproximarse más a la realidad y tener contexto pero pienso que tiene muchas falencias y que sea confiable.
-toda la información que generamos es mala, en especial la financiera, reconozco que las EPS nos llevan una ventaja muy grande pero mira como es de contradictorio de la información en general. La EPS tiene unos análisis de costos de su población que ni siquiera comparte con su prestador que debería ser su aliado estratégico, entonces es como si tuviera una bolsa negra que tiene información que ni el ministerio tiene, hoy para fijar el valor de la UPC, para mirar si la UPC que tiene este país es suficiente tiene que recurrir a unos estudios de costos que tiene las EPS y que han pagado ellos con expertos pero que ni siquiera su propia red de prestadores conoce. Tu vas y le preguntas una IPSS oiga usted tiene contrato con EPS z, usted le ha dicho esa EPS z cual es su margen de solvencia, cual es su margen de rentabilidad por servicio, eso la EPS lo tiene. Porque ellos hacen esos cálculos si lo tiene la EPS, pero el prestador está ciego, le toca hacer el trabajo por su lado, para saber cuánto le cuesta, hoy ninguna institución tiene un sistema de costos por ejemplo que todo el mundo sea unificado pro ejemplo todos debería tener un sistema de costos de cómo medimos lo que nos cuesta un servicio de salud, eso no existe entonces todos son diferentes, uno tiene una forma diferente de cómo mide el costo por ABC el otro hace costo promedio, esas dos son las dos metodologías que son las más utilizadas en los servicios de salud para medir costos. Hoy sabe más la EPS cuánto cuesta prestar un servicio que el mismo que lo está prestando, debería haber una alianza estratégica, entre los dos hay una unidad de pago por capitación, venga como hacemos para que ese recurso sea suficiente y le podamos brindar mejorías al usuario. Y que se conserve la capacidad de solvencia y rentabilidad. Eso nos convendría a todos.
Pero hoy ni el ministerio lo tiene, cuando van a fijar esos contenidos del pos van y le piden, déjenos ver el último estudio que hicieron de cómo está por sectores las distribución del UPC, pero es una información que ni el mismo ministerio tiene, y eso está en la ley, cosas muy buenas pero que por todos los intereses que se mueven por los actores del sistema no se le ha dado desarrollo, por eso está ahí los sistemas de costos, del ranking, del papel que debe tener los institutos que creó la norma pero que no lo han hecho, el tema de los protocolos de manejo, si todos nos pusieron de acuerdo a como se manejan las cosas. Hoy el ministerio esta avanzando en eso. No es que hoy yo como IPSS haga las cosas así o así, no porque hay una guía nacional donde ese tipo de enfermedades todos las deben manejar así, entonces esa va generar un poco mas de equidad en el prestador, porque llámese como se llame, todos vamos a estar de acuerdo en algo.

¿Puede indicar con que EPS del régimen contributivo o subsidiado tiene convenios para la prestación de servicios de salud?

<p>- el estado actual de la contratación es un estado que ha sido complejo , por los intereses que tiene el asegurador y que a veces no está sintonizado con su prestador y no sintiera que no es una alianza estratégica para que se fortalezca , eso lo ha demostrado cómo funciona la contratación, digamos ahora tenemos contratos de ambos regímenes de subsidiado y contributivo, el régimen subsidiado con CONVIDA y CAFAM y en contributivo a SALUD TOTAL y SANITAS que son los principales, hay una serie de contratos que están con otro tipo de régimen esta las FFMM y POLICIA y tenemos otros que ya no tiene que ver por el pos, si no con los riesgos laborales, con aseguradoras: Colpatría, seguros del estado para ARL.</p>
<p>¿Cuáles son los motivos para no prestar servicios de salud a las EPS contributivas y subsidiadas?</p>
<p>-el interés que ha mostrado el hospital por ampliar su oferta de servicios a otras EPS ha estado obstruido por la falta de interés de esas EPS de hacerlo, unas condiciones un poco diferentes, esto parte de algunos cambios que ha tenido la contratación, es que el hospital tiene claro cuánto le cuesta prestar sus servicios , y en qué condiciones los está prestando, entonces eso ha hecho que algunas de esas EPS no sea tan llamativo , porque ellos lo que buscan es el menor precio en la prestación en la contratación, entonces cuando tiene dos o tres prestadores y uno de ellos te hace una oferta del 30 o 40% por debajo , en un tarifa para prestar un servicio, pues esa prestación del servicio se deriva donde la EPS le sale más barato , independientemente de la calidad u otros criterios de ese mismo servicio, ésta primando eso, obviamente no se qué tan claro tengan los prestadores las condiciones y que tanto rentabilidad y tan beneficiosas sean esas condiciones contractuales para ellos , pero yo si tengo claro en el hospital en qué condiciones es favorable o no es favorable.</p>
<p>¿Cree que su organización tiene algún tipo de riesgo al confiar en otra institución, cuáles serían las razones?</p>
<p>-Digamos que riesgo siempre hay, uno cuando hace la revisión del diseño estratégico que lo realizamos hace poco, para este año es que el riesgo siempre hay y de todo tipo, este tipo de trabajo en red que todavía esta tan incipiente que todavía genera muchas desconfianzas si requiere un papel de rectoría claro que no existe, alguien que organice que lidere la red y que la establezca, ahí debe haber un papel de rectoría claro, para que los acuerdos y las voluntades se cumplan porque a veces no es suficiente que firmes un convenio y un contrato pues porque eso puede estar allí pero no se cumple , entonces hay papel de rectoría, hay papel normativo que hay que tratar de revisar, hay papel de organización porque con la historia que trae el sistema y la organización que trae el sistema de salud no hay experiencia suficiente para que esto funcione bien, o sea nadie puede hoy decir no es que la redes deben funcionar así porque acá funcionó, porque no hay experiencia , entonces en los espacios donde no hay experiencia se requiere que un liderazgo, alguien que tenga la capacidad de liderar esas rectorías para que ese tema de la redes se organice y puede que confluyan los diferentes intereses, los diferentes tipos preocupaciones que tienen cada uno de los actores, esto debe ser participativo el tema de redes si no es participativo no sirve, el público puede pensar una cosa y el privado otra cosa y el usuario otra y el asegurador piensa otra, en teoría el que debe modular el sistema piensa otra.</p>
<p>¿Su empresa estaría de acuerdo en aceptar y brindar ayuda para mejorar los procesos administrativos que lidera, y de qué forma le gustaría realizarlo?</p>
<p>- Claro es que yo pienso que el tema cuando ya se pone en un contexto donde es importante es el usuario, donde lo importante es la subsistencia del sistema , donde la importancia es el crecimiento de todos los actores ya se pierde ese celo, se pierde eso que yo pienso que todavía existe, que es que yo tengo un desarrollo y entonces me lo guardo, pero finalmente cuando eso se supere es lo que uno aspira cuando hay un trabajo que haya articulación , pues es donde empieza a jugar eso las cosas que se pueden poner a jugar en el cual tu das pero también recibes, por que puede haber otro que tenga una fortaleza, digamos en ese tema de costos las EPS tiene una fortaleza, entonces deberían enseñarnos a el gasto de la UPC ,como controlamos por grupo etéreo cuanto esta el consumo, ellos tendrían una cosa importante que enseñarnos donde uno es muy débil y de pronto unos han hecho unos desarrollos en salud pública, en los temas donde somos menos fuertes, en algunas cosas de articulación del POS, en algunas acciones donde las ESE hemos hecho mejor en teoría , en los temas de promoción y prevención se tiene cierta experticia se puede dar , que tienen que ver con algunos manejos.</p>
<p>¿Qué elementos considera usted importante para que haya confianza con las otras instituciones de salud del municipio?</p>
<p>-yo creo que algo no solo para el tema empresarial si no para cualquier tema, las confianzas se van dando en un proceso de interacción, las confianzas no se dan cuando se firma un convenio , entonces si firmamos un convenio eso no te asegura a ti, hay un proceso de credibilidad mutuo que se va dando como proceso que se va empezando a trabajar , que trasciende las personas porque muchas de estas interacciones que logras hacer a veces son coyunturales por la persona que está al frente de una entidad , cuando eso trasciende y se transforma en una política empresarial eso es lo que te da seguridad, que es lo que le ha pasado al sistema , hoy tu llegas a alguno acuerdos incluso a los de la red publica hoy estoy con 2 o 3 gerente que forman parte , percibimos que los podemos ayudar y que no nos debemos chocar en las funciones, digamos yo hoy le presto servicios a Tabio porque está en proceso de estructuración el me suple otros, pero no lo estamos viendo de mi peso es igual a tu peso, puede ser que el servicio que yo este prestando valen más de lo que él me está prestando. Pero eso debe ser un a política y todos debemos creerlo porque el momento que cambien las personas el proceso se va. Por eso algo que debe generar confianza es un marco que permita que eso se dé. Y que trascienda las personas.</p>
<p>¿Estaría en disposición de cambiar el rol de competencia por el de cooperación, y explíquenos sus razones?</p>
<p>- claro , por eso te digo eso te lo da el entorno, cuando tú haces el análisis del entorno que es tu función tú ves cuales son las estrategias que debes adoptar, si el entorno da para adoptar estrategias de cooperación , tu las haces, por ahí creces, pero cuando tú ves que el entorno no te da , entonces tienes que adoptar una estrategia defensiva , o una estrategia competitiva , la tienes que asumir porque así es el mundo de hoy, así es el mundo de las empresas, no solo en la salud, mira que han hecho en las grandes empresas del mundo, hoy windows y sale apple, y apple dice yo no me tengo que enganchar con windows, yo lo que tengo que es hacer competencia con él, entre los dos vamos a mejorar los sistemas para que todo en este mundo dependa de nosotros, y lo han hecho. Entonces es una especie de competencia y eso hace que el negocio crezca. entonces eso pasa en muchos sectores y en salud cuando dejemos de verlo así y logremos estructurarlo, el usuario va estar ahí y va seguir teniendo necesidades de salud y las vamos a tener que ir evolucionando porque nosotros vivimos de la enfermedad y es perverso y contrario a lo que la norma dice, esperemos a que el usuario se enferme y yo lo atiendo , pero cuando el usuario yo tengo que mantenerlo sano y no sé cómo mantenerlo sano y no sé cómo invertir, porque en teoría en el primer momento no es rentable mantenerlo sano, porque es un costo mantener unas enfermeras, porque es hacer unos programas que en últimas te va valer lo mismo para la UPC y que él que se beneficia es el otro nivel . Quien se va beneficiar si tengo paciente sanos, pues otro niveles, pues cuando el diabético no se complique, cuando no tengo que operarlo pero eso para él como está contratado es perverso, pues porque al tercer nivel cómo le pagan , pues por que llegue el paciente diabético , y pida unidad de cuidado intensivo , entonces está mal montado. Eso si veo que es muy</p>

complicado en ese escenario si tu analizas habrá acciones en las que tu estratégicamente la opción es cooperar y hacer alianza estratégica, y cuando las circunstancias te lo den y en cierto marco es ser competitivo pues te toca ser competitivo, si las condiciones y el marco avanza para uno ser cooperativo toca hacerlo, pero hoy como yo te lo planteo no están las condiciones para hacerlo, como compites? Haciendo mejor las cosas, pero es por los demás la hagan mal. Y ese debería ser el escenario ideal donde todos podamos hacer las cosas mejor y al final gane el usuario, si tiene 4 o 5 opciones de prestadores el que sale ganando es él.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APROXIMACIÓN A LA CONFIANZA Y LA ASOCIATIVIDAD EN EL SECTOR SALUD: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL MUNICIPIO DE TENJO, CUNDINAMARCA

Doctor:

CARLOS JULIO PINTO IZA, GERENTE ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE Tenjo.

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con estrategias administrativas en salud que puedan mejorar la eficacia y efectividad de la prestación de servicios en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Para ello, requerimos conocer las opiniones que Usted tenga mediante una entrevista.

Si alguna pregunta de la entrevista le causa incomodidad o prefiere no responderla, tiene el derecho a negar su respuesta.

Puede dar por terminada la entrevista en el momento que lo considere necesario.

La entrevista será grabada en audio para su posterior transcripción y mantenimiento de la fiabilidad de la información que Usted nos ofrezca.

Toda la información ofrecida por Usted es totalmente confidencial y será usada sólo para propósitos académicos.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre la investigación a desarrollar, la entrevista, el tratamiento y confidencialidad de la información.

Una firma manuscrita que parece ser la del doctor Carlos Julio Pinto Iza.

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

Me han dado respuesta satisfactoria a mis dudas e inquietudes respecto de la investigación que se encuentran adelantando.

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores Johanna Segura Camelo, e-mail: j23ohanna@yahoo.com, número celular 3118541858 y José Pardo, e-mail: monobio2@hotmail.com, número celular: 3118515143 han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada.

En constancia el día, (17) del mes (Junio) del año 2014, firman:

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser una abreviatura o un nombre estilizado, sobre una línea horizontal.

Firma Participante 1

Una firma manuscrita en tinta negra que parece leerse "Johanna S.", sobre una línea horizontal.

Investigador 1



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APROXIMACIÓN A LA CONFIANZA Y LA ASOCIATIVIDAD EN EL SECTOR SALUD: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL MUNICIPIO DE TENJO, CUNDINAMARCA

Señora:

CAROLINA GUTIERREZ, ADMINISTRADORA IPS ANDAR TENJO.

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con estrategias administrativas en salud que puedan mejorar la eficacia y efectividad de la prestación de servicios en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Para ello, requerimos conocer las opiniones que Usted tenga mediante una entrevista.

Si alguna pregunta de la entrevista le causa incomodidad o prefiere no responderla, tiene el derecho a negar su respuesta.

Puede dar por terminada la entrevista en el momento que lo considere necesario.

La entrevista será grabada en audio para su posterior transcripción y mantenimiento de la fiabilidad de la información que Usted nos ofrezca.

Toda la información ofrecida por Usted es totalmente confidencial y será usada sólo para propósitos académicos.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre la investigación a desarrollar, la entrevista, el tratamiento y confidencialidad de la información.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Me han dado respuesta satisfactoria a mis dudas e inquietudes respecto de la investigación que se encuentran adelantando.

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

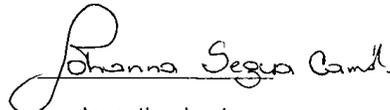
Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores Johanna Segura Camelo, e-mail: j23ohanna@yahoo.com, número celular 3118541858 y José Pardo, e-mail: monobio2@hotmail.com, número celular: 3118515143 han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada.

En constancia el día (17) del mes (Junio) del año 2014, firman:


Firma Participante 2


Investigador 1