

UNIVERSIDAD EAFIT

Escuela de Humanidades

Doctorado en Humanidades

LA SALUD TIENE ARREGLO

**Las reglas informales y su uso en un ambiente hospitalario:
aproximación a su comprensión desde el institucionalismo**

TESIS

Para obtener el título de:

DOCTOR EN HUMANIDADES

Presenta:

Gabriel Jaime Guarín Alzate

Director de tesis:

Dr. Adolfo Eslava Gómez

Medellín, 2021

Dedicado a

Sandra (la linda), Sara y Andrés:

Por su estímulo, paciencia y cariño recibido para lograr este sueño

Y nuestro disfrute de familia y vida.

A mi papá Gonzalo y mi mamá Mariela:

Por ser faros desde pequeño para ir siempre detrás del conocimiento y el amor.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	10
1. CONTEXTO PARA EL ESTUDIO DE LAS REGLAS INFORMALES	17
2. METODOLOGÍA	24
2.1. Enfoque institucionalista	25
2.2. Fase I. Construcción teórica.....	29
2.3. Fase II. Exploración de campo	31
2.4. Fase III. Análisis institucional y de desarrollo	36
3. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA	39
3.1. Las reglas	39
3.1.1. <i>Aporte del institucionalismo para la comprensión de las reglas</i>	39
3.1.2. <i>Definición y clasificación de las reglas</i>	46
3.1.3. <i>Importancia de las reglas</i>	50
3.2. Las reglas informales.....	52
3.2.1. <i>Características, definición y uso.....</i>	52
3.2.2. <i>La confianza: determinante para la configuración de reglas informales</i>	60
3.3. Las reglas en el marco del análisis institucional y de desarrollo	69
4. HALLAZGOS EMPÍRICOS	75
4.1. Arena constitucional del sistema de salud	76
4.2. Visión externa: expertos y actores del sector salud	82
4.2.1. <i>Percepción sobre la regulación del sector de la salud en Colombia</i>	83
4.2.2. <i>Definición de regla informal.....</i>	86
4.2.3. <i>Uso de las reglas informales en ambientes formales del sector salud</i>	89
4.2.4. <i>Reglas informales basadas en la confianza</i>	93
4.3. Contexto de las UCI-Neonatales en Antioquia.....	97
4.4. Visión interna: coordinadores de UCI Neonatales	99

4.5. Experimento deliberativo para medir la confianza en una UCI Neonatal	101
4.5.1. <i>Juego económico de la confianza</i>	102
4.5.2. <i>Encuesta posjuego</i>	105
4.5.3. <i>Protocolo deliberativo</i>	113
4.6. Análisis institucional y de desarrollo de una UCI-Neonatal	119
4.6.1. <i>La atención en salud como un Recurso de Uso Común-RUC</i>	120
4.6.2. <i>La arena de acción: arreglos en una UCI-Neonatal</i>	123
4.6.3. <i>Resultados y criterios de evaluación</i>	126
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	130
5.1. Decálogo de conclusiones.....	130
5.2. Recomendaciones	136
5.3. Síntesis.....	138

Esquemas

Esquema 1. Planteamiento del problema de investigación	23
Esquema 2. Ruta metodológica de la investigación.....	24
Esquema 3. Escenario para la exploración de campo	32
Esquema 4. Visión externa y visión interna en el escenario de la exploración de campo	33
Esquema 5. Marco de Análisis Institucional y de Desarrollo	37
Esquema 6. Clasificación de las reglas según su uso.....	46
Esquema 7. Algunas características de las reglas formales e informales	59
Esquema 8. Confianza y atributos de comunidad como determinantes de acción colectiva ..	65
Esquema 9. Estructura interna de una situación de acción	71
Esquema 10. Funciones básicas del sistema de salud colombiano	77
Esquema 11. Palabras claves para describir la regulación del sistema de salud.....	86
Esquema 12. Palabras claves para describir las reglas informales	89
Esquema 13. Palabras clave para describir el uso las reglas informales.....	93
Esquema 14. Palabras claves para describir la confianza	94
Esquema 15. Características sociodemográficas participantes experimento*	106
Esquema 16. Cuidados intensivos neonatales en el ámbito hospitalario desde el IAD	120
Esquema 17. Análisis institucional y de desarrollo de una UCI Neonatal	127

Gráficas

Gráfica 1. Nivel de influencia y confianza en actores del sistema de salud	95
Gráfica 2. Mapa de actores: confianza e influencia en la regulación	96
Gráfica 3. Resultado atributo confianza y reciprocidad por jugador	104
Gráfica 4. <i>Expectativa y cantidad de dinero observada</i>	104
Gráfica 5. Confianza en grupos.....	107
Gráfica 6. Confianza en actores del sistema	110
Gráfica 7. Influencia de actores del sistema	111

Tablas

Tabla 1. Características de las instituciones formales e informales	53
Tabla 2. Número de camas en UCI-Neonatal de Antioquia por tipo, 2020	98
Tabla 3. Resultados juego de la confianza	103
Tabla 4. Participación en grupos sociales	106
Tabla 5. Afirmaciones de confianza - % de participantes que están de acuerdo	108
Tabla 6. Acciones dilema 1	108
Tabla 7. Acciones dilema 2	109
Tabla 8. Factores con influencia sobre el propio comportamiento	111
Tabla 9. Factores con influencia en el comportamiento de los demás	112
Tabla 10. Motivaciones del juego	112
Tabla 11. Resultados de la priorización temática.....	114
Tabla 12. Cuatro tipos de bienes básicos	121

Anexos

Anexo 1. Entrevista semiestructurada visión externa	149
Anexo 2. Entrevista semiestructurada visión interna.....	176
Anexo 3. Protocolo juego de la confianza	177
Anexo 4. Formato encuesta posjuego	188
Anexo 5. Protocolo deliberativo	191

Ítaca

Por Constantino Kavafis

Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
pide que el camino sea largo,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al colérico Poseidón,
seres tales jamás hallarás en tu camino,
si tu pensar es elevado, si selecta
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al salvaje Poseidón encontrarás,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no los yergue tu alma ante ti.

Pide que el camino sea largo.
Que muchas sean las mañanas de verano
en que llegues - ¡con qué placer y alegría! -
a puertos nunca vistos antes.
Detente en los emporios de Fenicia
y hazte con hermosas mercancías,
nácar y coral, ámbar y ébano
y toda suerte de perfumes sensuales,
cuantos más abundantes perfumes sensuales puedas.
Ve a muchas ciudades egipcias
a aprender, a aprender de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.

Más no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.

Ítaca te brindó tan hermoso viaje.
Sin ella no habrías emprendido el camino.
Pero no tiene ya nada que darte.

Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,
Entenderás ya qué significan las Itacas.

Agradecimientos

Este proyecto fue desarrollado con el apoyo de la Universidad EAFIT y la Universidad Pontificia Bolivariana. Agradezco especialmente al Doctor Adolfo Eslava Gómez, Decano de la Escuela de Humanidades, director y tutor de esta investigación, por sus oportunas, precisas y sabias orientaciones que fueron fundamentales en el desarrollo del trabajo y, además, por su generosa amistad. De igual manera, agradezco a Alba Patricia Cardona Zuluaga, coordinadora del Doctorado en Humanidades, por sus consejos como docente y por motivarme a avanzar y continuar con esta experiencia académica. Gratitud para la Magíster en economía Laura Ramírez Gómez por su amistad y acompañamiento en los asuntos logísticos y técnicos que demanda un proyecto de tesis doctoral. Por otro lado, agradezco a Andrés Uribe Murillo, coordinador de la UCI Neonatal de la Universidad Pontificia Bolivariana, por su recomendación y sus ánimos para adelantar el trabajo de investigación en los servicios de los cuidados intensivos y, además, por sus permanentes aportes para mejorar la salud de los niños.

Esta tesis se desarrolló en el Grupo de investigación *Sociedad, política e historias conectadas* del Departamento de Gobierno y Ciencias Políticas, en la línea de estudios políticos. Por esta razón, no puedo dejar pasar de largo la oportunidad de agradecerles a todos los profesores de la Universidad EAFIT y a mis compañeros del Doctorado que durante estos cuatro años me apoyaron con sus orientaciones, aportes, reflexiones y, en especial, con su alegría en los diferentes espacios académicos.

Igualmente, quisiera hacer un reconocimiento a los expertos en salud por su deferencia para entregar sus conocimientos y opiniones: Jairo Humberto Restrepo Zea (Coordinador del Grupo de Economía en Salud: GES, Universidad de Antioquia); Marta Rivera Alvarado (Directora Jurídica Clínica Universitaria Pontificia Bolivariana); Luis Alberto Martínez Saldarriaga (Director de la Asociación de Empresas Sociales de Antioquia); Leopoldo Giraldo Velásquez (Gerente de MetroSalud); Álvaro Franco Giraldo (Profesor y consultor en Salud Pública); Andrés Aguirre Martínez (Director del Hospital Pablo Tobón Uribe); Luis Eliseo Velásquez Londoño (Profesor y consultor en Salud Pública); Carlos Enrique Cárdenas Rendón (Director de Salud Savia Salud); Eduardo Guerrero Espinel (Coordinador de Salud Familiar y Comunitaria-Uniremington); Carlos

Alberto Restrepo Molina (Director de la Clínica Universitaria Bolivariana); Marta Cecilia Ramírez Orrego (Directora de la IPS Universitaria, Universidad de Antioquia); Gabriel Mesa Nicholls (Gerente de EPS SURA); y Carlos Mario Ramírez Ramírez (Consultor de la Contraloría General de Antioquia).

Agradezco a los coordinadores de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCI-Neonatales) por permitirme conocer sus unidades y por trasmitirme sus experiencias y opiniones: Víctor Manuel González Gómez (Coordinador de la UCI-Neonatal Hospital General de Medellín); María Eulalia Tamayo Pérez (Coordinadora de la UCI-Neonatal Hospital Fundación San Vicente de Paul de Antioquia); Margarita Rosa Ángel (Coordinadora de la UCI-Neonatal Clínica Prado Medellín); y Andrés Felipe Uribe Murillo (Coordinador de la UCI-Neonatal Clínica Universitaria Bolivariana). Igualmente, al personal asistencial y administrativo de la Clínica Universitaria Bolivariana por su participación y compromiso en el trabajo de campo. A Estefanía García-Luna y a Sergio Andrés Valencia Vélez, investigadores del Centro de Análisis Político de EAFIT, por su apoyo para realizar el experimento deliberativo.

Por último, quisiera dar las gracias a toda mi familia y a mis amigos porque siempre estuvieron pendientes y fueron animadores permanentes para que pudiera avanzar con tranquilidad y entusiasmo en este ameno, provechoso, pero también exigente proyecto de vida.

Declaración de conflicto de intereses

En calidad de investigador declaro no haber tenido conflicto de intereses que hubieren afectado fundamentalmente el bienestar, la seguridad, el prestigio, la honra o hubieren causado daño moral ante la sociedad (familia) de los participantes del estudio, en especial aquellos entrevistados, a las instituciones visitadas y a los participantes del experimento deliberativo. No se transó ningún estipendio económico en el desarrollo del proyecto.

Introducción

El lunes 29 de abril, siendo las 11:30 am, Diana Carolina Martínez ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Clínica Universitaria Bolivariana para visitar a su pequeño hijo Matías. Lo que Carolina no sabía, era que en la incubadora de su bebé la esperaba una pregunta que le cambiaría la vida: “¿Mamá te quieres casar con mi papá?” citaba la frase.

Fue así como Deninson Bermúdez, con ayuda de la Fundación Milagros de Vida y el personal de la Unidad Neonatal, le pidió matrimonio a la mamá de su hijo. “Él se me acercó desde la semana pasada para que en conjunto planeáramos la sorpresa, algo que nos pareció muy lindo y con todo el gusto aportamos nuestro granito para que fuera posible”, comenta María Isabel Cano, practicante de trabajo social de la Fundación.

Esta historia comenzó a surgir cuando Matías Bermúdez Martínez nació el 31 de marzo en condiciones prematuras en la Clínica Universitaria Bolivariana y, desde entonces, el apoyo que Milagros de Vida ha brindado a sus padres, ha permitido que se formen vínculos de confianza.

“Yo no me lo esperaba, mi Dios les pague por todo”, fueron las palabras de Carolina para el personal que fue de gran apoyo para su futuro esposo. Las lágrimas de alegría y la emoción fueron los protagonistas en la mañana de ese lunes, pues todos los presentes compartieron ese momento tan especial. Matías es un regalo de la vida que trajo a los corazones de sus padres el milagro del amor.



Fuente: Unidad de comunicaciones - Clínica Universitaria Bolivariana, 2019.

En acciones pequeñas y cotidianas, a las que no se presta mucha atención, se enseñan comportamientos cooperativos y altruistas, que permiten describir al ser humano como un ser social, capaz de alcanzar resultados beneficiosos aún en condiciones complejas. Pero ¿Qué es lo especial que tiene la historia de Matías y su familia? Como se observa, un acto informal y muy personal, que no está en los protocolos médicos o en la atención formal que recibía el recién nacido, fue capaz de concitar el interés de las personas que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI-Neonatal) de la Clínica Universitaria Bolivariana, configurando una relación de confianza entre el personal y esta familia. En el fondo, lo que hay en una sociedad son personas, familias y grupos que, inspirados en sus valores, razones y motivaciones, toman decisiones, desarrollan acuerdos y actos espontáneos, que frecuentemente pasan desapercibidos porque no gozan de formalidades, pero ahí están, construyendo tejidos humanos.

¿Por qué no es usual detenerse a pensar y analizar estos detalles humanos? ¿Qué es lo que hay en estos grupos que les permite recrear estas relaciones y buscar propósitos comunes? ¿Por qué pasa desapercibida la informalidad? En los pequeños encuentros, en estos espacios y también en los comunitarios, se encarnan muchos Matías, desprevenidos, pero que junto con otras personas y actores disponen de sus condiciones y contribuciones para traer y promover el bienestar colectivo por encima del beneficio individual. Tal vez, en el fondo, muchos individuos son Matías: proclives a generar vínculos para beneficio de todos y no seres egoístas por naturaleza, como comúnmente se describe a los humanos. Matías no aislados, sino relacionados con otros Matías que confluyen para constituir cuerpos interdependientes que resuelven problemas de interés común. Lo relatado en la historia de Matías y su familia, las acciones que toma el personal operativo de salud, las maneras como se relacionan y las demás características que se identifican en este suceso, muestran la existencia y la importancia de actuaciones informales en el quehacer y el día a día que enfrenta un ambiente hospitalario y, en particular, una UCI-Neonatal. Sobre estos componentes gravita el desarrollo de esta tesis doctoral.

En este contexto, la tesis *La salud tiene arreglo* entiende la importancia de los arreglos informales, como complemento de los formales, que crean los participantes y actores del Sistema de Salud en Colombia. Así, el trabajo se aproxima a la informalidad, partiendo del estudio de los postulados institucionalistas, considerando los aportes que expertos hacen al entendimiento y el

análisis de las reglas y recopilando lo observado en ambientes hospitalarios. En este recorrido se propone, entonces, una clasificación de las reglas, una definición para las reglas informales y una exploración de campo para indagar por el uso de dichas reglas en un ambiente hospitalario concreto, a saber, las UCI-Neonatales en las cuales se reconoce la confianza como un atributo importante de los acuerdos informales. Además, teniendo como referentes los estudios realizados por autores como Elinor Ostrom, se hace un análisis institucional de estos servicios de y se logra identificar cómo las relaciones e interacciones entre individuos y grupos ayudan a resolver problemas de interés común relacionados con la atención en salud.

Parecería extraño, pero, a pesar de cierto escepticismo, se logra reconocer que, de manera intuitiva y deliberativa, se crean acuerdos en el Sistema de Salud colombiano y en ámbitos hospitalarios para solucionar problemas en la atención en salud. Dichos acuerdos están soportados en arreglos autoorganizados y se basan en la confianza, la reciprocidad, la comunicación cercana y la recursividad. De este modo, es posible decir que estas iniciativas se concretan en un factor común: el potencial que tienen los microacuerdos y la confianza entre los participantes para tomar decisiones en pro de un mejor estado de salud individual y colectivo.

Como se mencionó, uno de los principales aportes de la tesis es crear una definición para la regla informal. Así, se propone que dicha regla constituye un arreglo creado de manera autoorganizada por las personas o los grupos interesados, para delimitar, posibilitar y estructurar sus interacciones cotidianas, lo cual hace que su constitución, expresión, uso, sanción y cambio no requieran de formalismos. Además, se trata de un arreglo sustentado en la confianza y su uso se da a nivel microterritorial o de ambientes cercanos. En esta definición se identifican, entonces, aspectos fundamentales que constituyen el escenario propicio para su ejercicio: 1) la interacción de personas o grupos interesados y conocedores de su entorno, dejando de lado la posibilidad de poner en marcha reglas que desconozcan la realidad de quienes pretende reglar y, además, evidenciando la existencia de proximidad y comunicación cercana; 2) la confianza, atributo presente en la regulación informal; 3) el uso a nivel microterritorial, que da la idea de la aplicación de la regla en espacios delimitados sin que esto implique necesariamente que una regla de este tipo no se pueda escalar y, a su vez, ser influenciada por reglas superiores y, por último, 4) la incitación para aportar a la solución de problemas cotidianos que los involucran.

Por su parte, en la exploración de campo, se aprecia la visión externa e interna de los expertos entrevistados y, con ello, se identifican y reafirman las bondades y las problemáticas del Sistema de Salud colombiano. En este sentido, la promulgación exagerada de reglas formales es uno de los problemas que todos los expertos reconocen. Sin embargo, también mencionan que existen experiencias en el mencionado sistema que evidencian comportamientos cooperativos, basados en la confianza, las estrategias prosociales y el trabajo en red, lo cual es un buen argumento sobre las posibilidades del trabajo colaborativo en el sector de la salud.

En esta línea, se realiza un experimento deliberativo¹ en una UCI-Neonatal de Antioquia. Dicho experimento cuenta con un juego económico de la confianza², una encuesta posjuego y un protocolo deliberativo³, los cuales buscan medir los niveles de confianza y reciprocidad entre los actores de la unidad y, asimismo, capturar el sentir de los jugadores frente a las problemáticas de la regulación en el Sistema de Salud y sus iniciativas de solución.

El experimento arroja resultados que aportan al debate y al entendimiento de cómo se toman decisiones en el sistema de salud y de cómo se usan las reglas informales en un ambiente hospitalario. Así, tomando la confianza como un atributo que importa y tiene influencia en el uso de este tipo de reglas, se devela un nivel de confianza personal promedio del 81% entre los participantes del juego de la confianza en la UCI-Neonatal y, a su vez, un nivel de reciprocidad promedio del 36%, valores que son cercanos a los ya obtenidos en otros ejercicios similares en diversos sistemas sociales. Este hallazgo se puede considerar una respuesta al nivel de cercanía y

¹ Un experimento deliberativo es una técnica de investigación usada para la recolección de información con fuentes primarias. Así, este recurso que ofrece un marco metodológico dispuesto para la realización de tres actividades: (i) un juego económico; (ii) el diligenciamiento de una encuesta posjuego y, por último, (iii) la aplicación de un protocolo deliberativo.

² El juego de la confianza surge con el propósito de falsear la idea clásica de la economía según la cual la acción de los individuos es un producto de la maximización individual de sus beneficios. La metodología del juego fue propuesta por Berg, Dickhaut y MacCabe (1995) y cuenta con un sin número de réplicas. Para efectos de la presente investigación, este juego fue adaptado y ajustado metodológicamente tomando como referente *Valores, representaciones y capital social en Antioquia* (Giraldo et al., 2013).

³ Cabe advertir que los protocolos deliberativos son instrumentos de carácter dialéctico que se construyen siguiendo los lineamientos propuestos por los modelos deliberativos tradicionales de argumentación (McBurney, Hitchcock y Parsons, 2007; Jonassen y Kim, 2009; Walton, Toniolo y Norman, 2014). El protocolo deliberativo funciona como un vaso comunicante entre teoría y realidad, mediante el uso de la palabra, el discurso y la narrativa de experiencias en las propias palabras de los participantes (Eslava, 2019).

la identificación de grupo entre los jugadores citados, pero también evidencia la capacidad que tienen las personas en los diferentes ambientes dentro del sector salud para trabajar cooperativamente y atender al bienestar colectivo sobre el individual.

Adicionalmente, se indaga por el atributo *confianza* a nivel institucional y el grado de *influencia* en la regulación por parte de los actores del sistema y se encuentra que los jugadores, al igual que los expertos entrevistados, expresan un menor nivel de confianza en quienes perciben que tienen mayor influencia en la regulación del sistema de salud: las Altas Cortes y las EPS (con una calificación⁴ de 1,52 y 1,64 respectivamente). Asimismo, los participantes manifiestan una mayor confianza en quienes tienen menor influencia regulatoria: las Universidades, los Hospitales Privados y el profesional de la salud (con una calificación de 3,17, 3,11 y 3,11 respectivamente).

Complementando estos hallazgos, se hace un análisis institucional de las UCI-Neonatales centrado en las personas operativas de este servicio en las que recaen las decisiones del día a día. Teniendo como referente la propuesta de Elinor Ostrom, en este análisis se identifica cómo se logran acuerdos y se proponen soluciones creativas, viables y que responden a problemáticas relacionadas con el acceso a los servicios, la remisión de pacientes neonatales, la administración del recurso humano y, lo más importante, la preservación de la vida de pacientes críticamente enfermos. Todo esto bajo la premisa “no incumplimos reglas, salvamos vidas”, como lo menciona uno de los entrevistados. De este modo, se proponen estrategias informales como el traslado primario, el cual es pragmático y permite transportar a los recién nacidos a otro hospital donde haya condiciones para garantizar su atención sin papeleos y trámites administrativos; la adecuación de espacios alternos para la atención, dada la deficiencia de camas respecto al número de pacientes que requieren una cama UCI; la asignación de puntajes a los nacidos críticamente enfermos para lograr distribuir equitativamente la carga de trabajo entre las enfermeras de la UCI y, finalmente, la función y el acompañamiento de fundaciones y ONGs que apoyan sin ánimo de lucro a los diferentes pacientes y sus familias, en estas acciones se identifican expresiones de informalidad en un ambiente formal.

⁴ Cabe precisar que la calificación del nivel de *confianza* y de *influencia* entre los actores del Sistema fue de 1 a 4, siendo 1 un nivel de confianza o influencia muy bajo y 4 un nivel de confianza o influencia muy alto.

En el momento que se escribe la parte final de esta tesis, se desata la primera pandemia de carácter global que hace que la vida de todos cambie drásticamente. Las consecuencias, los desafíos y las oportunidades que la Covid-19 trae sobre la humanidad, muestran aspectos que le dan más relevancia a este trabajo. Entre ellos, la forma rápida y desregularizada como se aprueban tecnologías, vacunas y tratamientos que, en otras circunstancias, era improbable obtenerlas a corto plazo; la valoración de la solidaridad y la cooperación; los límites de actuación entre lo privado y lo público, las organizaciones con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro se pierden si de salvar vidas se trata. La confianza en los decisores y decisiones se vuelve un factor importante que permite lograr adherencias a las orientaciones y comportamientos requeridos para que de manera colectiva se pueda enfrentar de mejor manera la pandemia.

De igual manera, en esta vivencia de la pandemia se reconfigura la planeación de nuestros asuntos cotidianos y organizacionales; las ciencias del comportamiento adquieren relevancia porque se entiende la importancia de entrelazar disciplinas como la salud, la economía, la política, la comunicación y la psicología; se permite visualizar la aplicación del policentrismo y emergen y se valoran nuevas estrategias o campos de acción como la *cultura y la economía del cuidado* y, finalmente, las UCI se convierten en arenas de acción donde se toman de manera recursiva decisiones de vida. En definitiva, son todos aspectos que, apuntando a resolver y enfrentar un problema colectivo, modifican nuestras formas y estructuras de relacionamiento y decisión: convergen formalidad e informalidad.

En este contexto, que ha generado una respuesta histórica sanitaria y atendiendo principalmente a los hallazgos de esta tesis, adquieren relevancia como líneas futuras de investigación: visibilidad de las actitudes prosociales de los actores del sistema, y el potencial de las redes de confianza, donde es fundamental responder las siguientes preguntas: ¿Cómo resaltar y visibilizar la disposición a la cooperación y solidaridad que existe entre los grupos humanos que atienden la salud? y, ¿cómo construir y mantener redes confianza en el sistema de salud? Además, abordar el estudio de las reglas desde otras áreas, en particular, las del comportamiento y cognitivas; la relación entre las reglas informales y asuntos de la ética y, explorar por qué sistemas reglados similares tienen una apropiación y unos resultados divergentes en cada territorio.

En consonancia con lo relatado anteriormente y con los objetivos de la investigación, el trabajo se desarrolla en cinco capítulos. Primero, se presenta un contexto para el estudio de las reglas informales en el sistema de salud. Luego, se expone la metodología de trabajo, que es una apuesta multidisciplinar y multimétodo, la cual incluye el diseño y las fases de la investigación. Al respecto, cabe mencionar que este segundo capítulo inicia con la justificación del institucionalismo como enfoque y, posteriormente, continúa con los pasos para la construcción teórica, la exploración de campo y la aproximación al marco de análisis institucional y de desarrollo (en adelante IAD) propuesto por Elinor Ostrom. En tercer lugar, se encuentra una construcción teórica que destaca los aportes institucionalistas a las reglas, la informalidad y la confianza. Después, se presentan los hallazgos empíricos en cuatro frentes principales: (i) visión externa de expertos del sector, (ii) visión interna de coordinadores de UCI-Neonatales, (iii) principales resultados del experimento deliberativo y (iv) hallazgos del análisis institucional en el ambiente elegido. Por último, el quinto capítulo constituye un espacio de discusión y conclusiones en el cual se presentan los contrastes entre lo teórico y lo empírico, lo que se ha aprendido, la hipótesis y lo que faltaría por conocer sobre el tema en cuestión.

1. Contexto para el estudio de las reglas informales

En esta sección se relacionan los elementos principales que motivan el estudio de las reglas informales dentro del sistema de salud. Para ello, se parte de la definición de la salud humana y su conexión con los sistemas de salud; luego, se presenta una aproximación inicial del marco regulatorio del sistema colombiano y sus contribuciones y, por último, se realiza una lectura de las bondades y los retos que tiene el sector de la salud en el país. Adicionalmente, en este apartado se hace alusión a la existencia de otro tipo de regulación: la informal. Al respecto, se asevera que, si bien es una regulación relevante, no es muy evidente debido a la opacidad que se genera, en parte, por el exceso de regulación formal. Por último, se presentan los objetivos que enmarcan esta tesis doctoral.

Para hacer referencia a la salud humana, se acude a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (1958), que la define como un estado de percepción individual de bienestar físico, mental y social, necesario para el desarrollo integral y la calidad de vida de las personas. Bienestar que la mayoría de las personas desean tener y que, además, es resultado del autocuidado de los individuos y de la protección de la sociedad y del Estado. En este sentido, la sumatoria de individuos sanos y protegidos produce familias, comunidades y poblaciones saludables (Gómez et al., 2013). Para lograr este objetivo, la sociedad ha construido los sistemas de salud, los cuales son el conjunto de organizaciones sociales, instituciones, actores, políticas públicas, instrumentos, reglas, normas, competencias, derechos y procedimientos que, de manera organizada y articulada, buscan que individuos y comunidades vivan más y mejor (Sen, 2000).

Los sistemas de salud son una creación humana y universal que cumplen con la función social de proteger y conservar la vida y, a su vez, de promover el bienestar y la salud de las poblaciones. En este sentido, se puede afirmar que son esenciales, de interés público y constituyen un derecho que debe ser protegido por el Estado, las organizaciones, las comunidades y los individuos (Molina et al., 2013). Todos los países del mundo, independiente de su desarrollo socioeconómico, tienen un sistema de salud que presenta diferencias y se modifica atendiendo a los intereses de los individuos y las dinámicas sociales, económicas y políticas de los territorios (Pérez, 2013).

Por la connotación social y el interés público en la mayoría de los sistemas de salud del mundo, se identifica al Estado como el actor principal y el directamente responsable de su conducción y funcionamiento. En Colombia, por ejemplo, la Constitución Política de 1991, en su artículo 49, hace explícita esta responsabilidad:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

El Estado es, entonces, el rector y el garante de los procesos y las funciones que hacen parte del Sistema de Salud colombiano. Una de sus funciones es la regulación, la cual consiste en ordenar y reglar las relaciones entre las partes del Sistema. Dicha función “se manifiesta en normas formales que se expresan en leyes, reglamentos, decretos o resoluciones, o decisiones que son de dominio público y obligatorio para todos los agentes o actores, cuyo incumplimiento puede acarrear sanciones” (Restrepo & Rodríguez, 2005, p. 167). A partir de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, que transformó el anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) en el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la función de regulación en salud se ejerce principalmente a través del Ministerio de Salud y de la Protección Social –MSPS–, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y el Congreso de la República. En su momento, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) hicieron parte de la regulación del mencionado sistema de salud. No obstante, estas dos últimas instancias ya no existen y, como se esbozará en secciones posteriores, habían sido reconocidas como grandes aciertos del sistema de salud.

En el marco de la Ley 100 de 1993 se han promulgado, a la fecha, gran cantidad de leyes, políticas, acuerdos, decretos, resoluciones y sentencias, superando las tres mil reglas (MSPS, 2018), de las cuales sobresalen las siguientes por los cambios propuestos y por su impacto: (1) la Ley 789 de 2002, la cual busca proteger a los individuos y las poblaciones más vulnerables de los

riesgos relacionados con la salud y donde, además, se reestructura el Ministerio de Salud y cambia su nombre a Ministerio de Salud y de la Protección Social; (2) la Ley 1122 de 2007, la cual busca realizar ajustes al SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios (Ley 1122, Por La Cual Se Hacen Algunas Modificaciones En El Sistema General de Seguridad Social En Salud y Se Dictan Otras Disposiciones, 2007); (3) la Ley 1438 de 2011 que reforma el SGSSS, haciendo énfasis en tres aspectos: el fortalecimiento de la salud pública, la financiación y las instituciones prestadoras de servicios de salud —IPS— (clínicas, hospitales) y, por último, (4) la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que define la salud como un derecho fundamental, promueve la autorregulación dentro de la prestación de los servicios y modifica los planes de beneficios en favor de los usuarios, bajo la premisa de que todos los colombianos tendrán la posibilidad de acceder a los servicios y las tecnologías en salud disponibles en el medio, excepto por lo excluido explícitamente⁵.

Una vez presentado el panorama regulatorio del sistema de salud, el cual se caracteriza por su andamiaje formal, se puede hacer una lectura de su funcionamiento con base en los siguientes resultados: (1) el avance significativo en la meta de cobertura universal en salud, el cual pasó de cubrir el 29% de la población en 1995 a cubrir el 94% en 2018 (MSPS, 2019b); (2) el sistema logró una cercana unificación de los Planes de Beneficios en Salud (PBS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado en 2015 (MSPS, 2019b); (3) el bajo *gasto de bolsillo* que realizan los usuarios como proporción del gasto total en salud (20%) (Chang et al., 2019) y, finalmente, (4) la reducción de la tasa de mortalidad infantil, indicador trazador que mide el desempeño de los programas de salud pública y de la intervención sobre los determinantes sociales, pues se pasó de tener dieciséis (16) infantes muertos por cada mil nacidos vivos en 2005, a contar con diez (10) muertos por cada mil nacidos vivos en 2017 (MSPS, 2019a).

En este punto, es crucial reconocer que aún y con los avances evidentes del sistema de salud en los últimos años, existen retos y desafíos a los que es necesario hacer frente, entre ellos: (1) la mala percepción que tienen los ciudadanos colombianos sobre la calidad y la cobertura que, según la

⁵ Cabe precisar que la exclusión explícita se convierte en un elemento que refuerza el principio de la cobertura universal, no solo porque los individuos tengan derecho a acceder al sistema de salud, sino también porque este componente de la ley da la idea de la integralidad y calidad en la atención.

Encuesta Gallup de 2017, asciende al 83% (Gallup Colombia Ltda., 2017); (2) la crisis financiera que se evidencia en las deudas acumuladas en el sector, principalmente, para financiar a los prestadores de servicios de salud y a los servicios adicionales al PBS; (3) la fragmentación en la prestación de servicios de salud; (4) la judicialización del sistema⁶, la cual se puede expresar, por ejemplo, en el número de tutelas en el sector de la salud⁷ (Vélez, 2016); (5) el incremento en enfermedades prevenibles, como el aumento de la tasa de incidencia de VIH-SIDA para cada cien mil habitantes, la cual pasó de trece (13) en 2008 a veintiocho (28) en 2018 (MSPS, 2019a) y, por último, (6) los desafíos que enfrenta el sistema de salud en la atención de la pandemia por Covid-19.

Además de los problemas mencionados, se observa, en particular, una preocupación relacionada con la excesiva formulación y promulgación de reglas en el sistema de salud en Colombia y sus consecuencias: la dispersión y la yuxtaposición normativa; la complejidad para la divulgación y la comprensión de las reglas por la cantidad de agentes e instituciones que deben acogerlas; las disociaciones interpretativas de las reglas entre lo jurídico, los hechos políticos, el conocimiento científico y la práctica profesional; las mayores posibilidades de trasgresión normativa; el riesgo de ser factor facilitador de la corrupción y, para terminar, la generación de mayores costos para su control (Vélez, 2016).

En consonancia con estas problemáticas, existe una percepción de que las reglas, antes que resolver los desafíos del sector, se están convirtiendo en un componente que complejiza sus procesos. Incluso, algunos actores consideran que se han vuelto contradictorias, en tanto hacen daño a los propósitos y principios del sistema de salud (Suárez et al., 2017). La proliferación y complejidad normativa hacen parte de un fenómeno que ha sido mencionado por críticos, académicos y actores del sistema de salud como, por ejemplo, el exministro de salud, Alejandro Gaviria, quien se refiere a esta problemática como *fatiga normativa*.

⁶ La judicialización del sistema de salud se refiere al hecho de que, a pesar de que la función de regulación está asignada fundamentalmente al MSPS y la Supersalud, se evidencia que se ha incrementado la regulación del sistema por parte de otros organismos diferentes a los definidos por la Ley 100 de 1993 (Restrepo & Rodríguez, 2005).

⁷ De acuerdo con Jaime Alberto Peláez Quintero (2019), en 19 años de análisis (1999-2017) se presentaron en Colombia 6.346.950 tutelas, de las cuales 1.836.137 invocaron el derecho fundamental a la salud, es decir, el 29% de tutelas que se han presentado en el país demandan un servicio o atención en salud. En esta misma línea, para el año 2017 se presentaron en total 607.499 tutelas, de las cuales 197.655 invocaron el derecho a la salud (33%).

Como soporte de los problemas que se evidencian en torno a la regulación del sistema de salud se encuentran los estudios: (1) *La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores*, el cual, entre sus conclusiones, expresa que existe: sobreproducción normativa, dificultades para la aprehensión de la norma, influencia de intereses particulares en la creación de la misma, y no correspondencia de esta con las necesidades de salud de la población (Muñoz et al., 2009); (2) *La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación*, donde se presentan las nociones de cuarenta actores representativos del sistema de salud y se concluye que existe polución normativa, inconsistencia temporal de normas e información incompleta, lo cual ocasiona incertidumbre y confusiones dentro del sistema, desembocando en una crisis regulatoria (Suárez et al., 2017) y (3) *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia*, donde se identifica un fallo desde la perspectiva de los regulados, afirmando que “la regulación ha sido fluctuante, episódica y, en algunos casos, confusa, profusa y difusa” (Restrepo y Rodríguez, 2005, p. 187).

Algunos autores han sugerido que el exceso de reglas formales dentro del Sistema de Salud está correlacionado con la desconfianza que también lo habita. Así, Molina y Ramírez (2013), proponen en su trabajo *Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009*, que en el Sistema de Salud no hay respeto por principios como la honestidad, la cooperación y la confianza, y ni siquiera hay conocimiento por lo que describe la legislación, lo cual es similar en otros ámbitos y permite afirmar que el apego por la regulación formal sugiere la escasez de confianza entre los interesados (Eslava, 2017). Esta desconfianza, hipotéticamente, incitaría a algunos actores a la promulgación de reglas formales de manera reiterativa y exagerada, para disminuir la incertidumbre generada por comportamientos no esperados de otros actores del sistema, práctica en la cual cada actor pretende asegurar su interés o beneficio propio al influir y presionar para que se desarrollen contenidos normativos particulares.

Del mencionado apego a las reglas formales puede generarse un efecto de desplazamiento – *crowding out*⁸–, en la regulación del sistema de salud colombiano, que se esboza en las siguientes

⁸ Este concepto surge de la teoría económica del efecto de expulsión para relacionar las repercusiones de las decisiones estatales sobre los demás agentes económicos. En principio, el *crowding out* se refiere a la situación en la que un

situaciones: (1) la atención y el interés de los actores del sistema por los análisis de problemáticas, propuestas y avances técnico-científicos relacionados con el proceso de salud-enfermedad, se ven desplazados por la concentración en las discusiones, la lucha de intereses, la promulgación y la aplicación de dichas reglas formales; (2) la normatividad excesiva complejiza la apropiación y comprensión de las reglas formales, lo que puede, en lugar de crear situaciones beneficiosas para la sociedad, desplazar estas situaciones hacia conflictos jurídicos, transgresiones normativas, efectos nulos o, incluso, negativos en la solución de las principales problemáticas de salud y (3) la regulación formal desplaza, opaca y resta atención a otras maneras de regulación como las reglas informales, y al papel que estas puedan tener en las interacciones humanas, la autoorganización, la autorregulación, la cooperación y solución de problemas colectivos.

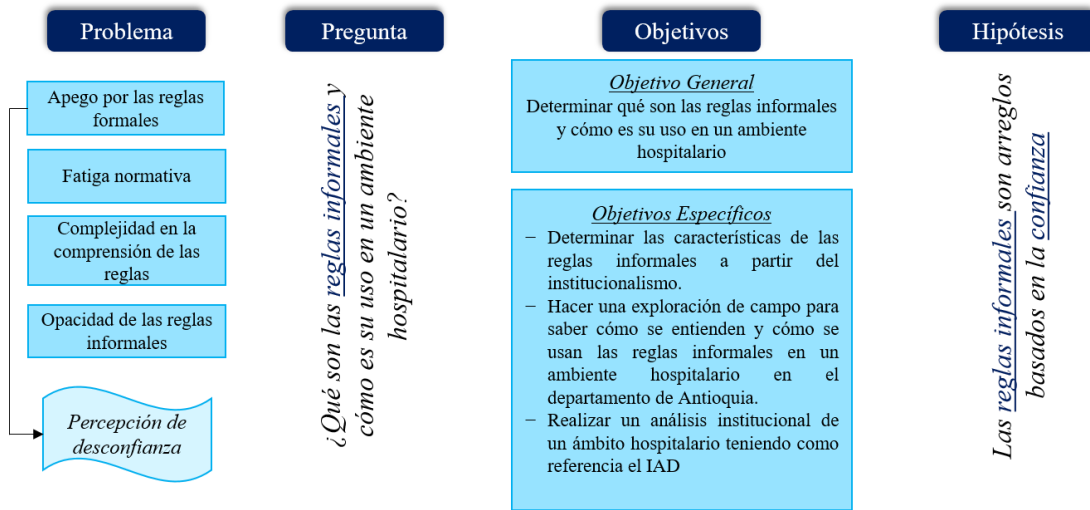
A propósito del efecto de opacidad sobre las reglas informales, no se conocen estudios e investigaciones sobre su desarrollo, uso e impacto en el sistema de salud colombiano, además de la poca exposición del tema en escenarios académicos y en las discusiones políticas. Esto último sin dejar de reconocer que, en los últimos años, autores como, el historiador y premio Nobel Douglass North (1993), la politóloga y premio Nobel Elinor Ostrom (1990) y, en Colombia, el ingeniero Juan Camilo Cárdenas (2009), la politóloga Alejandra Vargas (2011), el economista Adolfo Eslava (2017), el abogado Luis Felipe Dávila (2017), entre otros, reconocen, desde diferentes enfoques, en sus trabajos teóricos y de campo, la existencia y la relevancia de las reglas informales en las decisiones públicas y los sistemas sociales.

Son precisamente la opacidad de las reglas informales en el sistema de salud y los hallazgos científicos que corroboran la relevancia de estas reglas en otros sistemas sociales, las motivaciones para el desarrollo de esta tesis doctoral, la cual pretende comprender la informalidad dentro de la formalidad, planteando el siguiente interrogante: *¿Qué son las reglas informales y cómo es su uso en un ambiente hospitalario?* Para dar respuesta a esta pregunta, se formulan tres objetivos específicos que buscan situar y estudiar las reglas informales como una noción objetiva;

incremento en el gasto público deviene en una disminución en el gasto en inversión privada (Spencer & Yohe, 1970). Luego, este concepto es usado también por politólogos y científicos sociales para referirse al hecho de que “la mala motivación desplaza a la buena” o, en términos de Gresham, “la moneda mala, desplaza la moneda buena” (Bruni & Zamagni, 2007). En el mundo de la salud, es posible afirmar que la regla formal compleja y abundante, opaca la regla informal y subestima sus potenciales arreglos.

comprender su uso ubicándose en un ámbito particular del sistema de salud como el hospitalario –espacio formal en donde se prestan servicios de salud–; hallar evidencia empírica de la existencia, uso y funcionamiento de las reglas informales y, por último, realizar un análisis institucional donde se relacionan y se conectan las variables mencionadas para, con ello, soportar la hipótesis concerniente a la relación que hay entre reglas informales y confianza (ver *Esquema 1*).

Esquema 1. *Planteamiento del problema de investigación*



Fuente: elaboración propia.

Con este contexto en mente y con los objetivos de investigación claros, se propone la *regla informal* como la categoría analítica que orienta este estudio. Así, además de construir una definición, se busca evidencia empírica del uso de este tipo de reglas en un ambiente hospitalario, con el propósito de encontrar arreglos informales en espacios formales. Para comprender la estrategia metodológica que se usará para cumplir con estos objetivos, en la siguiente sección se presenta la ruta metodológica con su enfoque, fases y métodos.

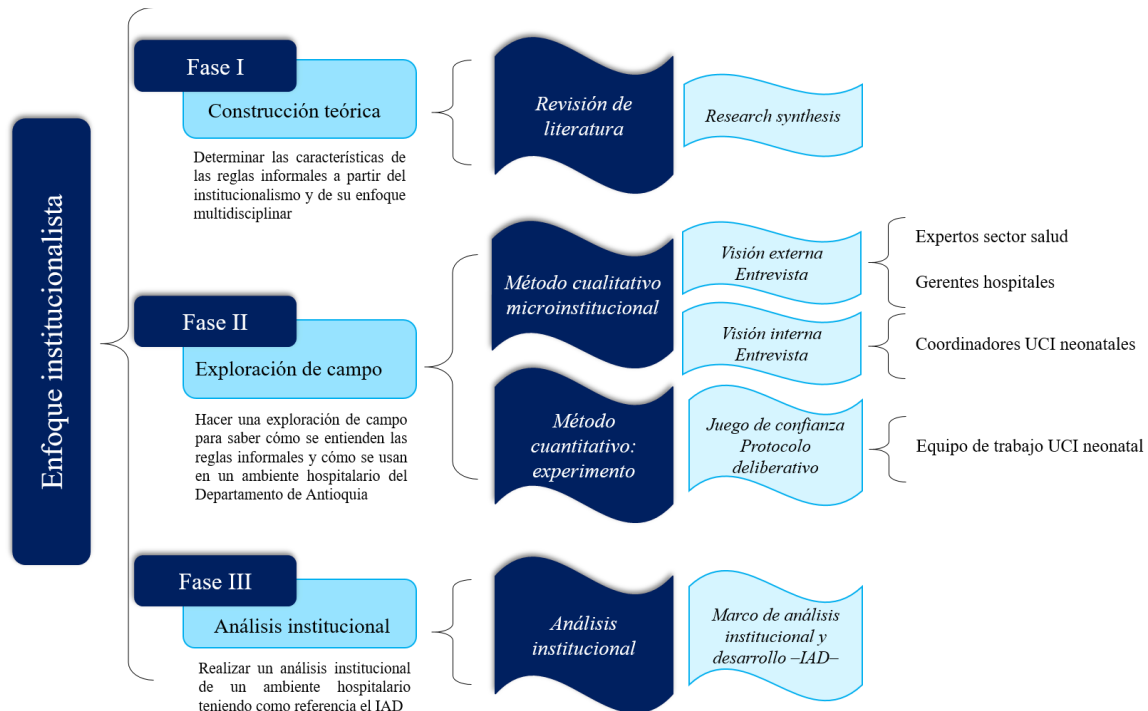
2. Metodología

“Too many laws, too few examples”

15 Davies Street, Building - London

Como se observa en el *Esquema 2*, la ruta metodológica de la investigación se compone de varios elementos: el *institucionalismo* como enfoque y tres fases con sus respectivos métodos e instrumentos. El enfoque institucionalista, como primer elemento, demarca los fundamentos de la investigación. A su vez, las tres fases ordenan el desarrollo del trabajo de investigación y propenden por el logro de los objetivos específicos trazados. En este sentido, cada fase se corresponde con cada uno de los objetivos señalados en el planteamiento del problema.

Esquema 2. Ruta metodológica de la investigación



Fuente: elaboración propia.

Una vez definidos los objetivos de la investigación, y en virtud del enfoque institucionalista, se justifica la aplicación de una metodología mixta, puesto que con ella se incrementa la confianza en los hallazgos y se disminuye el nivel de incertidumbre en los resultados de la investigación

(Poteete, Janssen y Ostrom, 2012). De igual forma, esta complementariedad entre el método cuantitativo y cualitativo es requerida cuando el tema de estudio es complejo y cuando, además, es necesario que el investigador tenga conocimiento contextual del fenómeno de interés, elementos presentes en el estudio de las reglas informales.

El método cuantitativo permite comprender y analizar indicadores, índices y proyecciones. Por su parte, el método cualitativo explica los argumentos lógicos, modos de ser y de comportarse, llenando los datos de contenido (Galeano, 2004). En esta misma línea, mientras en la investigación cuantitativa se usan herramientas estadísticas que hallan datos para explicar relaciones; en la investigación cualitativa se brinda una comprensión cercana a la realidad que viven los actores involucrados en las distintas problemáticas (González, 2005). De este modo, aunque a simple vista ambos métodos son disímiles en su orientación, conllevan una conexión entre planteamientos, teorías y pruebas empíricas (Ragin, 2007).

Teniendo presente esta propuesta de metodología mixta, a continuación, se exponen las razones para acoger el enfoque institucionalista como guía en el abordaje de la categoría analítica de *regla informal*. Además, se ahonda en los aspectos del porqué de cada fase de investigación y en los métodos y las herramientas seleccionadas para la construcción teórica, la exploración de campo y el análisis institucional.

2.1. Enfoque institucionalista

Durante la última década del siglo pasado cobró mayor fuerza la idea de entender las instituciones como variable explicativa del desempeño económico. En particular, el premio Nobel otorgado a Douglass Cecil North y su definición de instituciones como reglas de juego constituyen un escenario de convergencia entre ciencia económica, ciencia política e historia propio del neoinstitucionalismo como enfoque analítico para abordar cuestiones sociales. Las perspectivas institucionalistas actuales aciertan en sus contribuciones para comprender la simultaneidad de la decisión política, la realidad institucional y la acción económica. Además, cabe señalar que el prefijo *neo* hace alusión implícita a un viejo institucionalismo que requiere ser mejor comprendido y, de allí, la necesidad de mencionar aportes seminales.

El institucionalismo se desarrolla como postura alterna a lo que Thorstein Veblen (1899) denominaba *la economía recibida de su tiempo*. Esto, por supuesto, alojado bajo la pregunta orientadora por la riqueza, pero incursionando en criterios explicativos que van más allá de la interacción propia del mercado. En este sentido, por ejemplo, se asegura que en muchas ocasiones no se busca sólo la dimensión material de la riqueza, sino también el honor que ella confiere: reputación y estima. Así, uno de los elementos que permite abordar la cuestión se da por la existencia de *referentes* que orientan la conducta individual y la acción colectiva. El referente importa porque fija el norte y el itinerario, esto es, brinda las condiciones para que aparezca la emulación pecuniaria como variable explicativa del cambio institucional.

Con base en las ideas del viejo y del nuevo institucionalismo, es posible afirmar que las instituciones importan porque son el resultado de interacciones múltiples, es decir, son construcción social antes que decisión de unos pocos. Su importancia reside en la evidencia de procesos sociales marcados por el conflicto y el arreglo. De esta forma, se abre paso la comprensión de diversas motivaciones humanas porque, con frecuencia, los arreglos institucionales distan de los dictados de la racionalidad y de las decisiones óptimas.

La acción colectiva está explicada por móviles de conducta, intencionalidades y decisiones que ponderan razones individuales y colectivas y que, a su vez, obedecen a criterios económicos y no económicos, racionales y no racionales. En consecuencia, el proceso de creación, consolidación y declive de las instituciones está marcado por la tensión entre las expectativas de la razón y las realidades de la acción conjunta. El cambio institucional puede ser incremental en ocasiones, pero también es adaptativo, a veces estable y, en otros casos, volátil.

Es posible asegurar que los institucionalistas han considerado conceptos y teorías complementarias para desvirtuar la rigidez de los supuestos básicos de las teorías basadas en el egoísmo y para señalar la importancia que tienen las instituciones en los equilibrios sociales y económicos. Esto considerando la influencia que ellas tienen en las interacciones individuales, en la fuerza del comportamiento humano y en el accionar colectivo (Alonso & Garciamartín, 2008).

Teniendo claro lo anterior, se selecciona este enfoque para abordar la investigación porque, desde sus inicios, los institucionalistas se han preocupado por estudiar cómo son usados los hábitos y las reglas por los seres humanos para organizar sus interacciones y, con ello, incidir en los procesos decisorios de interés colectivo. Posteriormente, en la década de los ochenta, el institucionalismo se nutrió con los aportes de las ciencias políticas, las ciencias sociales y las ciencias relacionadas con el comportamiento humano, por lo que hoy las perspectivas filosóficas, teóricas, empíricas y prácticas del institucionalismo se abordan desde muchas disciplinas y con múltiples métodos (Peters, 2003). Esta interdisciplinaridad es un atributo determinante del institucionalismo.

La investigación permite, desde el institucionalismo, indagar por asuntos del comportamiento y de las decisiones humanas que permiten crear y aplicar herramientas poderosas como las reglas. No obstante, al mismo tiempo, posibilita entender su debilidad, pues las reglas no son predecibles, se formulan en un lenguaje humano y son interpretadas y usadas por los mismos seres humanos, lo que las hace falibles, complejas y dinámicas (Ostrom, 2015).

Un argumento adicional para seleccionar el institucionalismo como enfoque para el estudio de las reglas es su riqueza teórica y empírica, cualificada por los aportes de los premios Nobel: North en 1993, Ostrom y Williamson en 2009. Esta riqueza es complementada en los últimos años por la economía experimental y la economía del comportamiento que, además de las explicaciones y demostraciones teóricas, han desarrollado laboratorios sociales y metodologías experimentales para profundizar en la comprensión de las reglas. Estas últimas, propuestas en economía inicialmente por Vernon Smith (1976), siguen siendo estudiadas de forma amplia por los también galardonados con el premio de la academia sueca de la ciencia, Kahneman y Smith en 2002, Roth en 2012, Thaler en 2017, y Banerjee, Duflo y Kremer en 2019 (Shymanska, 2020).

Por otro lado, una característica particular que justifica la selección del enfoque institucionalista es que posibilita indagar, estudiar y escalar fenómenos sociales y económicos a partir de muestras pequeñas y en microterritorios. Así, el institucionalismo no requiere de estudios en un número amplio de muestras o grandes ambientes para alcanzar la validez científica. Como dice Ostrom (2015), los estudios en modelos sencillos pueden explicar y ver la realidad y, luego, es posible

proyectar sus resultados a otras escalas evidenciando el trasfondo multinivel del institucionalismo que se explica con el concepto de *policentrismo*, el cual implica la existencia de múltiples centros de decisión o escalas, donde los diferentes actores tienen participación en un mismo problema o tema de decisión, pero son independientes (Ostrom, 2014). Eslava (2017) también expresa que la metodología experimental en microterritorios constituye una posibilidad para la obtención de datos y testimonios que pueden generar información para los debates de las políticas públicas.

En cuanto a la incidencia práctica o política, el enfoque institucionalista permite, de manera específica, estudiar y aportar a temas relacionados con la acción colectiva, sus problemáticas, sus posibles soluciones y sus relaciones con las reglas, así como la pregunta por cómo administrar los bienes comunes. En este sentido, una de las contribuciones más notables del institucionalismo es el IAD propuesto por Elinor Ostrom (2015), el cual es utilizado para analizar cómo se generan interacciones entre diferentes variables y, a su vez, explicar cómo los Recursos de Uso Común (RUC) en ciertas circunstancias pueden ser administrados pensando en beneficios colectivos y de largo plazo. De este modo, el sistema de salud, en donde se enmarca el problema de investigación, en tanto servicio público, también se hace una pregunta similar, a saber, ¿cómo pasar de la competencia a la cooperación entre los actores?

La cuestión por la gestión de lo público ha sido tema de interés de la filosofía política desde sus orígenes atenienses. Se trata de un dilema de la acción colectiva alrededor del uso de recursos que ponen en cuestión el autogobierno de los individuos y los arreglos institucionales en un plano colectivo. Al respecto, la visión de algunos autores como Hardin (1968) es que los recursos poseídos y administrados colectivamente están, por definición, condenados a la sobreexplotación y al deterioro. Por el contrario, los trabajos de economía experimental de Ostrom (2000) muestran que, si hay confianza, reciprocidad y capacidad de autoorganización de las personas en un ámbito específico, a través de reglas formales, arreglos microinstitucionales y, en especial, de las dinámicas informales, no se cumple la predicción de la inactividad colectiva planteada por la teoría neoclásica (Poteete et al., 2012).

Ahora bien, independiente de todas las ventajas que se reconocen al enfoque institucionalista, también existen críticas que evidencian posibles limitaciones a la hora de realizar análisis

institucionales. Entre ellas se encuentran: (1) *límite tenue entre individuo e institución* pues se vuelve complejo identificar desde qué perspectiva se van a abordar las problemáticas comunes; (2) *análisis no falseable* puesto que, para algunos autores, el enfoque institucionalista no tiene validez externa y, en este sentido, es una debilidad porque se requieren tanto pensamientos y análisis locales como globales para tener resultados que puedan ser escalables y, por último, (3) *dificultad de medir el impacto exclusivo* atribuible a las instituciones (Eslava, 2011).

Finalmente, al contrastar las ventajas del enfoque institucionalista y las desventajas y críticas que ha recibido, se evidencia que las lógicas argumentativas en el enfoque superan sus debilidades. De esta manera, sin desconocer la existencia de dichas críticas, en la investigación se hace frente a estas limitaciones y se sortean con aportes conceptuales, tanto en la presentación de la construcción teórica como en la exploración y análisis institucional. En primer lugar, se realizan análisis partiendo de la idea de que la institución es el sistema reglado y la organización corresponde más a los elementos de estructura. En segundo lugar, se complementan los análisis en un ambiente hospitalario con la perspectiva de agentes externos a él, para configurar una visión más amplia, que permita extrapolar algunos resultados que se obtengan en otros escenarios del sistema de salud. Por último, en los resultados se reconoce la existencia de variables de contexto y atributos de comunidad que también tienen un impacto sobre los resultados. De esta forma se evita que los efectos que se identifiquen no se atribuyan exclusivamente a las instituciones y se controla por las variables mencionadas que hacen parte del entorno analizado.

2.2. Fase I. Construcción teórica

El primer objetivo específico de la investigación es la construcción teórica de las reglas informales y sus características. La revisión de literatura explora aspectos teóricos y conceptuales sobre las reglas y, más específicamente, sobre las reglas informales. Así, se identifican diferentes características, autores representativos y teorías relevantes que permiten tener una perspectiva de lo que se considera una regla informal a partir del institucionalismo. Para ello, se selecciona como herramienta la *research synthesis*, que permite la integración, la valoración de la calidad y la evidencia en los trabajos encontrados (Wyborn et al., 2018). Además, de la aplicabilidad de este método en estudios de casos y muestras pequeñas (Magliocca et al., 2015). Por su parte, ese método

se basa en la confiabilidad de las investigaciones seminales de autores que han hecho trabajos primarios en el área objeto de análisis. Por esta razón, se considera relevante que el investigador se enmarque en la producción científica de los grandes autores sobre el tema –en *hombros de gigantes*– (Cooper & Valentine, 2008).

A partir del planteamiento del problema, se definen palabras clave⁹ para la búsqueda de material científico en bases de datos especializadas como Scopus, Jstor, Dialnet, Oxford Academic y Google Académico. Allí, se encuentran múltiples trabajos académicos que, por lo menos en sus títulos, cuentan con las palabras clave de la búsqueda. Esta particularidad constituye el primer filtro para la inclusión de los artículos en la construcción teórica de la tesis y el segundo filtro consiste en definir la pertinencia de dichos artículos con base en sus resúmenes. Después, se revisan a profundidad los artículos que cumplen con los dos primeros filtros con el objetivo de definir su calidad. Para ello, se consideran los siguientes criterios: la confiabilidad de la fuente, la trayectoria académica y científica de los autores y, por último, la relevancia e impacto de sus resultados (Massaro, Dumay, & Guthrie, 2016).

En la búsqueda de literatura, se evidencian elementos relativos a la gobernanza, las reglas, la informalidad y la importancia de la cooperación en asuntos de interés público. De igual modo, se identifican tres libros como materiales académicos de obligatoria consulta para estos temas: *El gobierno de los bienes comunes*, *Comprender la diversidad institucional* y *Trabajar Juntos* de la autora Elinor Ostrom (2015), quien, además de contar con desarrollos teóricos alrededor de los temas mencionados, da un papel esencial a las instituciones o *reglas en uso* para comprender el comportamiento de los diferentes actores sociales y económicos. Producto de este hallazgo, Ostrom se vuelve la autora principal de consulta para el desarrollo de esta tesis doctoral, puesto que ofrece un respaldo para justificar la categoría analítica, el enfoque y el método pertinentes para el objeto de estudio en cuestión.

⁹ Cabe precisar que las palabras clave fueron: regla informal, reglas, sistema de salud, instituciones, informalidad y regulación en salud.

2.3. Fase II. Exploración de campo

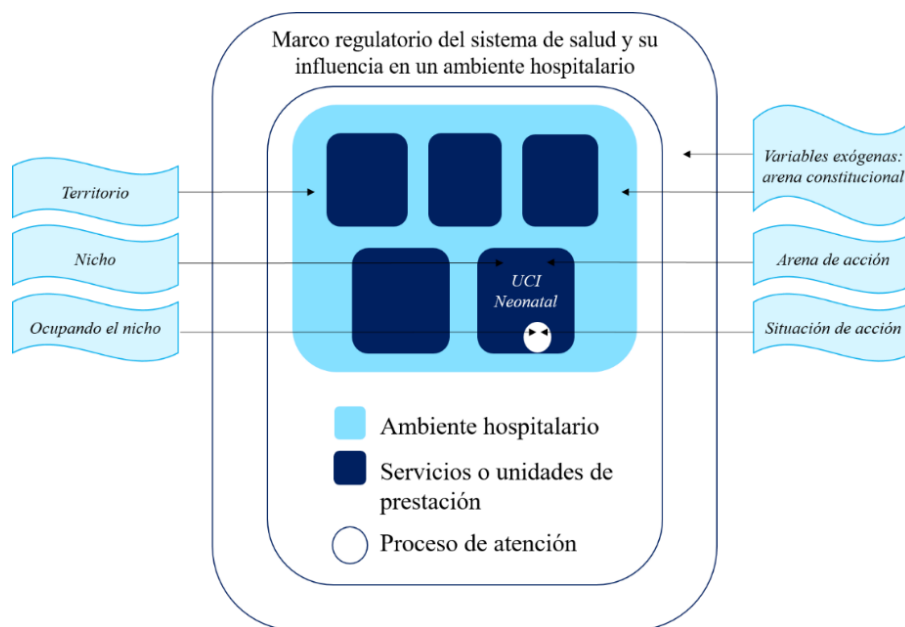
Para delimitar el escenario de estudio se hace uso del modelo CARS¹⁰ (por su nombre en inglés *Create a Research Space*) propuesto por John Swales (1990). Así, se define como territorio para la exploración de campo el ambiente hospitalario, es decir, todos aquellos recursos humanos, técnicos, tecnológicos, reglas, procedimientos, insumos o elementos dispuestos deliberadamente para brindar servicios de salud de carácter preventivo o curativo a los individuos y las comunidades y, además, las variables externas o de contexto que influyen en sus resultados y funcionamiento, en particular, el marco normativo que lo regula.

Un ambiente hospitalario, así definido, es una organización interdependiente e interrelacionada con marcos regulatorios, con un entorno y una comunidad que, además, está vinculado con otras instituciones de salud, con las que se establece una estructura en red, y con otros sectores diferentes al de la salud (Aguirre, 2014). El modelo CARS considera también definir *un nicho* y, en este sentido, se pretende encontrar informalidad en la formalidad. Considerando que los hospitales se subdividen en servicios o unidades de prestación, para este trabajo se selecciona la UCI-Neonatal, la cual presta servicios de alta complejidad y tiene una de las reglamentaciones más estrictas para su habilitación y funcionamiento. Esto último se puede evidenciar en la Resolución 3100 de 2019 y sus anexos técnicos. En estas unidades se desarrolla el proceso de *atención a los recién nacidos críticamente enfermos* y este proceso configura el tercer componente del modelo que es *ocupando el nicho*.

Las partes de este modelo permiten correlacionarse con la estructura del IAD, es decir, con: (1) variables exógenas, entre ellas, la arena constitucional, (2) la arena de acción (3) la situación de acción (ver *Esquema 3*). Es en este escenario donde se aplican las metodologías cualitativas, cuantitativas y analíticas para indagar cómo se entiende y cómo se usa la categoría de análisis *regla informal*.

¹⁰ El modelo CARS propuesto por John Swales (1990) está compuesto de tres movimientos que, a su vez, tienen pasos intermedios que permiten su funcionamiento: (1) *Delimitar el territorio* con los siguientes pasos intermedios: afirmar la centralidad del problema, hacer generalizaciones sobre el objeto de estudio y reseñar investigaciones previas en el área; (2) *Crear un nicho*, con sus pasos intermedios: negar o contradecir, indicar un vacío o una deficiencia, cuestionar algún aspecto y/o continuar una tradición y (3) *Ocupar el nicho*, donde se anuncian los resultados y/o hipótesis principales.

Esquema 3. Escenario para la exploración de campo



Fuente: elaboración propia.

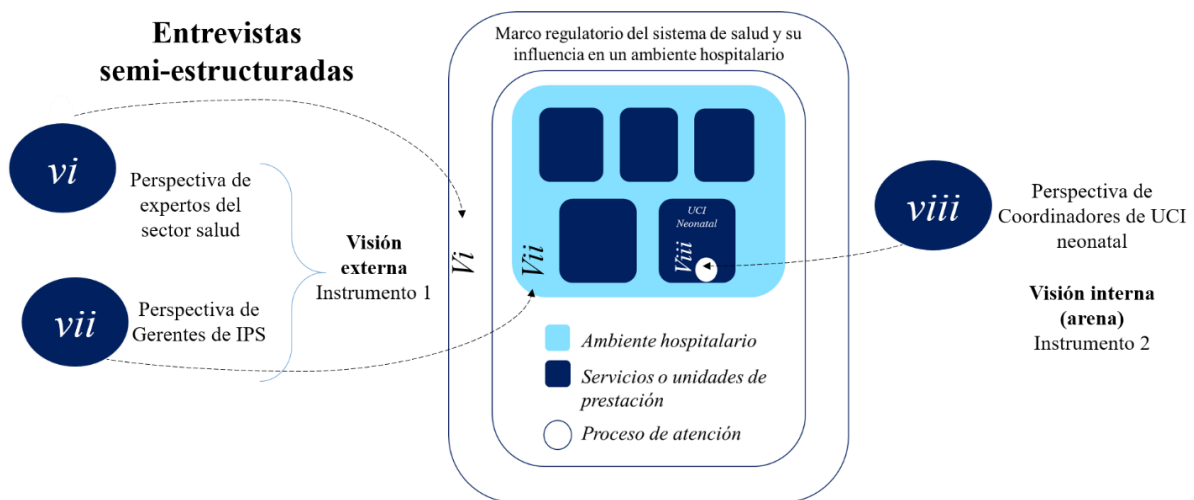
Se selecciona el ambiente hospitalario y, dentro de él, la UCI-Neonatal porque el propósito es encontrar evidencia que permita argumentar a favor de la idea de que las reglas informales no solo existen y se usan en ambientes informales, sino que también están presentes en espacios como las UCI-Neonatales que se consideran formales porque se rigen por reglas emitidas, sancionadas y controladas por autoridades competentes. Adicionalmente, son servicios altamente especializados, complejos y que cuentan con procesos estandarizados. En otras palabras, la UCI-Neonatal es uno de los servicios más formales dentro del ámbito hospitalario, lo cual propicia buscar *informalidad en la formalidad*.

Como se anunció anteriormente, el propósito de la exploración de campo es saber cómo se entienden las reglas informales e indagar por el uso de estas en un ambiente hospitalario. Por este motivo, se considera fundamental aplicar herramientas de los métodos cualitativo y cuantitativo experimental para lograr resultados que se complementen y que permitan extraer un análisis más completo sobre el fenómeno de estudio (Eslava, 2013). En esta misma línea, se comienza con el uso de entrevistas semiestructuradas, las cuales constituyen un instrumento cualitativo que permite tener flexibilidad en las temáticas que se abordan, considerar el contexto del problema y, por

último, obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los entrevistados en sus propias palabras (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Las entrevistas se realizan considerando dos perspectivas o visiones: una externa y una interna. Para configurar la visión externa, se acude a expertos del sistema de salud y directores o gerentes de hospitales de Antioquia. Por su parte, para desarrollar la visión interna, se realizan entrevistas a los coordinadores de algunas UCI-Neonatales del departamento porque son los mayores conocedores del funcionamiento de la unidad, hacen frente a los retos del día a día médico y asistencial, y tienen participación en la atención a los recién nacidos críticamente enfermos e interactúan con las familias (ver *Esquema 4*).

Esquema 4. *Visión externa y visión interna en el escenario de la exploración de campo*



Fuente: elaboración propia.

Los objetivos de las mencionadas entrevistas a expertos del sector salud y gerentes de IPS son: (1) conocer el punto de vista del entrevistado, como actor cualificado dentro del sistema de salud, sobre la regulación del sector de la salud, especialmente, a partir de la Ley 100 de 1993; (2) identificar cómo se entiende el concepto de regla informal en el sector; (3) indagar por el uso de las reglas informales en un ambiente hospitalario; (4) analizar la impresión sobre la utilidad de estas reglas en el sistema de salud y, finalmente, (5) conocer la percepción que tienen los expertos sobre confianza e influencia en la regulación de los actores del sistema (ver **Anexo I**).

Con las entrevistas semiestructuradas a los coordinadores de las UCI-Neonatales, se hacen preguntas enfocadas en el entendimiento y el uso de las reglas específicamente en las UCI y en el proceso de atención neonatal (ver **Anexo 2**). Dado que estos actores cumplen funciones administrativas y asistenciales, son los mayores conocedores de la historia y el funcionamiento de la unidad, de cómo se llega a acuerdos, se dan las interacciones, la toma de decisiones, los cambios organizacionales y, por último, de cómo se resuelven problemas en las UCI-Neonatales. En estas entrevistas también se recoge información para contextualizar y profundizar en los aspectos del IAD: condiciones biofísicas y materiales, atributos de la comunidad y variables institucionales (reglas en uso).

Para la selección de los expertos del sistema de salud, se tiene en cuenta el cumplimiento de los siguientes aspectos: líder de opinión en diferentes medios, asesoría al MSPS, experiencia en cargos directivos y administrativos en el sector, participación en eventos académicos, técnicos y políticos. Con respecto a los gerentes de IPS, se acota el universo de IPS al territorio de Antioquia y se seleccionan personas que tengan más de cinco años de experiencia como gerente de IPS, participen en eventos académicos, técnicos y políticos y sean líderes de opinión. Por su parte, la selección de los coordinadores de UCI se hace considerando que lleven más de cinco años en la coordinación de sus UCI y que las organizaciones que representan sean las más grandes del departamento por el número camas UCI que tienen habilitadas. Al respecto, cabe precisar que la lista de elegibles se conformó con el conocimiento del investigador y se complementó con el apoyo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA) y de docentes líderes de salud pública de la Universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana.

Se diseñan dos instrumentos que, si bien comparten elementos en común, varían en su enfoque teniendo en consideración el área de experticia de cada uno de los entrevistados. De esta forma, se amplía la perspectiva y se puede analizar lo que se entiende por *regulación* –arena constitucional– y, específicamente, por *regla informal* en la prestación de servicios de salud, elementos que hacen parte de las variables exógenas del objeto de análisis. Así, se pueden evidenciar posiciones y puntos de vista similares y disímiles, lo cual enriquece la discusión y posibilita tener una perspectiva multinivel.

Por su parte, se reconoce que las familias de los pacientes son un actor importante dentro del proceso de atención de la enfermedad. Sin embargo, existen particularidades que se deben tener presentes dentro de las UCI-Neonatales que limitan la participación de las familias y los pacientes, entre ellas: las condiciones en las que opera una UCI restringen el acceso de las familias a las unidades; los pacientes no tienen participación en las decisiones y existe una delegación implícita de las decisiones de las familias al cuerpo médico y asistencial debido al carácter de urgencia y de criticidad de la salud de los pacientes y, por último, las decisiones que toman las familias están apoyadas por equipos de psicólogos, trabajadores sociales y miembros de fundaciones que sí fueron consultados en la realización del trabajo. A su vez estas opiniones se contrastan con lo obtenido en la construcción teórica y son consideradas para representar el análisis institucional.

Ahora, para profundizar en el uso de las reglas informales en un ambiente hospitalario, se hace un experimento deliberativo y, para ello, se selecciona la UCI-Neonatal de una clínica privada de tercer nivel como la arena de acción. Se toma esta decisión porque el servicio de UCI-Neonatal prestado por esta clínica tiene una trayectoria de más de veinte años, es reconocido por la cantidad y calidad de atenciones que realiza, cuenta con tecnología de última generación tanto en equipos como en procedimientos y, por último, tienen un personal estable dentro de la entidad. Esta selección se hace para llevar a cabo un análisis más profundo del uso de las reglas informales y el rastreo del atributo *confianza* enunciado en la hipótesis de la investigación.

El experimento deliberativo se divide en tres momentos cronológicamente hablando, a saber: (1) un juego económico de decisiones, en particular, el de la confianza (ver *Anexo 3*); (2) una encuesta posjuego (ver *Anexo 4*) y (3) un protocolo deliberativo (ver *Anexo 5*). El primero es una herramienta para obtener datos primarios y medir la magnitud de los atributos *confianza* y *reciprocidad*, lo cual complementa la información cualitativa. El segundo ayuda a conseguir información socioeconómica, conocer las relaciones sociales de los participantes e indagar por el grado de confianza e influencia en la regulación de los actores del sistema de salud. Finalmente, el tercero pretende la identificación, comprensión y consolidación de acuerdos alrededor del objeto de estudio, lo cual permite adentrarse en escenarios colectivos y en lo que piensan y viven las personas (Eslava, 2017; 2019).

Bajo estos parámetros, el objetivo de medir entre los participantes el atributo confianza (primera parte del experimento) sirve como insumo para explicar la relación entre las decisiones tomadas en el juego y el contexto en el que se desenvuelven los participantes, aspecto que valida las recomendaciones ofrecidas, con conocimiento de causa, por las fuentes primarias indagadas. Con esto en mente, se acompaña el *dato* obtenido del atributo medido, con el *relato* que supone la comprensión y gestión de los hechos relevantes, puestos en discusión y contexto (González, 2005) y que se compadecen con el objetivo de la investigación.

2.4. Fase III. Análisis institucional y de desarrollo

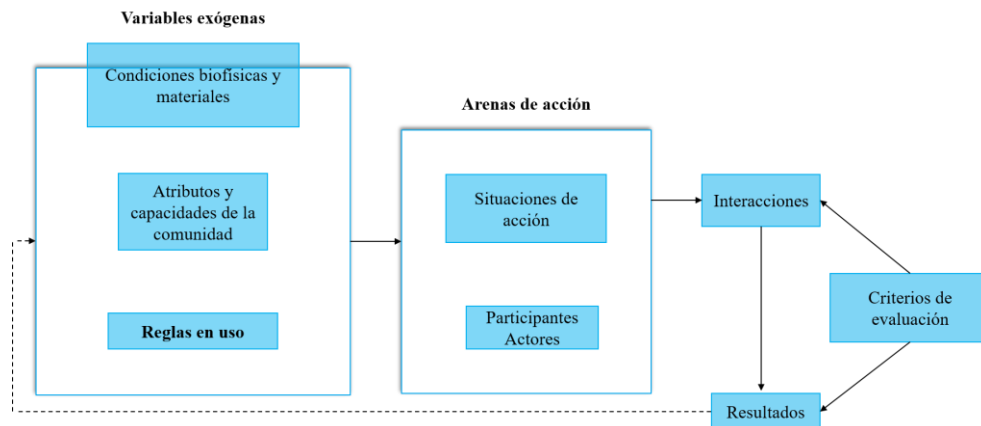
En esta fase se realiza un análisis institucional del proceso de atención de cuidados intensivos neonatales, teniendo como base el IAD propuesto por Elinor Ostrom y los insumos de la fase I (construcción teórica) y la fase II (exploración de campo) de la investigación. Un análisis institucional puede definirse como una herramienta de comprensión de la dinámica entre variables exógenas y una determinada situación de acción, esto es: (1) el espacio y (2) el momento en el que las personas participantes (personal asistencial y administrativo) con sus preferencias interactúan, toman decisiones y eligen sobre asuntos de interés o problemáticos para obtener unos resultados (Eslava, 2017). Bajo este marco, el centro del análisis está en las variables institucionales, a saber, las reglas en uso. Es importante destacar que si bien en el análisis son imprescindibles las variables exógenas y estructurales, la mirada se centra en los detalles, es decir, en la incidencia de las instituciones a nivel microsituacional (Eslava, 2010a).

Esta herramienta surge de los estudios empíricos que realiza Elinor Ostrom en sus trabajos de investigación enfocados en resolver problemas sociales complejos, especialmente, los relacionados con los RUC y los bienes públicos (Indiana University Bloomington, 1973). Así las cosas, el IAD es un marco para el análisis de los RUC de diversos sectores en contextos donde las instituciones generan impactos y modifican el comportamiento de los actores mediante incentivos y donde las reglas importan (Ostrom, 2000). Al respecto, es importante aclarar que el IAD no es un marco para un bien o servicio particular, sino que se puede modificar y adaptar el análisis a instituciones de diferentes sectores, de ahí su utilidad y aplicabilidad en diversos fenómenos donde se pueden dar problemas de acción colectiva (Rahman, Hickey & Sarker, 2012).

A propósito del análisis institucional, el sector de la salud es uno de los sistemas sociales donde se puede realizar este tipo de análisis. Esto en la medida en que sus características y variables de contexto lo hacen susceptible a la aparición de problemas de acción colectiva, entre ellos: (1) la sobredemanda de servicios, incluyendo la posibilidad de solicitar servicios que no se requieren; (2) el uso inadecuado de la red de servicios de salud, en tanto las personas pueden acudir indiscriminadamente sin respetar los niveles de atención de acuerdo a la gravedad o criticidad del problema de salud; (3) el incremento de riesgo de aparición de enfermedades a edades tempranas cuando las personas tienen hábitos de vida no saludables, lo cual eleva el gasto en salud y, por último, (4) la apertura de servicios de forma no planificada respondiendo a una competencia y no a la cooperación. Todos estos problemas se caracterizan porque impiden que otros individuos hagan uso de los recursos que necesitan, en términos de acceso, oportunidad y calidad. Además, implican la apropiación de recursos adicionales para el normal funcionamiento del sistema.

Debido a que se entiende que el ambiente hospitalario no es aislado, sino que, por el contrario, está inmerso en sistemas socio-técnico-culturales y regulatorios que intervienen en sus decisiones internas, con el análisis institucional basado en el IAD se puede indagar y obtener respuestas sobre variables del contexto que influyen en las decisiones individuales, las interacciones y la disposición de los diferentes actores para llegar a acuerdos o arreglos (ver *Esquema 5*). Como se ha mencionado, en esta investigación, el análisis institucional se elabora sobre los procesos de atención que se dan específicamente en una UCI-Neonatal.

Esquema 5. Marco de Análisis Institucional y de Desarrollo



Fuente: Ostrom (2015).

Tal y como se entiende, el IAD tiene como sustento un conjunto de variables relacionadas y, en esencia, busca explicar asociaciones causales y posibilitar intervenciones que resuelvan problemas. En este sentido, la pregunta es cómo integrar este modelo a las estructuras, los actores y las funciones de un sistema de salud. Aunque la revisión teórica y la exploración de campo son insumos que profundizarán en cómo se puede explicar el IAD en un ambiente hospitalario, por lo pronto, es necesario especificar si las partes del modelo IAD descritas en el esquema son identificables en el sistema de salud colombiano y, de alguna manera, dar pistas sobre cómo puede adaptarse y modificarse.

Primero, se debe resaltar el reconocimiento de la atención en salud como un RUC. Sobre esto, hay algunas ideas preliminares que lo confirman, por ejemplo, la cobertura universal que se ha logrado en el sistema y el hecho de que, al utilizar los servicios, estos se sustraen y se beneficia el que los utiliza. En el desarrollo del trabajo se buscará demostrar esta condición. En segundo lugar, es importante entender que hay una serie de atributos que tienen los actores de la salud, los usuarios y las comunidades que son parte de lo que cada uno lleva al escenario de la decisión: solidaridad, cooperación, confianza, vocación, entre otros. En tercer lugar, se debe saber que las reglas en uso están en el modelo y se corresponden con las leyes del sistema de salud y los acuerdos propios que se dan en los grupos de trabajo de los ambientes hospitalarios.

Estas reglas y sus características detonan, entonces, las decisiones que se dan alrededor de la atención en salud. De este modo, considerando el objeto de estudio de este trabajo, la excesiva normatividad o fatiga normativa se convierte en una variable que causa efectos en estos ambientes y que lleva a que los afectados acaten las normas o, en su defecto, establezcan otras formas de regulación. Así, se generan interacciones que buscan mejorar el estado de salud de las personas y de las poblaciones o recuperarla cuando se ha perdido. Los actores y las comunidades evalúan de manera consciente, inconsciente o deliberativa estos resultados y, con base en ellos, intentan modificar o mantener los elementos del modelo. En definitiva, esta breve explicación evidencia los elementos comunes que hay entre la propuesta general del marco de análisis institucional de Ostrom y el sistema de salud colombiano, lo cual constituye un argumento para avanzar en la construcción teórica y en la exploración de campo.

3. Construcción teórica

“Las leyes basadas en la desconfianza y el llamado populismo punitivo usualmente no resuelven nada, pueden incluso ser perjudiciales, con frecuencia exacerban los problemas que intentan resolver”

Alejandro Gaviria – Ex ministro de salud de Colombia

En este apartado se presentan los elementos más representativos de la revisión de literatura en procura de la construcción del concepto de *reglas informales*. Desde el institucionalismo y las propuestas teóricas y empíricas desarrolladas por Ostrom, se identifican características que ayudan a dilucidar qué se debe considerar para hablar de estas reglas. No obstante, aún no existe una definición precisa del término, lo que ha hecho que se confunda o se trate indistintamente con conceptos como norma social, norma de comportamiento o, incluso, costumbre, lo cual no concuerda con la propuesta de diferenciación que realiza Ostrom entre regla y norma. En este orden ideas, se comienza estableciendo el aporte del institucionalismo a la comprensión de las reglas; luego, se definen y clasifican dichas reglas y, por último, se resalta su importancia. Así, se cuenta con una sección exclusiva para la construcción del concepto de regla informal, su clasificación y la determinación de su papel en el IAD.

3.1. Las reglas

3.1.1. Aporte del institucionalismo para la comprensión de las reglas

Desde finales del siglo XIX, se reconoce al institucionalismo como una corriente de pensamiento e investigación de las ciencias sociales que, en esencia, se ha concentrado en estudiar cómo los seres humanos, a través de las reglas (creación humana y, por tanto, falible), interactúan y estructuran sus elecciones y comportamientos en asuntos de interés común. Como se ha mencionado, el institucionalismo nace como una postura alternativa a la teoría de mercado, la cual describe a los individuos como seres racionales que están buscando permanentemente maximizar su propia utilidad, evidenciando un egoísmo natural que, desde esta teoría, se atribuye a todas las personas. Por su parte, los institucionalistas presentan una teoría menos determinística, resaltando

la importancia de las instituciones en los equilibrios sociales y económicos, dada la influencia que ellas tienen en las interacciones de grupo y en las estrategias individuales que pueden ser de naturaleza egoísta, pero también altruista. Este último elemento es uno de los conceptos clave que trae la teoría institucionalista para dar explicación al comportamiento humano (Eslava, 2010b).

Ahora bien, para comprender el enfoque institucionalista que asume a las instituciones como reglas, es necesario identificar, desde una perspectiva histórica, los autores más representativos y señalar cómo sus contribuciones iniciales fueron evolucionando y nutriéndose de marcos, teorías y modelos, hasta lograr todo un acervo bibliográfico y científico (Parada, 2003). En este sentido, uno de los primeros institucionalistas es el economista y sociólogo norteamericano Thorstein Veblen (1899), quien critica la economía que había recibido y aborda su problema de investigación relacionado con el determinismo de la conducta humana (Eslava, 2012). Así, el autor expresa en su libro *Teoría de la clase ociosa* (1899) que las instituciones son, en esencia, *hábitos mentales predominantes*, lo cual le permite sustentar que dichos hábitos proceden de los instintos, se instalan en la sociedad y son los que modulan las interacciones y los comportamientos humanos. De este modo, para Veblen, la emulación o tendencia a seguir la conducta de grupo juega un papel importante en la transmisión de estos hábitos (Figueras & Moreno, 2013). En otras palabras, las reglas *se aprenden*.

Por su parte, John Commons define las instituciones como “recursos administrativos integrados por funcionarios, creadas y modeladas al servicios de un objeto dado” (Seckler, 1977, p. 237) y, a su vez, explica la relación de las instituciones con la acción colectiva. Al respecto, Commons afirma:

La acción colectiva abarca toda aquella gama que va de la costumbre no organizada a los diversos intereses en marcha, como la familia, la corporación, la asociación comercial, el sindicato, el sistema de la reserva, el Estado. El principio común a todos ellos es el mayor o menor control, liberación y ampliación de la acción individual mediante la acción colectiva (1931, p. 10).

De este modo, se entienden los resultados sociales como una creación humana que se da a partir de deliberaciones entre individuos que buscan un mayor bienestar colectivo. Esto se contrapone a las teorías de la elección racional, las cuales consideran que las deliberaciones no son necesarias

para explicar los resultados del óptimo social. Para el institucionalismo, las instituciones se comprenden como acción colectiva que libera, controla o amplía la acción individual (Alonso & Garciamartín, 2008). Por último, Wesley Mitchell, otro exponente de la teoría institucional, plantea la complejidad teórica y la insuficiencia de las propuestas clásicas sobre el comportamiento de los agentes económicos y, además, menciona la importancia de la investigación empírica para testear las aproximaciones teóricas sobre el comportamiento humano (Homan et al., 1928).

Varias décadas después, otros autores, proponentes de nuevos institucionalismos abordan la cuestión de las reglas con una mirada renovada. Tal es el caso del premio Nobel Oliver E. Williamson (1973), quien, en función de su teoría de los costos de transacción, explica cómo surgen “diferentes formas de organización social” que son producto de las delimitaciones impuestas por los mismos individuos. Además, menciona que “la oportunidad de cambiar el juego cambiando las reglas a menudo son subestimadas” (1975, p. 277) y destaca la incidencia que dichas reglas tienen en las decisiones individuales y colectivas. En definitiva, los incentivos producen reglas y, a su vez, las reglas generan diferentes tipos de organizaciones.

De manera más precisa, el economista, historiador y premio Nobel Douglass North afirma en su libro *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, que las instituciones “son las reglas de juego de la sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre, que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos para el intercambio humano, sea político, social o económico” (1993, p. 13). Las reglas, para North, definen y limitan el conjunto de elecciones posibles de los individuos en situaciones particulares y se encuentran en cambio permanente. Igualmente, señala que las reglas “se componen de imposiciones formales (por ejemplo, derechos de propiedad, leyes, constituciones), e informales (por ejemplo, normas de comportamiento, convenciones, códigos de conducta autoimpuestos, los tabúes, las tradiciones)” (North, 1993, pp. 13-14). En este sentido, siguiendo los planteamientos de Roth, es posible decir que las instituciones son *reglas* y pueden ser *formales o informales*.

Elinor Ostrom, politóloga nacida en Estados Unidos, fue, en 2009, la primera mujer en recibir el premio Nobel de economía por su consistencia teórica en el estudio de las reglas y por sus trabajos empíricos para demostrar que los seres humanos no están atrapados en la conocida

tragedia de los comunes. En su interés por comprender la naturaleza y la evolución de las instituciones, Ostrom señala en su libro *Comprender la diversidad institucional* (2015) que a partir de las reglas, se establecen relaciones o interacciones humanas repetidas y estructuradas que, a su vez, ayudan a resolver problemas colectivos, lo cual se soporta en estudios experimentales donde se utilizó su reconocido IAD (Ostrom, 2015). En síntesis, esta autora sostiene que las comunidades tienen la posibilidad de manejar cooperativa y eficientemente sus recursos mediante arreglos microinstitucionales.

Como se puede evidenciar, la formulación teórica de Ostrom se basa en superar la teoría de la elección racional como única explicación del modo como los individuos toman sus decisiones y de la forma como el mercado logra su óptimo social. Para la autora, al igual que los otros autores pertenecientes a este enfoque, no solo desde el universalismo y el individualismo metodológicos se pueden explicar las elecciones económicas y sociales de los individuos y de las comunidades. Por el contrario, se da especial relevancia a las instituciones, entendidas como sistemas reglados que conocen, comparten, aplican y supervisan a los individuos en su cotidianidad para resolver sus problemas (Ostrom, 2015). De esta manera, las *reglas en uso* resuelven *dilemas colectivos*.

A la par de Ostrom, el economista Samuel Bowles realiza aportes al enfoque institucionalista bajo el supuesto de que el elemento fundamental de análisis es el *diseño* de las reglas. Al respecto, afirma que es necesario considerar que las decisiones de un individuo no solo afectan su propio bienestar sino la de los otros individuos que interactúan con él (Bowles, 2010). Asimismo, el autor señala que el problema no radica en inducir a un grupo homogéneo de individuos egoístas a obtener resultados socialmente deseables, sino en “diseñar reglas para que en los casos en que la cooperación es deseada socialmente, los individuos con preferencias sociales tengan oportunidades de expresar su prosocialidad” (Bowles, 2010, p. XIV.33). En este sentido, se puede afirmar que la regla se vincula con la prosocialidad.

Ahora, considerando el ámbito nacional, se identifican autores institucionalistas como el economista Jesús Antonio Bejarano (1999), el economista y filósofo Salomón Kalmanovitz (2004), el economista y politólogo Alberto Supelano (1999), el ingeniero y economista Juan Camilo Cárdenas (2009), el economista y politólogo Adolfo Eslava (2017), entre otros. Dichos

autores reconocen en sus trabajos teóricos y de campo la existencia y relevancia de las reglas informales como complemento a las formales para resolver problemas cercanos a la cotidianidad, para formular políticas públicas pertinentes y, finalmente, para el desarrollo y el progreso de los sistemas sociales.

Como complemento a los aportes de la teoría institucional, existen otras contribuciones que gravitan alrededor del estudio de las reglas, las elecciones y el comportamiento de los individuos, entre estas: (1) *los modelos mentales o cognitivos*, que funcionan bajo el precepto de que las reglas están primero en las mentes de los individuos (Banco Mundial, 2015), idea que ha sido impulsada, entre otros, por el filósofo Chrysostomos Mantzavinos, quien argumenta que para lograr una mejor y más profunda comprensión de las instituciones es necesario comenzar por el análisis de los procesos cognitivos (Mantzavinos et al., 2015) y (2) el énfasis en el *lenguaje* que propicia la constitución de las instituciones, planteamiento propuesto por John Searle (2006), quien afirma que una institución es un conjunto de reglas aceptadas colectivamente, que permite crear hechos institucionales.

Más recientemente, se ha abogado por el análisis del comportamiento y por la intervención a través “pequeños empujones”, en la arquitectura y los escenarios donde los individuos toman sus decisiones (*nudging*), lo cual ha sido abordado, especialmente, los premios Nobel de economía Kahneman (2002) y Richard Thaler y Cass Sustein (2017). A su vez, se ha abogado por mejorar las competencias de los individuos para que tomen decisiones más acertadas (alfabetizar-boosting) y esto ha sido propuesto por el psicólogo Gerd Gigerenzer y el Instituto alemán Max Planck (Hertwig y Grüne-Yanoff, 2017). De este modo, es posible afirmar que todos estos autores intentan detallar y explicar de forma teórica y empírica la influencia que las interacciones humanas tienen en los procesos de creación, uso y desaparición de las reglas. Al respecto, cabe resaltar que estos elementos que se presentan como novedosos para las ciencias económicas y humanas, ya habían sido mencionados por los autores pertenecientes al viejo institucionalismo. Este es el caso de la imitación en las problemáticas de acción colectiva y en las estrategias de cooperación, las cuales han sido estudiadas a profundidad a partir de Thorstein Veblen y, ahora, adquieren nuevamente vigencia en el marco de la economía del comportamiento.

A Veblen se le reconoce su mirada complementaria a la acumulación capitalista, pues evidenció la relevancia que tienen los aspectos psicológicos y culturales. Como se mencionó, la idea de la emulación pecuniaria permite entender que la búsqueda de riqueza para satisfacer necesidades materiales puede culminar pronto, pero, en realidad, el dinamismo de la persecución crematística reside en los bienes colaterales e inmateriales que se le atribuyen (Veblen, 1898). De allí, que las instituciones importan y existen primero en la mente y en el corazón de los humanos. En este sentido, dado que las instituciones son las reglas del juego, resulta imprescindible preguntarse por lo que las *personas* llevan a cabo el juego.

Las personas, en tanto que jugadores, pueden estar condicionadas por los marcos cognitivos del lenguaje, de las normas sociales y del arreglo constitucional, por esta razón, categorías analíticas como mente, lenguaje y sociedad adquieren relevancia para la comprensión del comportamiento humano individual y colectivo. Es claro que estas consideraciones, que se pueden agrupar bajo el designador de los estudios del comportamiento, rebasan el propósito de esta investigación doctoral; sin embargo, resulta preciso reconocer que son prometedoras las líneas de trabajo asociadas a preguntas por razones, emociones, motivaciones, intenciones, creencias, argumentos, decisiones colectivas y políticas públicas. Esto, por supuesto, con la interdisciplinariedad como punto de partida, toda vez que el sustrato comportamental de la aproximación institucionalista requiere un diálogo de saberes y una conjunción de herramientas para alcanzar construcciones teóricas y desarrollos metodológicos adecuados.

De todos los planteamientos expuestos, se puede colegir que las reglas *importan*. Además, es posible decir que los autores estudiados consideran que las instituciones constituyen un sistema regulatorio, conformado por reglas formales e informales, que los individuos usan para organizar interacciones repetidas y estructuradas de manera armonizada para los procesos decisorios y las dinámicas sociales que de ellos se desprenden. De esta manera, las instituciones hacen parte de la cotidianidad y se pueden reconocer en cualquier ámbito formal (estructuras organizacionales) o informal (grupos y comunidades), por ejemplo, el matrimonio, la familia, los sistemas de salud, la educación, el saneamiento ambiental, las cárceles, las universidades, los hospitales, entre otros.

Por otra parte, es importante señalar que, para la regla, entendida como regulación¹¹, Elinor Ostrom propone una gramática institucional, la cual permite nutrir, reforzar y hacer frente a la diversidad conceptual sobre las reglas y, además, aclarar las ambigüedades que se presentan cuando se analiza este concepto. Para ello, la autora define componentes esenciales que hacen parte de las reglas: (1) un *sujeto*, es decir, una variable que delimita a quien se le aplica un enunciado; (2) un *deóntico*, que está expresado en tres verbos diferentes: puede (un permitido), debe (un obligado) y no debe (un prohibido); (3) un *objetivo*, que es la acción, el comportamiento o el resultado esperado; (4) unas *condiciones*, que son los cuándo y los cómo, o las características específicas que acompañan la acción o resultado esperado y, finalmente, (5) una *advertencia* (un “o de lo contrario”), que se refiere a las consecuencias o acciones asignadas institucionalmente por no seguir el enunciado (Ostrom, 2015, p. 198).

Teniendo presente esta contribución de Ostrom, una *regla* que *regula* se puede entender como un enunciado definido por una autoridad, un individuo o un grupo, que impone, prohíbe o permite una acción, para delimitar y facilitar interacciones humanas que estructuran elecciones y comportamientos, y que, de no cumplirse, acarrea una sanción. Además, los institucionalistas consideran importante que las reglas sean reglas *en uso*, es decir, que sean conocidas, compartidas, aplicadas y supervisadas, y que, efectivamente, influyan en el comportamiento de los individuos (Ostrom, 2015).

Un ejemplo hipotético, considerando la definición de regla que regula (formal o informal) de Ostrom, puede ser el siguiente: ante la posibilidad de que no llegue el médico de turno por algún contratiempo a una unidad de cuidados intensivos, que presta servicios las 24 horas del día, los médicos (atributo) responsables de esta actividad enuncian, por su propia cuenta, que, en adelante, aquellos que trabajan en este servicio deben (deóntico) entregar el turno bata con bata¹² (objetivo) todos los días (condiciones) o, de lo contrario, se les señalará como irresponsables (“o de lo contrario”). Así las cosas, este ejemplo permite introducir y conectar los elementos teóricos con los ámbitos espaciales, organizacionales y concretos donde se usan las reglas, es decir, con la

¹¹ Cabe recordar que, para efectos de la presente tesis, esta es la comprensión de regla más relevante.

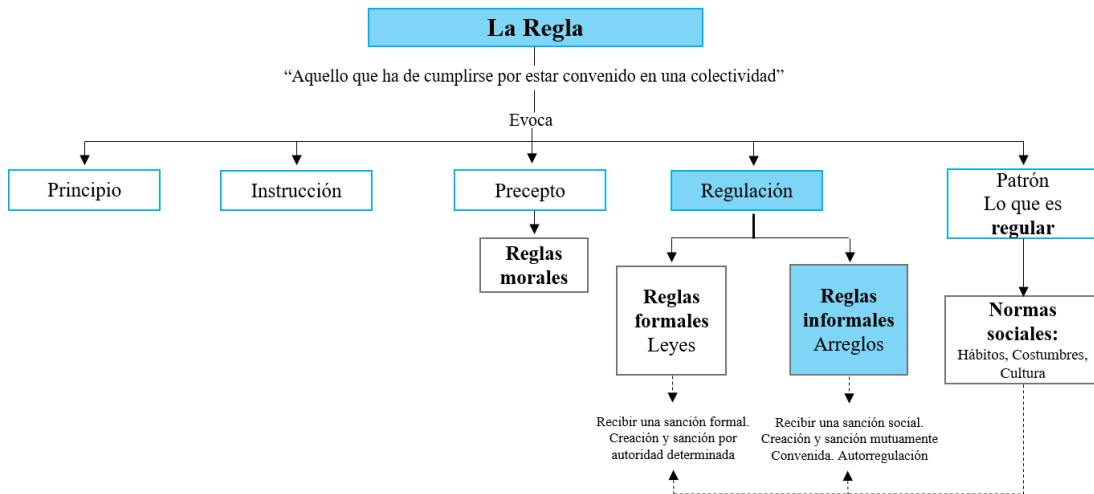
¹² Es decir, como si se estuviera entregando un posta en una carrera de 4 × 100 metros.

práctica. De igual forma, cabe decir que estos ejemplos no son solo hipotéticos, sino que, en realidad, se pueden encontrar, aunque pasen desapercibidos, en los ambientes hospitalarios.

3.1.2. Definición y clasificación de las reglas

El diccionario de la Real Academia Española (2014) define regla como “aquello que ha de cumplirse por estar convenido en una colectividad”. Adicionalmente, cuando se indaga por los sinónimos de regla se encuentran: precepto, prescripción, norma, orden, instrucción, estatuto, reglamento, código, ley, pauta, guía, método, patrón, etc. La regla tiene diversas clasificaciones de acuerdo con sus características, una de ellas es la que se da según su uso (ver *Esquema 6*). En esta clasificación, la regla denota: principio, instrucción, precepto, regulación y patrón.

Esquema 6. Clasificación de las reglas según su uso



Fuente: elaboración propia con base a Max Black (1962), Ostrom (2015) y, Bicchieri y Casas (2019).

Cuando se mencionan las reglas como *principio*, se hace referencia a las leyes físicas y naturales que están sometidas a la prueba empírica, pero “estas no se rescinden ni se incumplen” (Ostrom, 2015, p. 55); por ejemplo, el *principio de Arquímedes*: “todo cuerpo sumergido en un fluido experimenta un empuje vertical hacia arriba igual al peso de fluido desalojado”. Por su parte, las reglas como *instrucción* se entienden como la guía u orientación que responde a cómo resolver un determinado problema o cómo usar una herramienta; por ejemplo, el manual de instrucciones con el que viene acompañado un electrodoméstico para armarlo y darle un uso adecuado.

Las reglas como *precepto* hacen referencia a las reglas propias del fuero y conciencia de los individuos, por esta razón, a estas reglas se les identifica como reglas morales y se caracterizan porque su sanción está relacionada con la culpa y el arrepentimiento individual; por ejemplo, se habla de un precepto cuando un individuo considera que debe primar la igualdad antes que la eficiencia. Ahora bien, las reglas que evocan *regulación*, es decir, aquellas que regulan, tienen como principal característica que están acompañadas de una sanción acordada, lo cual no sucede con las reglas que evocan principio, instrucción, precepto o patrón. En particular, se consideran dos tipos de reglas que regulan: (1) las reglas formales y (2) las reglas informales, donde la principal diferencia entre ellas radica en el tipo de sanción. Así, mientras en las reglas formales se recibe una sanción formal, creada y ejecutada por una autoridad; en las reglas informales se recibe una sanción, creada y ejecutada, generalmente, por los mismos participantes involucrados.

La *regla formal* se asume como la ley y, en sentido estricto, es la norma jurídica obligatoria, emanada y sancionada por la potestad legislativa del Estado o las autoridades competentes como la gerencia o la administración de una organización. Dicha regla se caracteriza por regular el desarrollo del proceso o de la actividad jurisdiccional del Estado, con el objetivo de obtener un pronunciamiento que finalice un conflicto. De esta manera, este tipo de reglas no determinan *qué* es lo justo, sino *cómo* se debe pedir la justicia y, como se ha dicho, su transgresión presenta una probabilidad alta de recibir un castigo formal, es decir, una sanción aplicada por una autoridad que puede ir desde una multa hasta la privación de la libertad. Por otro lado, la *regla informal* se considera un arreglo creado y sancionado por los mismos sujetos que son afectados y, por tanto, no requiere de formalismos.

Por último, cabe mencionar a las *normas sociales*. Para la mayoría de los autores, se trata de reglas que exhiben un patrón o que se consideran regulares y, por consiguiente, hacen alusión a los comportamientos, las costumbres, los hábitos y las características propias de la cultura de una población. En la literatura científica, se presentan casos donde se habla indistintamente de este tipo de reglas y de las reglas informales, pero, para los institucionalistas, estos conceptos son diferentes y, por ende, se analizan por separado (García, 2014).

Algunas de las aproximaciones teóricas y prácticas a las normas sociales son propuestas por autores como Jon Elster, quien, desde la sociología, elabora una propuesta para su comprensión y tipología. Así, el autor establece una diferenciación entre las reglas que son guiadas por la instrumentalidad racional, los rendimientos futuros y los resultados; y las que responden a normas sociales incondicionales como, por ejemplo, las emociones. En estas lógicas establece que:

La acción racional —esté o no motivada económica o políticamente— se interesa en los resultados. La racionalidad dice: “Si se desea lograr Y se debe hacer X”. La acción guiada por las normas sociales no está orientada hacia los resultados. Las normas sociales más simples son del tipo “Hacer X” o “No hacer X”. Las normas más complejas tienen una forma condicional: “Si se hace Y, entonces hacer X” o “Si otros hacen Y, entonces hacer X”. Una norma aún más compleja dice: “Si fuera bueno que todos hicieran X, entonces hacer X”. Para que tales normas sean sociales deber ser compartidas por otras personas y en parte sostenidas por su aprobación y desaprobación (Elster, 1989b, p. 115).

A propósito de lo anterior, Elster menciona, por ejemplo, reglas convencionales de etiqueta, las cuales cataloga como normas sociales y, además, advierte que compararlas con otras reglas como las de tránsito puede resultar desorientador. Esto último se debe al hecho de que si un individuo viola una regla de tránsito pueden suceder dos cosas negativas: podría tener un accidente o lo podrían sancionar por conducir torpemente; por el contrario, si una persona tiene malos modales en la mesa, no pasaría nada malo, pero las personas que están con él podrían juzgarlo o señalarlo por esta conducta (Elster, 1989b).

Por otro lado, Bicchieri (2019) sostiene que, por excelencia, la norma social está marcada por comportamientos interdependientes. Esto quiere decir que las acciones y opiniones de las personas tienen importancia para la toma de decisiones propias. Otra característica de las normas sociales es que los individuos no necesariamente se adhieren a ellas porque están buscando maximizar el bienestar de su grupo, sino que, por el contrario, pueden estar respondiendo a otras razones como la tendencia, la moda y la imitación. Al respecto, Bicchieri y Muldoon afirman:

Parece que la variable principal que afecta el comportamiento no es lo que un individuo siente personalmente que debe hacer, sino más bien su creencia acerca de lo que la "sociedad" (es decir, la mayoría de las otras personas, su grupo de referencia, etc.) dice que debería hacer (2014, p. 9).

Sumado a lo anterior, algunos autores consideran que es importante diferenciar, dentro de las normas sociales, la condición de *hábitos* como aquellas regularidades de los individuos que son independientes de las expectativas o las acciones de los demás. Como ejemplo de esto, Bicchieri y Mercier (2014) sostienen que una persona puede elegir lavarse los dientes cada mañana por sus principios de higiene y no porque los demás lo hagan o lo dejen de hacer. En este caso, las estrategias y acciones de los demás individuos no tienen un impacto sobre las acciones personales. Por otro lado, cuando una persona decide, por ejemplo, no colarse o saltarse una fila está influenciado por lo que los demás podrían pensar de ella o por las actitudes que podrían adoptar frente a su actuación. Ahí radica la principal diferencia entre una normal social y un hábito.

Los institucionalistas también señalan otras diferencias entre las reglas informales y las normas sociales: primero, la sanción en las reglas informales está previamente acordada y, segundo, mientras las reglas informales surgen de la necesidad de autoorganizarse, para, entre otras cosas, resolver problemas de la cotidianidad; las normas sociales, nacen generalmente de la imitación y de la transferencia de costumbres y cultura. De este modo, es posible decir que las normas sociales están más basadas en la *regularidad* que en la *regulación*. Por ejemplo, saludar en el ascensor podría considerarse una norma esperada, pero no hacerlo no acarrea una sanción (Girola, 2005).

A nivel local, el matemático y filósofo Antanas Mockus afirma que, si bien se puede hacer una taxonomía y caracterización particular de las reglas, en la práctica, somos sujetos de un sistema regulatorio más complejo. Así las cosas, este autor plantea que “ley, moral y cultura se constituyen en sistemas de reglas relativamente independientes entre sí, aunque en los hechos produzcan efectos congruentes” (Mockus, 1994, p. 126). De esta forma, se reconoce como *anfibio cultural* a la persona que es capaz de moverse sin complicaciones entre estos tres sistemas, es decir, un individuo que logra conciliar el derecho y el mundo social, disminuyendo las tensiones de la actualidad.

Como se ha dicho, las reglas tienen diferentes connotaciones de acuerdo con su intencionalidad y función; sin embargo, es importante reiterar que las reglas que son objeto de análisis de este trabajo son las que *regulan* y que, como también se ha evidenciado, se considera que tienen la capacidad de modular comportamientos e interacciones y de lograr beneficios colectivos. Ahora

bien, además de presentar la clasificación de las reglas, es esencial discutir sobre su importancia y su comprensión desde el institucionalismo.

3.1.3. Importancia de las reglas

Conocer las diferentes definiciones y clasificaciones de las reglas constituye un primer acercamiento a las posibles formas de regulación y organización de los grupos y la sociedad en general; sin embargo, esto también hace que surjan interrogantes sobre la utilidad o efectividad que tienen las reglas para cumplir con sus objetivos. Considerando lo anterior, resulta razonable precisar cuál es la importancia de las reglas y cuál es su rol en la cotidianidad.

Ahora, a la luz del sector de la salud, algunas de las preguntas sobre la importancia de las reglas que se podrían formular serían: ¿podría mantenerse estructurado un sistema de salud sin la función de regulación? ¿En Colombia, sería posible lograr objetivos de un sistema de salud como la atención oportuna y la calidad sin reglas? ¿Podría funcionar una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) sin sistemas reglados que informen al personal sobre protocolos y actos administrativos? ¿Podrían los acompañantes de los pacientes comportarse adecuadamente en una clínica u hospital sin ninguna regla? ¿Podría un individuo asumir, de manera autónoma, decisiones que afecten la salud colectiva en contextos como, por ejemplo, el de una epidemia? Una respuesta inicial a todas estas preguntas es: no. Las reglas importan y son imperativos necesarios para el orden en una sociedad o sector particular como el de la salud.

Las reglas tienen como propósito facilitar las interacciones humanas y, para ello, buscan garantizar un orden social, ser fuente de estabilidad, predecir comportamientos, configurar patrones generadores de confianza, contribuir a la solución de dilemas colectivos y reducir la incertidumbre (North, 1991). Igualmente, desempeñan un papel crucial en la cohesión de la sociedad, pues dan sentido de aceptación, consenso y pertenencia a un determinado grupo que está reglado. Asimismo, se involucran en los procesos de producción y reproducción social. Todo esto permite afirmar que las reglas son necesarias para estructurar la sociedad o, en palabras más contundentes, es casi una realidad que, sin reglas no es posible hablar de sociedad.

Las reglas cumplen un rol esencial en las interacciones humanas puesto que, como lo mencionan Alonso y Garciamartín (2008), promueven comportamientos regulares y, por tanto, relativamente previsibles, lo cual facilita el entendimiento entre los interesados. A su vez, dichas reglas pueden facilitar el control social y, por consiguiente, disminuyen los costos de transacción en las negociaciones, los trámites innecesarios, los tiempos de respuestas, entre otros. Dicho de otro modo, es posible afirmar que las instituciones o reglas generan *certezas razonables* sobre la conducta de los participantes y, además, modulan comportamientos, lo cual permite delimitar con las estrategias y acciones de los actores involucrados. Alonso y Garciamartín presentan un ejemplo de ello:

Sobre las leyes de tráfico, que determinan nuestra conducta al volante, sabemos que hemos de conducir por la derecha, no superar ciertos límites de velocidad, utilizar el intermitente antes de girar o detenernos en un stop. Semejantes reglas son puramente discrecionales, habiendo nacido la mayor parte de ellas de una racionalización de la experiencia colectiva. Ahora bien, una vez fijadas, no sólo modulan nuestra conducta al volante, sino también permiten que anticipemos el comportamiento esperado de los demás, reduciendo la incertidumbre y aminorando los costes de transacción asociados a la interacción humana. Por ejemplo, al llegar a un cruce, esperamos que sean los demás conductores los que detengan su vehículo, sin necesidad de pujar peligrosamente por ver quien pasa primero... Como es obvio, semejante resultado solo se produce si la regla es respetada y, por tanto, modela de forma efectiva el comportamiento de los agentes (2008, p. 33).

Por su parte, el Doctor en políticas públicas Joan Subirats considera que las reglas deberían ser determinantes en los productos de política pública y, por esta razón, las plantea como variables explicativas dentro del juego entre actores. Además, al igual que Ostrom, reconoce y afirma que las reglas que importan o que logran impactar un juego son las que están *en vigor* o, como las denomina Ostrom, las reglas *en uso*, porque son las que los jugadores o actores respetan y llevan a la arena de juego (Subirats et al., 2008). En esta misma línea, Geoffrey Hodgson (2000) habla de la importancia de los hábitos y de las reglas en las negociaciones y decisiones de los individuos, y menciona siete casos (escenarios) en los cuales el uso de las reglas se hace necesario para obtener mejores resultados, a saber: optimización, vastedad, complejidad, incertidumbre, conocimiento, aprendizaje y comunicación.

Teniendo claro lo expuesto hasta el momento, a continuación, se sintetiza el aporte que los institucionalistas realizan a la comprensión de la *regla de informal* y sus características y, la

importancia de la confianza en la configuración de sistemas regulatorios, donde haya cabida a acuerdos informales.

3.2. Las reglas informales

Hasta ahora, se ha hecho énfasis en la clasificación e importancia de las reglas, en la forma como estas impactan las estrategias y acciones de los actores y en sus efectos sobre determinadas relaciones o negociaciones. Sin embargo, el sistema de salud exige mayor rigor en el entendimiento de las reglas, pues los resultados que están en juego son la calidad de vida y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

En el análisis del sistema regulatorio del sector de la salud, ha sido común la preocupación por la sobreproducción normativa y por las problemáticas que ello acarrea. Frente a esto, cabe decir que varios autores institucionalistas han planteado la posibilidad de solventar problemas de este tipo con estrategias que implican la participación de todos los interesados y la autonomía a nivel microterritorial. De esta manera, se asegura que entender el *contexto*, considerar la *experiencia* y propiciar *relaciones cercanas* podría contribuir a la formulación de reglas efectivas y adecuadas, diferentes a las convencionales (formales). En este sentido, la informalidad surge como un elemento importante para resolver diferentes problemas colectivos.

3.2.1. Características, definición y uso

Aunque el diccionario de la Real Academia Española (2014) es claro en su primera acepción del término *informal*¹³, en la literatura no se evidencia una definición puntual de las reglas informales. Así las cosas, para definir la regla informal, se hace necesario estudiar algunos rasgos de las reglas formales y, como se verá, se identifican características dicotómicas entre dichas reglas formales y las informales. Lo anterior permite afirmar que las reglas informales complementan la regulación formal, pero en ningún momento la reemplaza. En esta misma línea, Ayala (1999) define algunas características de las instituciones formales e informales (ver **Tabla 1**).

¹³ “Que no guarda las formas y reglas prevenidas” (RAE, 2014).

Tabla 1. *Características de las instituciones formales e informales*

	Tipos de instituciones	
	Formales	Informales
Definición	Leyes y reglamentos	Reglas no escritas y convencionales
Objetivos	Atacar problemas específicos	Establecer códigos y valores
Cumplimiento	Obligatorio	Voluntario y autocumplido
Campo	Dominio público	Dominio privado

Fuente: Ayala (1999).

Pues bien, a partir de las propuestas de North, Ostrom y Ayala se identifican características y particularidades de las reglas informales y su contraste con las reglas formales. Entre los elementos que se tienen en consideración se encuentran: la creación, la expresión, el uso, el control y la sanción de las reglas; el ciclo de las reglas y, además, el cambio institucional. En este sentido, se reafirma que la riqueza conceptual que existe sobre las reglas formales puede ser muy útil para hacer visibles las particularidades de las reglas informales.

Como se ha mencionado, la regulación formal es una facultad del Estado, de las autoridades competentes y de la administración o la gerencia para limitar el comportamiento de los actores y para, a su vez, ser fuente de certidumbre. Sin embargo, existen otras formas de regulación que permiten que los individuos se organicen, tomen decisiones en asuntos de interés común y que, además, se alejan de la concepción puramente racional y egoísta del individuo, lo cual da cabida a comportamientos altruistas y cooperativos. Al respecto, Poteete, Janssen y Ostrom (2012) reconocen usuarios y grupos que logran autoorganizarse por medio de reglas informales, las cuales son creadas y monitoreadas por los mismos interesados de acuerdo con sus problemáticas de interés colectivo.

Teniendo en consideración lo anterior, Poteete, Janssen y Ostrom (2012) se preguntan: ¿Por qué algunos usuarios de recursos comunes se autoorganizan y otros no? Para responder a esta cuestión, los autores discuten algunas características de contexto que resultan fundamentales para el funcionamiento de la autoorganización y de la creación de reglas exitosas y sostenibles. Algunas de las características mencionadas son, por ejemplo, el número de agentes involucrados, la

productividad del sistema, los atributos socioeconómicos de los usuarios, la importancia del recurso, la autonomía de elección colectiva local, entre otras (Poteete et al., 2012; Ostrom, 2000).

Por otro lado, cabe anotar que existen propuestas que se distancian de la idea de que el Estado debe intervenir y ser el único responsable de la organización de la sociedad. Así, dichas propuestas aseguran que aún sin la existencia de una entidad suprema, la sociedad y la comunidad tienen la necesidad de autoorganizarse y crear reglas para generar interacciones beneficiosas y para sostener los recursos en el tiempo. Esto es defendido por autores como Maldonado cuando afirma que:

[...] desde mucho antes de que existieran los Estados de Derecho como los conocemos hoy, la actividad en conjunto que desarrollan los individuos los ha obligado a organizarse y establecer patrones de conducta comunes en su desarrollo (2015, p. 2).

La regulación estatal no es la única forma de regulación. De ahí que la autorregulación sea cada vez más considerada como un mecanismo que permite que la sociedad alcance sus objetivos y se organice. La *autorregulación*, en términos simples, constituye el mecanismo a través del cual los organismos privados y los ciudadanos determinan los tipos de regulación que regirán sus actividades, su organización y sus interacciones (Maldonado, 2015). Dicha autorregulación se puede presentar de dos maneras: (1) como una *autorregulación regulada*, que es cuando el Estado cede la facultad de regularse a los privados y (2) como una *autorregulación social*, que sucede cuando los privados, de forma autónoma, deciden establecer sus propias reglas. Al respecto, cabe añadir que la autorregulación suele surgir cuando los individuos intentan resolver problemas comunes e interactúan para proponer soluciones (Maldonado, 2015).

Ahora, es evidente que la autorregulación implica varios elementos para que funcione. En este sentido, no es posible tener autorregulación en ambientes de desconfianza y debilidad institucional (Ostrom, 2000). Por esta razón, se debe comenzar creando espacios apropiados donde los interesados puedan crear las reglas, convenirlas, usarlas y controlarlas.

En términos generales, se puede afirmar que las reglas informales surgen de abajo hacia arriba *-bottom up-*, pues son creadas en los territorios por los actores interesados. Por su parte, las reglas formales son elaboradas y planeadas por autoridades competentes que, en la mayoría de los casos,

desconocen la realidad de los territorios, lo cual indica que son formuladas de arriba hacia abajo - *top down*- (Blanco, 2009). Sin embargo, al hablar de reglas formales o informales *en uso*, se debe tener en cuenta que estas son anidadas. Así, por ejemplo, las reglas constitucionales¹⁴ en uso son influyentes sobre las de elección colectiva¹⁵ en uso y estas últimas, sobre las operativas¹⁶ en uso. En todo caso, no se pueden olvidar las diferencias existentes, pues las reglas constitucionales son más duraderas y más lentas en su construcción; mientras que las selectivas y operativas informales son, por naturaleza, de construcción territorial local y pueden cambiar más fácilmente (Ostrom, 2015).

Como asegura Ostrom (2000), la regulación en un territorio depende, principalmente, del compromiso de sus miembros para lograr resultados beneficiosos a nivel colectivo; no obstante, la creación de las reglas no se debe limitar a este postulado que, si bien es alentador, puede resultar ingenuo en algunos escenarios con problemáticas de acción colectiva. Así, la autorregulación y la autoorganización de los territorios también dependen de otras características como: el número de participantes, la sensibilización respecto al uso del recurso, la comunicación cercana y los atributos de la comunidad. Frente a esto, Ostrom (2000) propone que son los propios interesados quienes deben hallar la manera de comprometer a la comunidad y de acompañar la autoorganización de controles y posibles sanciones sociales.

Las reglas pueden ser expresadas de diferentes formas (Ostrom, 2015). Así, las reglas formales, que suelen relacionarse con lo jurídico, se expresan por medio de constituciones, leyes, decretos y resoluciones; mientras que, por otro lado, las reglas informales se pueden enunciar de manera verbal o escrita por medio de pactos, acuerdos, alianzas y códigos. Sobre este respecto, cabe precisar que el Diccionario de la Real Academia Española (2014) define *pacto* como “concierto o tratado entre dos o más partes que se comprometen a cumplir lo estipulado”, lo cual permite dilucidar elementos clave: (1) las partes involucradas deben ser un número plural y (2) se necesita

¹⁴ Las reglas de elección constitucional son las que “primero afectan las reglas de elección colectiva al determinar quien puede ser electo como participante y las reglas que habrán de usarse en la elaboración del conjunto de reglas de elección colectiva. Son las que poseen el ritmo más lento de cambio” (Ostrom, 2015, p. 102).

¹⁵ Las reglas de elección colectiva son las que “influyen en las actividades operativas y en los resultados, determinando quien puede participar y las reglas específicas que se pueden usar al cambiar las reglas operativas. Estas cambia a un ritmo mucho más lento” (Ostrom, 2015, p. 102).

¹⁶ Las reglas operativas son las que “influyen directamente en las decisiones cotidianas que efectúan los participantes en cualquier escenario. Pueden cambiar con relativa rapidez, de un día para otro” (Ostrom, 2015, p. 102).

que haya un acuerdo entre las partes para que se logre tener éxito con su implementación. Ahora, cuando se alude a los pactos como una forma expresar reglas informales no se quiere decir que debe existir un *gran* pacto. Por el contrario, la realidad evidencia que, a veces, los mejores resultados se obtienen en escenarios cercanos, donde los miembros se conocen y tienen mayor voluntad¹⁷ de asumir riesgos en la interacción con los demás actores.

También es importante aclarar que las reglas informales se dan en un lenguaje comprensible para las partes y, por lo tanto, no se necesitan vocablos técnicos. Adicionalmente, es claro dichas reglas se transmiten en ambientes cercanos basados en la confianza y, por esta razón, no se amerita la intermediación de otros agentes. Esto es evidentemente contrario a lo que ocurre con las reglas formales cuya comunicación debe ser explícita e impersonal.

Por otro lado, tal y como lo propone Ostrom, la expresión de una regla, sea verbal o escrita, debe tener algunos elementos comunes que le dan su estructura y coherencia. Estos elementos son, en esencia, (1) el enunciado, (2) los sujetos a quien va dirigida, (3) la acción en concreto, (4) lo obligado, (5) lo prohibido o lo permitido y, por último, (6) la posible sanción (Ostrom, 2015).

A su vez, como se ha mencionado, una característica fundamental de las reglas, formales o informales, es que se *usen* o que, en otras palabras, sean reglas *en vigor* dentro del juego y dentro de la situación de acción. Así, se define que el *uso* depende de la capacidad que tiene la regla para ser aceptada, apropiada y legitimada por los individuos a quienes pretende modular su comportamiento. Esto último suele suceder con las reglas informales, pero no siempre con las formales porque no siempre adquieren la legitimidad necesaria para ser aplicadas en los territorios. En este sentido, muchas reglas formales nunca llegan a estar *en uso* (Ostrom, 2015). Igualmente, el *uso* de las reglas también alude a la *intención* que se tiene con ellas. Dicho de otro modo, la *motivación* para usar una regla es el supuesto de que esta va a ordenar relaciones entre individuos o resolver problemas de interés colectivo (Eslava, 2017). Esta es, tal vez, una de las variables más representativas de las reglas.

¹⁷ Estos elementos serán tratados a profundidad en el apartado donde se estudia la *confianza* como determinante para el uso y funcionamiento de las reglas informales.

En este contexto, en las reglas formales o jurídicas, la sanción es impuesta por una autoridad competente, generalmente, a manera de multa o privación de la libertad. Por su parte, las sanciones sociales, propias de las reglas informales, abarcan actos como el ostracismo social, la separación del grupo, el abucheo, la vergüenza y las compensaciones en actividades sociales, comunitarias o económicas.

Dadas estas características, se asume que el control y la vigilancia de las reglas informales resultan menos costosos que los de las reglas formales, puesto que estas últimas requieren, entre otras cosas, de una organización e institución formal y de una inversión en recursos físicos y humanos. Otro rasgo de las reglas informales que hace menos costoso y más efectivo su control es que proponen la gradualidad en las sanciones, es decir, se pueden ajustar a las condiciones, el contexto y la frecuencia con que se incumpla la regla.

Un grupo autoorganizado debe resolver el problema del compromiso sin un agente externo que lo haga cumplir; sus miembros deben promover al interior (y entre sus agentes) el monitoreo de las actividades y estar dispuestos a imponer sanciones para mantener un alto nivel de cumplimiento (Ostrom, [1990] 2011, p. 99).

Por otro lado, las reglas formales e informales son construcciones humanas que tienen su propio ciclo de vida. En este sentido, se diseñan, se crean, se promulgan (las formales), se imponen (las formales), se acatan, se mantienen, se desobedecen, se modifican, se sustituyen, se revocan (las formales) y se crean unas nuevas atendiendo a dinámicas y necesidades sociales. Además, el ciclo y cambio de las reglas depende mayoritariamente de las dinámicas sociales, políticas y económicas de los países. De este modo, el cambio en las variables de contexto influye en la transformación de las reglas en uso. Como se dijo, las instituciones son altamente sensibles al contexto donde se desenvuelven, lo cual quiere decir que, a veces, no se necesita cambiar a la institución en sí misma, sino que el contexto propicia dicho cambio.

Siguiendo lo planteado por North, las reglas se encuentran “evolucionando, y por consiguiente están alterando continuamente las elecciones” (1993, p. 17). En este sentido, para los analistas institucionales es todo un reto estudiar los cambios institucionales, desde las organizaciones, la experiencia, la comunicación, la transferencia de conocimiento y los incentivos. No obstante, su

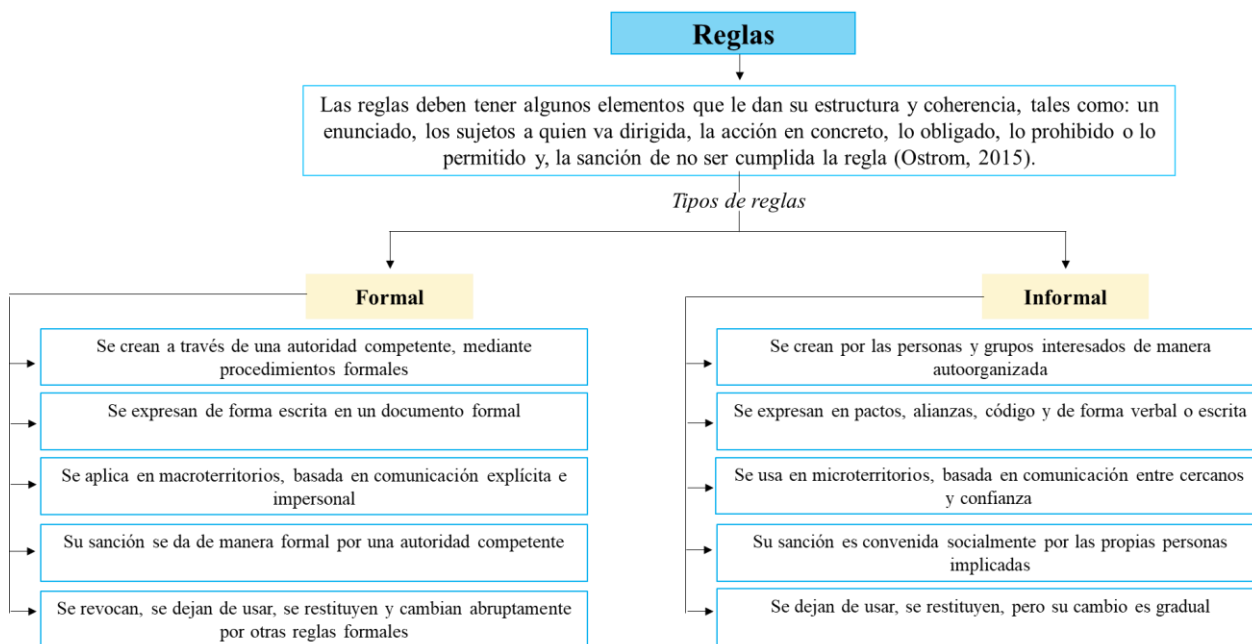
comprensión es central para identificar claves o patrones de una adecuada combinación de reglas formales e informales que puedan producir cambios en los individuos y, a su vez, contribuir a unos mejores resultados y a políticas públicas más efectivas en resolver problemáticas de interés común (Ostrom, 2015).

North (1993) propone el cambio institucional como un elemento fundamental del análisis de las instituciones en las economías. Así, para este autor, el concepto sugiere ajustes marginales que se hacen al grupo de limitaciones informales y formales que componen el marco institucional. Además, se afirma que de la estabilidad general de las instituciones depende que haya un intercambio de interacciones complejo a través del tiempo. Esto último porque, dada la existencia de reglas formales e informales que hacen parte de la conducta habitual de los individuos, cada uno de ellos automatizará los intercambios sin tener que medir nuevamente los costes y los beneficios de su puesta en marcha en cada interacción (Urbano et al., 2007). Por su parte, Aoki (2007) define el cambio institucional como una alteración en las expectativas de los jugadores, lo cual aleja sus planteamientos de los de North, quien lo concibe como la transformación de las reglas de juego. De este modo, “el cambio obedece a procesos de difusión, adaptación, e isomorfismo o emulación” (Eslava et al., 2011, p. 23).

Adentrándonos en el ciclo de cada tipo de regla, es posible decir que las reglas formales son más lentas, es decir, su periodicidad no siempre se sincroniza con la realidad. Por otro lado, las reglas informales son más oportunas y su cambio es paulatino. Sin embargo, en ambos casos, llega un momento en el que las reglas se dejan de usar, se derogan o se reemplazan por otras que responden a nuevas problemáticas. Estas características de las reglas se consideran importantes para describir el cambio institucional que, en palabras de North (1993), no es más que la evolución de los valores y las ideas, lo cual hace que las instituciones y los derechos de propiedad sean, en realidad, variables sujetas históricamente a cambios.

A manera de síntesis, a continuación, se presenta el **Esquema 7** que relaciona las características de las reglas formales e informales que se han mencionado hasta el momento y que constituyen la base conceptual para la definición del término *regla informal*.

Esquema 7. Algunas características de las reglas formales e informales



Fuente: elaboración propia basada en autores institucionalistas.

A partir de las características trabajadas por la literatura académica especializada en el tema y, en particular, considerando el acervo conceptual institucionalista, se define a la *regla informal* como: un arreglo creado por las personas o los grupos interesados, de manera autoorganizada, para delimitar, posibilitar y estructurar sus interacciones cotidianas, cuya constitución, expresión, uso, sanción y cambio no requieren formalismos. Además, se trata de una forma de regulación que está basada en la confianza y su uso se da a nivel de microterritorios o de ambientes cercanos.

La confianza es el lubricante de las relaciones sociales y, en especial, es el atributo que posibilita que estas reglas se usen y resuelvan problemas comunes. En este sentido, ocupa un lugar central dentro de la definición propuesta para la regla informal y, sin ella, no habría cabida a alternativas institucionales ni a comportamientos prosociales en los individuos. Por esta razón, en el apartado siguiente, se busca dar cuenta del mencionado atributo y, al igual que en las reglas informales, se presenta una definición de confianza que logra capturar sus elementos básicos y fundamentales.

Para terminar, cabe precisar que la definición propuesta para *regla informal* alude a elementos que constituyen las características de un escenario propicio para el funcionamiento, la eficiencia y

la utilidad de este tipo de reglas. Así, en primer lugar, se habla de un *arreglo*, lo cual da cuenta de la existencia previa de problemáticas en un grupo específico; en segundo lugar, se trae a colación el término *autoorganización* que, además de denotar la forma como se crean las reglas, indica que la formulación, implementación y sanción son acordadas por los involucrados; en tercer lugar, se hace referencia al objetivo central de una regla, independiente de si es formal o informal, a saber, delimitar, estructurar o ser moduladora de comportamientos y decisiones; en cuarto lugar, se hace evidente la necesidad de tener una sanción convenida por los interesados y se habla de la posibilidad del cambio institucional; en quinto lugar, se plantea que el uso de las reglas informales se da a nivel microterritorial y, por último, se enfatiza en la importancia de la confianza para el funcionamiento de estas reglas.

3.2.2. *La confianza: determinante para la configuración de reglas informales*

Reconocer y comprender el papel de la confianza en los arreglos institucionales y, en particular, en el funcionamiento de las reglas, cobra cada vez más importancia para las ciencias sociales y humanas, y para los hacedores de políticas. Una relación inequívoca que acompaña estos análisis es la de la *confianza* con la *incertidumbre*. Esto último bajo la premisa de que todo intento de interacción conlleva cierto grado de incertidumbre y es a través de la confianza, atributo de las personas y comunidades, como dicha incertidumbre se reduce y se facilitan las interacciones, los acuerdos y los arreglos (Ostrom, 2015). Esta es una apreciación que se acentúa con la idea de que los incentivos económicos no son la única forma de hacer frente a los problemas de información o de incertidumbre, como tradicionalmente se ha explicado (Eslava, 2017).

Pero ¿qué es la confianza? De acuerdo con Tobón (2016), no existe una definición consensuada porque se trata de una noción polémica, polisémica y en construcción. Sin embargo, es posible presentar una aproximación conceptual a partir de los planteamientos de diversos autores. Al respecto, cabe señalar que un resultado importante de esta tesis es definir la confianza como *decisión*, es decir, dejar en manos de otros algún componente de mi propio bienestar. Confiar es decidir que otros decidan por mí y, aunque parece simple, esta definición resalta el carácter cotidiano, espontáneo y determinante de la confianza porque pone en evidencia valores, principios, ideas, experiencias y expectativas de las personas.

Esta definición tiene elementos similares a la planteada por Tilly (2010), quien afirma que la confianza implica que el ser humano, en sus relaciones interpersonales, crea, respeta y toma riesgos respecto a los demás. En esta misma línea, parece importante introducir otras definiciones de confianza para identificar los elementos que de ella se destacan. Luhmann (1996), por ejemplo, plantea que la confianza es un atributo de la comunidad, que hace parte de las relaciones entre sus miembros y que implica un acto de creencia, una apuesta por el otro. Del mismo modo, Seligman (1997) considera que confiar es creer en la buena voluntad de los otros o, en otras palabras, creer que el individuo con quien se interactúa se comporta de forma adecuada. Adicionalmente, T.K. Ahn y Ostrom (2002) proponen la confianza como una creencia que poseen los miembros de una comunidad que les permite otorgar beneficios de confiabilidad a otros miembros y, también, como un proceso dirigido a la acción colectiva.

Creencia, voluntad, acto y comportamiento esperado, son elementos analíticos que refuerzan el planteamiento de la confianza como *decisión*. Una decisión alimentada por la experiencia de arreglos previos y por la expectativa de cursos de acción futuros. Ahora, ¿qué implica confiar? Para comprender la confianza no es suficiente considerar el acto de la decisión. Por el contrario, algunos autores sostienen que el valor o la utilidad de la confianza radica en su capacidad de generar un beneficio en la configuración de las relaciones, garantizando su sostenibilidad en el tiempo (Yamagishi, 2001).

A propósito del beneficio resultante, Cárdenas (2019) define la confianza como la capacidad de un individuo para iniciar una transacción o relación de intercambio, la cual, en un principio, puede significar el beneficio de todas las partes, pero donde también existe la posibilidad de que alguien se aproveche del otro. Así, a partir de este planteamiento, se puede afirmar que la confianza como decisión alude al bienestar que se pone en juego. Por otro lado, es posible decir que, además de involucrar el bienestar, actuar en confianza amplía los vínculos. Para Putman (1993), la confianza abre la puerta a interacciones efectivas, permitiendo acuerdos entre individuos y grupos que potencializan la cooperación y el asociativismo. Así mismo, Cárdenas (2018) hace referencia a la confianza como el lubricante de las relaciones sociales que, por tanto, conduce a interacciones cooperativas y construye las bases de la acción colectiva.

En consecuencia, la confianza es un atributo que tienen las personas y las comunidades, para decidir, de manera voluntaria, que otras personas dispongan de algún aspecto o asunto cotidiano de su propio bienestar, bajo la apuesta firme de que, dada la información conocida, los individuos se van a comportar del modo esperado y asumiendo el riesgo de que esto pueda suceder o no. De este modo, se reconoce la confianza como un componente sustancial que permite la interacción y las relaciones entre individuos y grupos y, con ello, se convierte en un facilitador de los arreglos informales.

Con esto en mente, surge un nuevo interrogante, ¿cómo se crea confianza? Este es un problema nodal en el estudio de las relaciones personales y grupales. Como afirma Cárdenas, “la confianza no se decreta, no se planifica y mucho menos se compra, se vende o se distribuye mediante un plan” (2019, p. 69). Este autor afirma que la confianza se va aprendiendo desde pequeños y con frecuentes intentos de prueba y error. Estos intentos de aprendizaje se dan en muchos espacios, pero el de la familia es uno de los que tiene mayor incidencia. Además, es importante considerar que modificar las percepciones negativas sobre el otro constituye el primer paso para consolidar relaciones basadas en confianza (Silva et al., 2019).

Como se ha mencionado, la *experiencia* tiene un papel fundamental en las relaciones porque ayuda a afianzar la confianza presente y, tal como lo afirman Berg, Dickhaut y McCabe (1995) afianzar la confianza puede ser vista como un comportamiento primitivo que guía el comportamiento en nuevas situaciones. Así las cosas, la práctica y el tiempo son las variables que se aproximan a la información con la que cuentan las personas para iniciar relaciones e interacciones con los otros (Camps, 2011). Crear ambientes y relaciones de confianza implica, también, desarrollar habilidades y capacidades, especialmente, aquellas relacionadas con la lectura de contextos, la asimilación y el análisis de información, y las prácticas comunicacionales.

Hardin (2010) plantea una vertiente adicional para comprender cómo se crea confianza. Al respecto, sostiene que más que hablar y aprender de confianza, se debe hablar de *confiabilidad*, entendiéndola como las motivaciones o los incentivos que un individuo identifica en los demás

actores con quienes interactúa. De esta manera, al encontrar el *interés encapsulado*¹⁸ en el otro, se disminuye la incertidumbre en las actuaciones futuras y se logra tener argumentos para mantener una relación sostenible en el tiempo. En otras palabras, se trata de aprender a descifrar los intereses de los demás, para construir confianza.

Además de comprender los elementos que gravitan alrededor de lo que significa confianza, en los últimos años, se ha desarrollado un interés por observar las mediciones y los diferentes niveles en los que se da la confianza¹⁹. En este orden de ideas, si bien la confianza puede ser medida o valorada de forma individual (*confianza interpersonal*), lo que realmente resulta relevante para esta tesis es la existencia de diferentes niveles de confianza. Así, por un lado, está la *confianza interorganizacional*, entendida como aquella que se deposita en una organización y, por esta razón, no es posible identificar personas específicas, sino que se analiza a partir de una entidad ya sea un hospital, un gobierno o una empresa (Seppänen et al., 2007); por otro lado, considerando un nivel más global, se identifica la *confianza en los sistemas* como, por ejemplo, el sistema de salud, político y/o económico de un país. De esta forma, se configuran diferentes niveles de confianza que también reportan metodologías para su valoración y medición.

Entendiendo los diferentes niveles de confianza, se introducen las *redes de confianza*, las cuales generan bienestar en los entornos locales y, a su vez, reducen la incertidumbre de las interacciones cotidianas. En palabras de Fukuyama (1995), las comunidades dependen de la confianza mutua y no lograrán arreglos espontáneos sin ella. Las redes de confianza se presentan en un variado número de escenarios que van desde los familiares, hasta los comunitarios e, incluso, pasan por la relación con el Estado y con otras estructuras verticales. En este sentido, el papel del Estado, de los políticos, de las comunidades y de los individuos es estimular reglas que conecten e introduzcan la confianza en los procesos decisorios.

¹⁸ Cuando se habla de confianza y de confiabilidad, rara vez se mencionan intereses particulares. No obstante, Hardin (2010) afirma que, en el fondo, cada relación de confianza está motivada por un interés que genera en cada individuo la sostenibilidad de sus interacciones en el tiempo. “Confío en usted porque pienso que es de su interés atender mis intereses de manera relevante. Esto no es solo decir que usted y yo tenemos los mismos intereses. Más bien es decir que usted tiene un interés en atender mis intereses porque usted quiere que nuestra relación continúe” (Hardin, 2010, p. 23).

¹⁹ Valga decir que los aspectos referentes a la medición de la confianza serán relacionados y ampliados en el capítulo *Hallazgos empíricos*, específicamente, en el ítem de *experimentos deliberativos*.

Hasta este momento, se han presentado elementos necesarios para establecer la conexión entre confianza y reglas informales. Como se esboza en la sección anterior, para que exista autoorganización no se requieren formalismos, pero sí es importante que los individuos y grupos involucrados decidan de forma voluntaria. Este es un primer puente entre los dos conceptos que, por un lado, permite divisar la confianza como decisión informada y personal y, por el otro, presenta a las reglas informales como acuerdos autónomos y voluntarios entre los actores interesados. Por su parte, el segundo puente es la motivación de los involucrados que participan en los arreglos, pues, como se ha visto, estos actúan pensando que los demás están dispuestos a actuar de la forma esperada y con unas expectativas favorables, lo cual contribuye a la configuración de una relación de confianza.

En el fondo, la noción que articula ambos conceptos (reglas informales y confianza) es la *incertidumbre*. Intentar reducirla es un acto connatural y es a través de la confianza, atributo de las personas y de las comunidades, como esta se reduce. Como se ha dicho, la confianza “lubrica” las relaciones y las interacciones y, a su vez, facilita los acuerdos y arreglos (Ostrom, 2015; Cárdenas, 2009). Estas ideas evidencian la importancia y la fundamentación de la presente tesis.

Como se indicó, los acuerdos informales no requieren de control por parte de agentes externos, por lo tanto, su expectativa de cumplimiento es propia del nivel de confianza en las relaciones. De la misma manera, Kramer (1999) afirma que agentes que consideran a los demás no confiables, tienden con mayor probabilidad a comportarse de una manera poco confiable, dando forma a relaciones con altos niveles de desconfianza. De ahí la necesidad de contar con otros mecanismos como los contratos, las reglas formales en exceso y la participación de terceros.

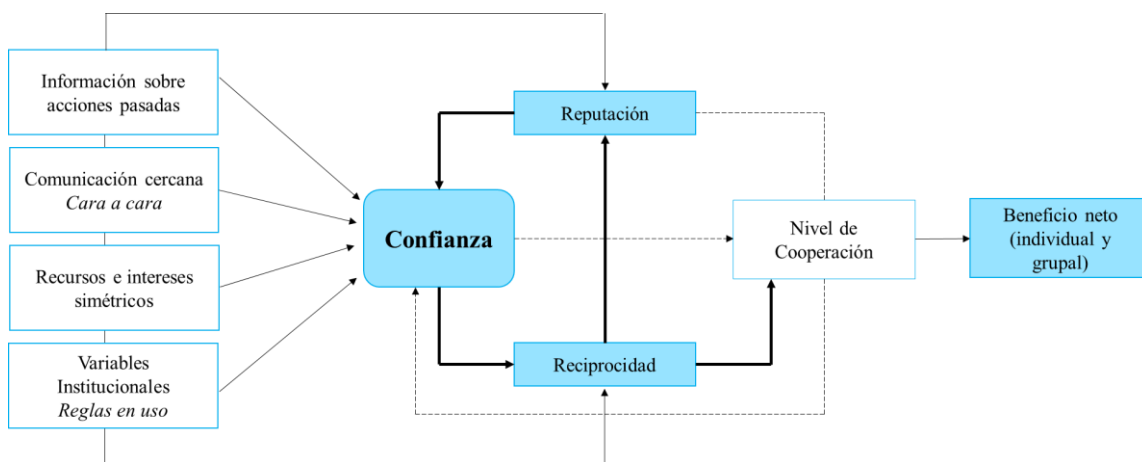
Llegados a este punto, es posible decir que se ha presentado una aproximación conceptual de la confianza y su relación con las reglas informales, pero no se ha ahondado en los beneficios que dicha confianza otorga a nuestras relaciones y a la sociedad. Al respecto, varios autores han estudiado que la confianza desencadena otros atributos y otras capacidades de los seres humanos como la reciprocidad, la reputación y la cooperación, las cuales coadyuvan a la obtención de beneficios sociales y a solucionar problemas de acción colectiva como, por ejemplo, el uso de los RUC (Ostrom, 2000; Bowles, 2004). Lo anterior, por supuesto, sin dejar de reconocer que las

actuaciones informales y basadas en la confianza no son siempre exitosas ni tienen los resultados esperados.

En los próximos párrafos, sustentados fundamentalmente en los estudios y experimentos de Elinor Ostrom, se explican las relaciones entre los atributos que gravitan alrededor de la confianza y la forma como pueden arreglar problemas sociales. Tal y como afirman Ostrom (1998) y Nowak y Highfield (2012), la explicación sobre la cooperación y la acción colectiva no parte de la biología, sino que en la sociedad rebosan acciones cooperativas hasta en las actividades más simples. De esta manera, si los individuos, los grupos y las comunidades se quedan con la idea predominante de la representación egoísta de la sociedad, va a ser difícil superar los problemas planteados en los dilemas sociales y de acción colectiva. En cambio, si se cambian las condiciones de contexto y se da cabida a las motivaciones intrínsecas de los individuos, es posible lograr un resultado socialmente óptimo en escenarios donde se dan los problemas mencionados.

Como se observa en el **Esquema 8**, hay elementos de contexto necesarios para concebir la confianza en las relaciones sociales, entre ellos, la mencionada *experiencia* o información de las acciones pasadas, la *comunicación cercana*, la *sensibilización*, la necesidad del *cuidado de los recursos* y las *reglas en uso*. Si bien todos estos elementos impactan directamente los niveles de confianza, también tienen incidencia en los demás atributos: la reputación, la reciprocidad y la cooperación.

Esquema 8. *Confianza y atributos de comunidad como determinantes de acción colectiva*



Fuente: Ostrom, 1998.

La información sobre las acciones pasadas se considera el principal componente de la *experiencia* porque, de acuerdo con los datos disponibles y conocidos, cambian las percepciones, las estrategias y las acciones de los individuos. Esto último bajo el entendido de que la racionalidad humana debería hacer que las personas cambien sus expectativas sobre los demás de acuerdo con lo que saben de ellos. Dada la información recibida, no es posible determinar la magnitud del cambio en las estrategias y en las acciones de los individuos, pero sí se puede hablar de un signo o un cambio de dirección en las estrategias, puesto que, si la información obtenida permite ver al otro como alguien confiable, las acciones del individuo implicado tenderán a ser más positivas o cooperativas.

La *comunicación cercana* es otro atributo para la cooperación. En dilemas sociales, los interesados o jugadores esperan comunicarse con los demás para propiciar estrategias de cooperación. Esto partiendo del hecho de que más información es mejor a menor información. Adicionalmente, la modalidad de comunicación modifica el accionar de los individuos y, dependiendo de la que se elija, se va a tener un mayor o menor número de agentes cooperadores (Ostrom, 1998).

En esta misma línea, Gary Miller (1992) afirma que la comunicación simple no es suficiente para escapar de los dilemas de acción colectiva, por esta razón, se hace necesaria una comunicación *cara a cara* entre los interesados o, lo que es igual, una comunicación *cercana*, que permita que los agentes desarrollen otros atributos prosociales. Para ilustrar esta situación, Sell y Wilson (1991) desarrollaron un experimento de bienes públicos donde los agentes involucrados podían enviar señales a los demás jugadores por medio de sus computadoras y encontraron que, en estos casos, la cooperación disminuía significativamente en contraste con el mismo diseño experimental, pero realizado *cara a cara*.

A propósito de las otras variables determinantes de los niveles de confianza, Hardin (1968) plantea, para explicar la *tragedia de los comunes*, que los intereses y los recursos no pueden ser simétricos, pues el egoísmo del ser humano lo obliga a anteponer su beneficio particular sobre el general. Sin embargo, Ostrom (2000) demuestra en sus análisis experimentales que sí es posible alinear los intereses de los actores involucrados cuando se logra comprender que los recursos

tenderían al exterminio si no se recurre a la cooperación. De la misma forma, Abimbola et al. (2014) demuestran que la gobernanza multi-nivel funciona y mejora la Atención Primaria en Salud (APS) de algunas comunidades en África, donde no se desprecian las potencialidades de la participación de actores diferentes al gobierno o autoridades sanitarias, concluyendo que los países de ingresos bajos y medios tienen posibilidad de implementar estrategias donde este tipo de actores den ideas, tengan voz y voto, y ayuden a reconocer las características de contexto de los territorios.

Para una mayor comprensión del papel que juegan los atributos en el beneficio neto individual y grupal, a continuación, se presentan unas ideas particulares de cada uno de ellos. Con respecto a la *reputación*, se reconoce que funciona en pequeños territorios, pues es un atributo que responde a comportamientos cotidianos. Debido a que las personas pueden observar, también pueden valorar las acciones de los demás individuos (Ostrom, 1987) y, en este sentido, la reputación se basa en el comportamiento entre dos personas, en las experiencias y en las posibles historias entre esas dos personas y los demás individuos de su territorio. En palabras de Nowak & Highfield, “siempre estamos juzgando en las impresiones que los demás nos dejan y nos mostramos más dispuestos a dar a alguien que tenga buena reputación, alguien que en su pasado haya ofrecido ayuda a los demás: no necesariamente a mí” (2012, p. 90).

Este ejemplo puede ilustrar la situación anterior: muchas personas acompañan a un enfermo grave en un hospital porque desean que también los acompañen cuando ellos padezcan una enfermedad grave. Así, a pesar de que el receptor del beneficio posiblemente va a morir y no podrá retribuir la acción, se asume que otras personas observan este comportamiento y, en un futuro, harán lo mismo con ellos.

Cuando se hace referencia a la *reciprocidad*, se habla del principio de dar y tomar (*Tit for Tat*), el cual considera que una persona toma la iniciativa de otorgar esperando recibir algo a cambio, “cuando te rasco la espalda, espero que tú rasques la mía”. Para garantizar este atributo debe haber un contacto repetido entre los participantes y una recordación de eventos anteriores (Nowak & Highfield, 2012). Así, se afirma, que *dar y tomar* entre dos o más participantes inicia con una acción cooperativa y, como es un juego que se repite múltiples veces, continúa siendo la respuesta al movimiento anterior del otro jugador. En este sentido, si un jugador falla y traiciona la confianza

del otro en una de las rondas, el otro jugador deserta y no coopera más (Nowak & Highfield, 2012). No obstante, la deserción no es una estrategia sencilla para ninguno de los jugadores porque, según Robert Axelrod (1984), existe una propiedad de *ser bueno* que invita a no ser el primero en desertar.

Por su parte, Ostrom (2000) afirma que la reciprocidad supone que los individuos involucrados estén dispuestos a identificar a todos los participantes. De esta manera, se determina: si los otros actores son “cooperadores” condicionales; si se quiere cooperar con esos otros actores porque se confía en ellos; si no se cooperará con aquellos que no actúan con reciprocidad y, finalmente, si se castigará a quienes abusan de la confianza.

Cabe advertir que con esta última apreciación no se quiere decir que los desenlaces positivos en asuntos de interés colectivo dependen exclusivamente de la confianza. En realidad, aspectos como las reglas y la jerarquía también son necesarios en múltiples escenarios, pues de ellos dependen, por ejemplo, el nivel de confianza que tengan los individuos y su voluntad para cooperar. Un caso que ilustra lo anterior es el hecho de que la mayoría de las personas confía en los doctores, pero no lo hace deliberadamente, sino porque esperan que estos vivan y se comporten de acuerdo con el juramento Hipocrático y con los estándares internacionales de la profesión médica (Fukuyama, 1995).

Todos estos atributos constituyen, entonces, las bases necesarias para consolidar un escenario propicio para la cooperación ante un problema de acción colectiva. Como se evidencia en el **Esquema 8**, hay una relación virtuosa y bidireccional entre la información previa, la comunicación cercana, las reglas en uso, la confianza, la reciprocidad y la reputación, lo cual indica que existen interacciones en diferentes vías entre las variables y, a su vez, el mejoramiento y posicionamiento de una de ellas, significa la mejoría de las demás. En todo caso, la confianza está en el centro, pues, además de ser determinante de los arreglos informales, ayuda a alcanzar resultados positivos y eficientes.

3.3. Las reglas en el marco del análisis institucional y de desarrollo

En su interés por comprender la naturaleza y la evolución de las instituciones, Ostrom explica en su libro *Comprender la diversidad institucional* (2015), cómo a partir de las reglas se establecen relaciones o interacciones humanas repetidas y estructuradas para ayudar a resolver problemas colectivos. Como se ha expresado, la autora, en su concepción institucionalista, propone una formulación teórica que busca superar los planteamientos de la teoría de la elección racional como única explicación del modo como los individuos toman decisiones. En este sentido, para Ostrom, al igual que para otros autores pertenecientes al institucionalismo, es necesario entender que las diferentes preferencias de los sujetos evidencian la existencia de distintas reglas y delimitaciones que no se pueden explicar exclusivamente a partir de postulados racionales como la idea del egoísmo.

De esta manera, los sistemas sociales no están solo gobernados por la consecución de un objetivo, sino que también se apoyan en reglas de comportamiento que reflejan la valoración que los individuos otorgan a las acciones o las estrategias. Así, Ostrom (2015) da importancia a las actitudes prosociales y a la capacidad de los individuos de pensar en colectivo, influenciados por sus propios valores y sus experiencias. En la misma línea, el trabajo de Serra, Serneels y Barr (2011) resalta la importancia de las motivaciones intrínsecas, además de las características extrínsecas que se tienen en cuenta para explicar el comportamiento de los individuos, sin que estas estén influenciadas por las ganancias económicas, en particular en las decisiones que hacen los trabajadores de la salud en Etiopía.

Como se explicó en el apartado metodológico, para analizar las instituciones y su diversidad, se hace uso del IAD propuesto por Ostrom (2015), el cual presenta un ajuste a la clasificación de los bienes propuesta por Samuelson y Buchanan (1965) y establece cuatro tipos de bienes: los recursos de uso común, los bienes públicos, los bienes privados y los bienes tarifa. Así las cosas, el marco contiene un conjunto de piezas conceptuales anidadas y policéntricas que los científicos sociales pueden usar en su esfuerzo por comprender las interacciones humanas y sus resultados en diversos escenarios. El IAD se diseñó buscando hacer posible el análisis de sistemas integrados a partir de un clúster de variables sociales en microterritorios.

El IAD es un marco que considera diferentes teorías y provee un lenguaje meta-teórico, por esta razón, se considera una evolución de la teoría de la elección racional, en la cual se agregan nuevas líneas de pensamiento como la teoría microeconómica, la teoría de la elección pública y constitucional, la teoría de los bienes públicos y bienes comunes y, especialmente, la teoría de juegos (Ostrom, 2011). Lo anterior para comprender y explicar cómo los individuos interactúan para tomar decisiones, cómo eligen y cómo asumen comportamientos para enfrentar y resolver las disyuntivas sobre los RUC y sus problemas de acción colectiva (Ostrom, 1987). En esta línea, a pesar de que en el marco de Ostrom se considera que los seres humanos son egoístas, también se asume que son portadores de acciones prosociales, basados en sus propias reglas y en el supuesto de que necesitan de los demás para sobrevivir.

El marco general contiene varios bloques: (1) las variables exógenas, (2) la arena de acción, (3) las interacciones y los resultados y (4) los criterios de evaluación. Inicialmente, cada una de las partes se descompone y se estudia de manera individual para, después, agruparlas en un solo bloque universal de comprensión. Dentro de las variables exógenas se encuentran: las *reglas en uso o vigor* que, como se ha indicado, son reglas que deben ser conocidas, compartidas, aplicadas y supervisadas y que, seguramente, son influyentes en el comportamiento de los individuos (Ostrom, 2015). Por definición, las reglas informales contienen estas características, sin embargo, esto no siempre sucede con las formales.

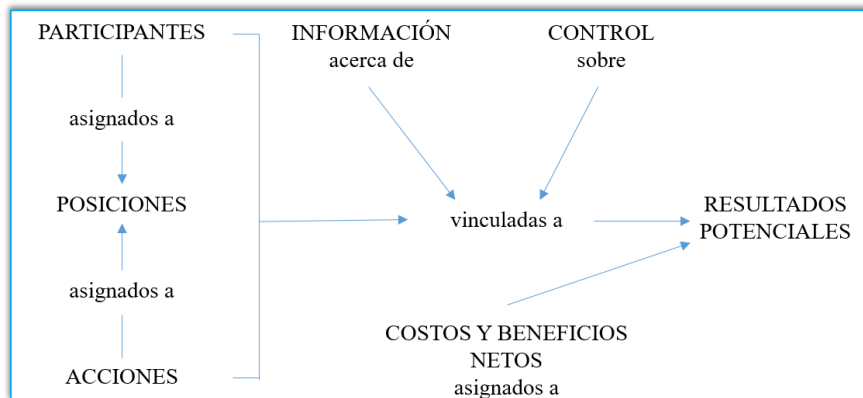
Dentro de las mismas variables exógenas se encuentran las variables biofísicas, las cuales se refieren a los contextos, los entornos de los bienes o servicios que están siendo parte del análisis y los atributos y las capacidades de la comunidad: sus valores, su concepción de la sociedad y su espíritu colaborativo. En el segundo bloque está la arena de acción que es el núcleo o el juego en sí mismo y, en ella, se consideran la situación de acción y los participantes, es decir, la interacción y las decisiones que toman los actores en un espacio y un momento determinados. El tercer bloque hace referencia a los resultados o las ganancias que se obtienen dadas las interacciones de los individuos y el comportamiento de las variables mencionadas. Finalmente, el cuarto bloque habla de los criterios de evaluación y seguimiento del rendimiento del sistema. El objetivo es, entonces, ubicar las variables exógenas que permiten modificar la situación de acción y, a su vez, realizar

cambios o choques en ellas para observar cómo modificarían la estructura de la situación y, por ende, las decisiones de los participantes.

En consonancia con lo anterior, se reconoce que los elementos del IAD son similares a las partes características de la representación de un juego en la teoría económica (Ostrom, 2010). Así, se parte de la identificación de los jugadores y de las estrategias que tiene cada uno de ellos; luego, se plantean las mejores respuestas que los demás participantes pueden dar en toda contingencia donde son llamados a actuar y, por último, se establecen los pagos que, en el modelo de Ostrom, se denominan resultados. En ambos casos, se pretende encontrar un equilibrio que deje a cada actor lo mejor librado posible. Sin embargo, en el modelo de Ostrom (IAD), se da un papel especial a las variables exógenas, reconociendo que las reglas y las características del contexto generan reacciones e influyen rotundamente los resultados esperados y las decisiones de los individuos.

A propósito de los elementos del IAD, Ostrom detalla e ilustra los movimientos que se dan en la situación de acción, entre ellos: (1) los participantes, (2) las posiciones que ocupan cada uno de los participantes, (3) los resultados potenciales que se pueden dar, (4) los vínculos que hay entre la acción y el resultado, (5) el control que ejercen los participantes, (6) las clases de información generada y a disposición y, finalmente, (7) los costos y beneficios asignados a las acciones y los resultados (2015, p. 52). Con el objetivo de dar claridad sobre la estructura y la relación de las variables mencionadas, a continuación, se presenta el *Esquema 9*.

Esquema 9. Estructura interna de una situación de acción



Fuente: Ostrom (2015).

Cuando se habla de los *participantes*, se alude a las personas o a los actores que están dentro de la situación de acción y son capaces de tomar decisiones dentro de un conjunto de posibilidades. De este modo, los participantes pueden ser individuos o actores colectivos y, por este motivo, es importante reconocer el número y los atributos de cada uno de ellos. Con respecto a las posiciones, se considera el orden de jugar de los participantes o si es posible que se dé una interacción simultánea. Así, una persona en una posición asignada adquiere un estatus que le permite disponer de unas acciones autorizadas. Por su parte, los resultados potenciales son una valoración de las ganancias, los costos y las recompensas que se tendrán dadas las acciones de los participantes (Ostrom, 1986).

Ahora, al asumir que las situaciones de acción configuran un escenario con acciones que los participantes deben repetir, es importante reconocer que, con base en la experiencia, los individuos modifican sus estrategias y atributos, configurando nuevas características de contexto y cambiando los resultados potenciales. Por ejemplo, si en un partido de fútbol, los participantes del equipo A entran a la cancha confiando en el juego limpio del equipo B, pero en los primeros quince minutos los jugadores del equipo B cometen faltas y juegan sucio, es muy probable que las estrategias implementadas por el equipo A cambien y que, incluso, se pierdan atributos como la confianza. Así, los resultados potenciales del encuentro futbolístico también cambiarían y la situación de acción en el intermedio del juego podría ser opuesta a la situación de acción al iniciar el partido.

Una de las preocupaciones principales de Ostrom es entender cómo las instituciones logran ser sostenibles a largo plazo y, al respecto, encuentra que son esenciales la cooperación y la buena utilización de los recursos por parte de todos los actores involucrados. Dicho de otro modo, la autora encuentra que la sostenibilidad de los diversos sistemas ambientales, económicos, sociales y políticos de los territorios depende del entendimiento por parte de los actores de que la única forma de conservar los recursos a través del tiempo es la cooperación y el cuidado de ellos.

Como se ha comentado, uno de los resultados más importantes de la aplicación del IAD es la evidencia de que para resolver los problemas que se presentan en la administración de los RUC, los actores pueden acudir a la cooperación y al accionar prosocial. En este sentido, Ostrom demostró que, dadas ciertas circunstancias, los seres humanos pueden solucionar problemas y

dilemas sociales (Ostrom, 2014). Algunas de estas circunstancias son: (1) que para obtener resultados óptimos se permite y estimula la comunicación (*cara a cara*) entre los participantes; (2) que aún en escenarios donde el monitoreo es costoso, los jugadores están dispuestos a pagar para sancionar a quienes incumplen los acuerdos o a quienes sobre-utilizan los recursos y, por último, (3) que los participantes son sujetos profundamente familiarizados con los problemas del gobierno de bienes comunes.

Así las cosas, Ostrom demuestra que “distintas comunidades de individuos han confiado en instituciones que no se parecen ni al Estado ni al mercado para regular algunos sistemas de recursos con grados razonables de éxito durante largos períodos” (Ostrom, 2000, pp. 25-26). La autora relata un ejemplo específico de esto:

A pesar de que esto no es un sistema de propiedad privada, los derechos para utilizar áreas de pesca y las obligaciones para respetarlos están bien definidos. A pesar de que no se trata de un sistema centralizado, los funcionarios locales aplican la legislación nacional, que otorga a dichas cooperativas la jurisdicción sobre “arreglos locales”, para legitimar el papel que desempeñan ayudando a la creación de un conjunto de reglas viable. El hecho de que los funcionarios locales acepten cada año los acuerdos firmados también aumenta la legitimidad. Sin embargo, la supervisión de las reglas y el acto de hacerlas cumplir se deja en manos de los pescadores (Ostrom, 2000, p. 50).

Considerando las teorías alineadas al marco propuesto por Ostrom y los supuestos mínimos que se deben garantizar para el funcionamiento de las reglas informales y de las instituciones como moduladoras del comportamiento y la toma de decisiones, se puede afirmar que el sistema de salud no está condenado a la tragedia de los comunes y aún hay elementos que pueden ayudar a que se recuperen y se reestructuren los atributos prosociales de los actores. Asimismo, se debe propender por la comunicación cara a cara, la disposición a pagar para hacer cumplir las reglas, la gradualidad en la sanción, el conocimiento de los problemas de acción colectiva, las redes de confianza y el compartir un futuro común.

Finalmente, se reconoce como otro acierto de este trabajo, la concepción de la atención en salud como un RUC. Esto en la medida en que dicho proceso cumple con las características de altos nivel de sustracción y de dificultad para la exclusión, lo cual, en palabras del sector, se traduce, respectivamente, en una pérdida de oportunidad para recibir una atención, un medicamento o una

tecnología por la escasez y en la cobertura universal. Lo anterior permite relacionar la intención de entender el comportamiento de los agentes del sistema y la lógica del marco propuesto por Ostrom.

Llegados a este punto, es posible decir que la construcción teórica logra evidenciar la relación existente entre reglas, confianza y cooperación, lo cual, a su vez, clarifica la coexistencia de apuestas formales e informales en ambientes considerados muy formales como, por ejemplo, los del sector de la salud. Además, siguiendo el desarrollo metodológico trazado, se definen los conceptos de *regla informal* y *confianza*, lo cual robustece el análisis institucional y traza nuevas posibilidades para afirmar que “la salud tiene arreglo”. Como se verá, dicho arreglo corre por las venas de los profesionales de la salud y se materializa en sus interacciones. En definitiva, los arreglos informales anclados a la confianza son el remedio a los males que genera la regla formal.

4. Hallazgos empíricos

“No necesitas alianzas formales con aquellos en quienes confías”

Juego de Tronos

Si bien uno de los aportes principales de esta tesis doctoral es la definición de regla informal y el análisis del acervo institucionalista que hay detrás de ella, la exploración de campo es importante y aporta evidencia para los tomadores de decisión en el país. En esta sección, además de presentar los resultados del experimento deliberativo, se realiza un análisis de las entrevistas realizadas a expertos en el sector de la salud (grupo que se ha denominado, desde la metodología, *visión externa*) y a coordinadores de UCI-Neonatales (*visión interna*). Como se verá, dichas entrevistas configuran otro argumento que visibiliza los problemas que atraviesa el sector de la salud, entre ellos, la fatiga normativa, tema central de este trabajo.

Igualmente, las entrevistas demuestran el uso de reglas informales en el sector de la salud y el hecho de que los espacios y las organizaciones formales también alojan actitudes cooperativas que se manifiestan en la comunicación cercana, la confianza entre los actores involucrados y los acuerdos informales que modifican algunos resultados para el sector. Cabe precisar que dichos cambios no se dan a gran escala ni se convierten en una característica sistémica del sector, pero sí se presentan en ambientes hospitalarios, donde se ha logrado impactar positivamente la calidad de vida de pacientes y comunidades. Teniendo esto claro, se presentan los resultados y principales hallazgos de la exploración de campo.

Para cumplir con los objetivos planteados, y teniendo en cuenta las variables que Ostrom considera fundamentales para la realización de un análisis institucional, este capítulo se desarrolla en seis secciones: (1) la descripción del marco regulatorio del sistema de salud colombiano y su relación con las demás funciones del sistema; (2) el análisis de la visión externa, haciendo visible los elementos que conversan o difieren con los hallazgos teóricos; (3) una aproximación al contexto de la unidad de análisis, específicamente, las UCI-Neonatales de Antioquia, incluyendo el número de camas en el departamento, las funciones de estas unidades y las características que alimentan el IAD; (4) el análisis de la visión interna de coordinadores de UCI-Neonatal, lo cual

complementa la visión externa y evidencia de manera contundente la presencia y el funcionamiento de reglas informales en espacios tan formales como las UCI; (5) los resultados y hallazgos del experimento deliberativo y, por último, (6) el análisis institucional y de desarrollo de una UCI-Neonatal.

4.1. Arena constitucional del sistema de salud

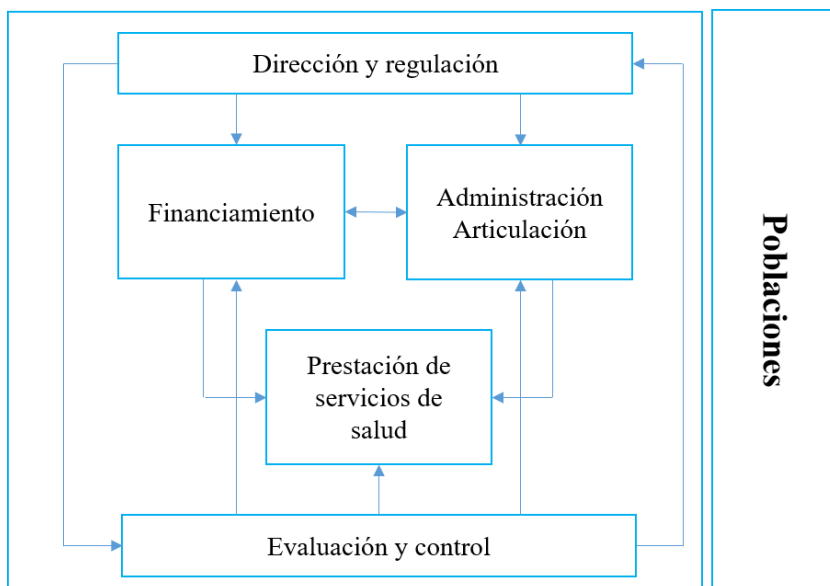
Hasta el momento, se ha mencionado la importancia que tienen las reglas *en uso* en sus diferentes niveles (constitucionales, selectivas y operativas) en los análisis institucionales donde hay bienes de uso común. Teniendo esto en consideración, este apartado pretende ser un insumo para entender la regulación en el sistema de salud colombiano en los últimos años y para, además, dimensionar el impacto que las reglas formales e informales han tenido en las decisiones de los agentes y en los resultados que se obtienen, particularmente, en la atención en una UCI-Neonatal, nuestra arena de acción.

Desde la perspectiva institucionalista, la regulación en el sistema de salud se puede ver como un conjunto de instituciones formales que propende por la organización y la armonía en las relaciones de los actores y las instancias que hacen parte del sistema. Así, podría afirmarse que la regulación es una *función pública* que limita las acciones y las estrategias de los individuos y las organizaciones que participan en los mercados que hacen parte del sector de la salud garantizando, de este modo, el bien común (Mitnick, 1989). Dentro de las particularidades de dicha función, se evidencian dos elementos principales: en primer lugar, el objeto de regulación que son las reglas que se expresan en leyes, decretos, resoluciones, entre otras y, en segundo lugar, el sujeto sobre el que recae la función de regulación o, en otras palabras, los organismos que proporcionan una estructura y un orden en las relaciones de los agentes y las personas (GES, 2002).

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se presenta un cambio en el sistema de salud hacia un modelo de seguro público universal. Esta reforma busca la especialización del sistema y, para ello, desagrega funciones que antes estaban a cargo de una sola entidad y se las asigna a diferentes

organismos. Esto se conoce como *desintegración vertical*²⁰ y, en nuestro caso, fue un fenómeno que exacerbó la creación de mecanismos de regulación para facilitar la relación entre actores y para equilibrar los intereses de las antiguas y nuevas organizaciones del sistema (GES, 2002). Ahora bien, las funciones básicas del sistema de salud colombiano son: dirección y regulación, financiación, administración o articulación (aseguramiento), prestación de servicios y, por último, evaluación y control. Como se evidencia en el **Esquema 10**, estas funciones se interrelacionan.

Esquema 10. *Funciones básicas del sistema de salud colombiano*



Fuente: elaboración del autor con base en Londoño y Frenk (1996).

Uno de los insumos necesarios para describir la *arena de acción* donde se sitúan y tienen lugar las interrelaciones entre actores, es la comprensión del contexto y de las reglas constitucionales en uso, es decir, el entendimiento del *status quo*. De este modo, es posible evidenciar las limitaciones con las que se enfrentan los individuos a la hora de configurar su conjunto de estrategias y acciones. Así, con el objetivo de exponer la intención de las funciones del sistema de salud y analizarlas en el marco de la regulación, se presenta una breve definición de estas y sus aspectos fundamentales.

²⁰ La *integración vertical* en el sector de la salud hace referencia a la coordinación, por parte del gobierno, de los servicios de atención a través de la cadena de valor del sistema de salud, facilitando la relación y comunicación entre los oferentes de servicios (Restrepo Zea et al., 2006). En este orden de ideas, la *desintegración vertical* pretende dar autonomía territorial y pasar de tener muchas funciones concentradas en una entidad central, a buscar la interacción de diferentes organismos que se especialicen en determinados procesos de la cadena de valor del sistema.

La *dirección* se relaciona con la rectoría, conducción, regulación, modulación y garantía del sistema, lo cual se da a través de políticas, reglas e instrumentos que las autoridades competentes proponen buscando cumplir los objetivos, las metas, y el desarrollo de los principios definidos en el país. Esta función es considerada la forma de gobierno del sistema y, generalmente, es responsabilidad del Estado y, en el caso colombiano, del MSPS. La conducción se refiere a la capacidad de orientar a las personas, los técnicos y las organizaciones que participan en el sistema, es decir, alude a un asunto de gobernabilidad. Por su parte, la regulación se refiere al marco y al diseño normativo sanitario que busca establecer orden, relaciones estructuradas, derechos y deberes (Brito, 2004). Cabe precisar que, en los últimos años, instancias que no fueron contempladas inicialmente en el diseño del sistema han asumido esta función como, por ejemplo, la Corte Suprema de Justicia, las personerías, la Superintendencia Nacional de Salud y los jueces.

Por otro lado, la *modulación* es la competencia de armonizar las funciones y los recursos del sistema de salud para que exista eficiencia, desarrollo equilibrado, complementariedad y secuencialidad. En Colombia, esto es un asunto técnico y constituye una obligación del MSPS. A su vez, la *garantía* es el compromiso, la promesa y el desarrollo de ejecutorias para lograr asuntos esenciales convenidos, por ejemplo, responder por el acceso, la cobertura y el trato digno a las personas (Blum, 1971).

En las últimas décadas, el concepto de gobernanza viene ganando espacio en la discusión y se define como el arte de liderar y gobernar los asuntos de interés público bajo la responsabilidad del Estado, pero ampliando la participación a las instituciones privadas y a la sociedad civil (Dodgson et al., 2002). En este sentido, se considera la propuesta de la gobernanza como la modalidad óptima de gobierno, que permite el desarrollo de alternativas para la regulación, en la medida en que se puede tener una perspectiva más global e integral de las problemáticas y soluciones en salud a nivel local (Hufty, Báscolo, y Bazzani, 2006). Una muestra de la importancia de este concepto se encuentra en el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022, el cual plantea en el pacto *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible para todos* el objetivo de “fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio” (Colombia, Presidencia de la República, 2018, p. 214).

Cuando se hace referencia a la *financiación*, se tienen en cuenta tres componentes: en primer lugar, las *fuentes de recursos*, es decir, si son impuestos generales, impuestos específicos, aportes parafiscales o de contribución de empresas y empleados, pago de bolsillo y donaciones. A su vez, estas fuentes se agregan en el segundo componente que se denomina *fondos y presupuestos*, el cual se encarga de distribuir los recursos para, fundamentalmente, la administración y la prestación de servicios de salud, lo que configura el tercer componente conocido como el *gasto en salud*.

Con la entrada de la Ley 100 de 1993, hubo un cambio significativo en la regulación de la financiación en el país. De este modo, las fuentes de recursos pasan a ser los impuestos específicos, las cotizaciones de empleadores y empleados, que configuran la mayoría del ingreso con cerca de un 42%, los impuestos generales y otras rentas, que alcanzan el 42,2%, y el pago de bolsillo que se redujo sustancialmente luego de la reforma, pasando a ser, aproximadamente, el 15,8%. Además, con la Ley 100 de 1993, se crea la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), antes llamada Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), que es un fondo común que se encarga de recoger todos los recaudos del sector y, a través de la UPC, asignar los recursos a los diferentes regímenes de seguridad social en salud. Con estas características de la financiación, es posible decir que, a partir de la Ley 100 de 1993, se incentiva la competencia entre los prestadores de servicios de salud, dentro de las cuales están incluidas las UCI-Neonatales, propiciando un espacio donde la cooperación y las actitudes prosociales se vuelven más complejas. Por último, cabe precisar que esta función es la más reglada del sistema.

Continuando con la *administración* y la *articulación* del sistema de salud, se establece que esta función es la encargada de articular y coordinar la asignación y distribución de los recursos, además de la gestión del riesgo en salud. En este sentido, se puede considerar un puente entre la financiación y la prestación de los servicios de salud. Anteriormente, la administración y la articulación del sistema era absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se había mantenido como una función implícita. No obstante, una de las innovaciones más importantes en las propuestas de reforma ha sido explicitarla y asignarle responsabilidades (Londoño y Frenk, 1996).

Esta función corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama “organización y gerencia del consumo de la atención”, pues abarca las compras masivas de recursos, la administración de riesgos en salud, la construcción de perfiles epidemiológicos, la defensa de los usuarios ante las vulnerabilidades, el control del gasto, entre otras. En Colombia, esta función ha sido responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Inicialmente, la regulación hacia las aseguradoras en salud estaba compartida entre el MSPS, quien se encargaba de la operación o de temas técnicos del aseguramiento en salud y el CNSS (posteriormente la CRES), quien se encargaba del Plan de Beneficios, el valor de la UPC, el valor de los copagos, las cuotas moderadoras y el control de los problemas típicos de los mercados de seguros como *selección adversa*²¹ y *riesgo moral*²².

La función de *prestación de servicios de salud* tiene como propósitos: facilitar el acceso a los servicios de salud, garantizar la atención y lograr desenlaces positivos en salud. Por su parte, la regulación para los prestadores de servicios de salud tuvo un cambio significativo, logrando la competencia de instituciones del sector privado y sector público, pues, inicialmente, la regulación permitió la entrada de firmas privadas prestadoras de servicios en salud. Como consecuencia de esto, se genera un incremento en la oferta de servicios de alto costo, como las UCI-Neonatales. Posteriormente, las reglas se enfocan en el campo de la calidad y la habilitación obligatoria para los prestadores de acuerdo con los niveles de complejidad²³, cada vez más exigentes, lo cual ha

²¹ La *selección adversa* es uno de los fallos del seguro privado de salud. Este concepto hace referencia a la posibilidad de que las aseguradoras médicas seleccionen pacientes con menores riesgos en salud y nieguen un seguro a personas con mayores riesgos. Por su parte, los pacientes también podrían incurrir en esta práctica, pues al tener conocimiento de que tienen un menor riesgo en salud no comprarían un seguro privado y, en el caso contrario, acudirían inmediatamente al mercado de seguros para adquirirlo (Restrepo, Atehortúa, & Rodríguez, 2008).

²² El *riesgo moral* habla de la situación en que los individuos modifican sus estrategias o acciones cuando son cubiertos por un seguro de salud debido a que no son responsables de los costos totales de sus acciones (Pauly, 1968). El riesgo moral se presenta porque las organizaciones aseguradoras no puede monitorear las acciones en las que incurren sus asegurados, problema que se reconoce en economía como *asimetría en la información* (Restrepo et al., 2008).

²³ Los servicios de salud presentan una clasificación de acuerdo con su nivel de complejidad, así: (1) las instituciones de alta complejidad o tercer nivel, que se caracterizan por prestar atención en salud compleja o especializada, con tratamientos y tecnologías sofisticadas y, generalmente el recurso humano es de subespecialidad (i.e. unidades de cuidados intensivos, unidades para el tratamiento de cáncer, etc.); (2) las instituciones de nivel intermedio o segundo nivel, donde se resuelven problemas de mediana complejidad que deben ser tratados por especialistas (i.e. maternidad, ortopedia, cirugía general, etc.) y (3) las instituciones de baja complejidad o primer nivel de atención, donde se atienden la mayoría de pacientes con patologías comunes y se prestan los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que, además, pueden ser atendidos por un equipo básico (i.e. médicos generales, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, etc.) (Gómez, Toledo y Jiménez, 2013).

producido, en los últimos años, barreras para la entrada de nueva oferta y complejidad para administrar y prestar los servicios de salud.

Otro elemento importante dentro de la prestación de servicios se refiere al hecho de que cada unidad de servicios debería estar articulada en la red de servicios de salud con otras instituciones para garantizar una atención integral. De esta forma, se podría asegurar una alta capacidad para resolver los problemas de salud de los individuos y de la población. Esta función se reconoce a nivel global como Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS). Ahora, a pesar de reconocer la importancia de la atención en salud por niveles y en red, la regulación ha estimulado la fragmentación de los servicios de salud y la dificultad para la conformación de redes integradas.

Con respecto a este aspecto, existe un manual de regulación tarifaria hospitalaria que es de obligatorio cumplimiento para las Empresas Sociales del Estado (ESE); mientras las IPS privadas se rigen por las tarifas de mercado. Así, se evidencia que, para las ESE o instituciones de carácter público, hay todo un marco regulatorio que delimita su accionar, pero no sucede lo mismo con las instituciones privadas que, estando en el mismo mercado de prestación de servicios de salud, tienen mayor autonomía en sus estrategias y acciones.

Por último, la función de *evaluación y control* reúne las instancias, personas y organizaciones responsables de garantizar que los objetivos del sistema se cumplan. Lo anterior, a través de procesos de inspección, vigilancia, control y sanción, donde se encuentran la rendición de cuentas y las auditorías a las entidades del sistema. Esta actividad se puede ejercer a nivel macro y a nivel microterritorial. Con el cambio en la regulación, la Superintendencia Nacional de Salud se vuelve un organismo regulador y, así, pasa de ejercer solo labores de inspección y vigilancia, a expedir reglas para los actores del sistema como, por ejemplo, la regla para la habilitación y permanencia de las aseguradoras del sistema (Decreto 1683 de 2019).

Independiente del diseño y la estructura del sistema, se han presentado fallos en la regulación. Uno de ellos se hace evidente al considerar las relaciones entre las entidades reguladoras, pues se caracterizan por la confrontación de intereses y los conflictos de poder que debilitan o desvían la función de regulación. Por otra parte, se observan problemas de información que hacen que las

estrategias y acciones de las entidades sean ineficaces en su aplicación. En este sentido, hay un fallo regulatorio relativo a la coherencia de las decisiones de los actores involucrados. Finalmente, se evidencia una sobreproducción normativa y una inconsistencia temporal de las normas con los problemas que pretenden resolver (GES, 2002).

En consonancia con lo expuesto, es posible decir que esta sección evidencia la importancia de considerar las variables exógenas (reglas constitucionales, selectivas y operativas) a la hora de estudiar las relaciones y los resultados de cualquier espacio de negociación. En particular, es claro que el sistema de salud colombiano se modifica a partir de la Ley 100 de 1993, la cual busca, a través de su regulación formal, propiciar la atención oportuna y equitativa a los ciudadanos, abriendo la posibilidad de reportar y hacer uso de mecanismos como los derechos de petición, las acciones de tutela, entre otros. Estos elementos, además de las reglas informales, los atributos de la comunidad y las demás condiciones del contexto, impactan la sostenibilidad y los resultados del juego o, mejor dicho, los resultados en salud de los individuos y las poblaciones.

4.2. Visión externa: expertos y actores del sector salud

En este apartado se consolida la *visión externa* construida a partir de las apreciaciones de trece expertos del sector de la salud, los cuales se desempeñan en el ámbito público y privado y, además, incluyen algunos gerentes de IPS. Para efectos del análisis cualitativo, y como posible material de consulta, en el *Anexo I* se presenta el instrumento que se usó en la entrevista semiestructurada y se relacionan las respuestas que dieron cada uno de los expertos a los diferentes cuestionamientos planteados.

La regulación del sistema es nuestro contexto o escenario problematizador. Por esta razón, era un tema obligado de consulta con los expertos y, además, constituye un insumo para corroborar y dar peso a los argumentos presentados en el planteamiento del problema. Por otra parte, como se menciona en la metodología, también se preguntó a los expertos por las reglas informales, su entendimiento y su uso en el sector de la salud. De igual forma, se les dio la posibilidad de mencionar experiencias que hablaran de la operatividad y el funcionamiento de dichas reglas, argumentando la existencia de la informalidad en sectores y ambientes formales. Teniendo todo

esto en consideración, a continuación, se realiza un análisis de los planteamientos, las premisas y las percepciones de los expertos.

4.2.1. Percepción sobre la regulación del sector de la salud en Colombia

De la misma manera como se interpreta la regulación en salud en el planteamiento del problema, se extrae de los expertos la impresión de que el sistema ha estado acompañado por reglas excesivas, lo cual ha llevado a dificultades en la comprensión y la apropiación. Así, en sus declaraciones, los actores entrevistados muestran descontento y plantean la necesidad latente que tiene el sector de la salud de implementar estrategias novedosas para enfrentar las problemáticas del sistema. Las afirmaciones de los expertos resultan reveladoras y evidencian una fatiga generalizada ante la creación de reglas adicionales para el sistema. Esto se materializa en frases como: “aquí creemos que con normas todo lo vamos a solucionar” (Experto 11).

Por su parte, uno de los entrevistados mencionó tres características de la regulación en salud que, claramente, dan cuenta del descontento que se tiene con el tema: “las palabras que pueden definir el marco regulatorio colombiano son: sobrerregulación, incoherencia en la regulación y que no atiende lo esencial” (Experto 06). Estas problemáticas también han sido mencionados por Restrepo y Rodríguez (2005), Muñoz et al. (2009) y Suárez et al. (2017), quienes, en sus trabajos, evidencian las dificultades que ha tenido el sistema de salud en la creación e implementación de reglas que respondan efectivamente a las problemáticas de los individuos y comunidades; que sean claras para que los actores involucrados se sientan representados, incluidos y responsables de su cumplimiento y, finalmente, que inviten a la autonomía de los territorios para resolver fenómenos particulares.

Más evidencia sobre los problemas de la regulación en el sector, se encuentra en las contundentes expresiones de los demás expertos, entre ellas: “el problema central que identifica la regulación en salud en el país es una legislación exagerada hasta más no poder, explicada por el pulso ideológico y la mercantilización de la salud” (Experto 03), haciendo nuevamente alusión a la sobreproducción de reglas como un problema central y que requiere intervención. Sin embargo, cabe destacar que uno de los entrevistados considera que “las normas han sido insuficientes e

ineficientes para el modelo colombiano” (Experto 01), lo cual indica que, para algunos individuos, se siguen necesitando más reglas en el sistema que le apunten a temas como el de la eficiencia.

Estos comentarios, no solo son argumentos que corroboran la vigencia e importancia de los problemas que se abordan en el trabajo, sino que permiten extraer nuevos elementos relacionados con la coherencia y la eficiencia de la normatividad actual. Para explicar estos fenómenos, los expertos sostienen que “se cuadra todo desde el escritorio, sin claros conocimientos del territorio” (Experto 08), lo cual, en consonancia con lo propuesto por Ostrom, recalca la importancia de las variables de contexto para tener un impacto efectivo en los resultados de determinados escenarios.

Por otro lado, las reglas en uso se vuelven fundamentales porque reducen la incertidumbre en los procesos de negociación o de relacionamiento con otros agentes. No obstante, los actores manifiestan no sentirse representados por las reglas del sistema de salud, lo cual trae graves consecuencias como la fragmentación y la disputa entre agentes. Además, el exceso reglamentario se ha convertido en justificación para el no cumplimiento o la ineficiencia de algunos actores. Argumentando lo anterior, el Experto 11 menciona “tenemos una cantidad de normas que son una frustración, para lo cual se genera una nueva ley esperando que cumpla los propósitos de la anterior”.

Sumado a lo anterior, hay situaciones puntuales en las que los actores reconocen la ineffectividad de las reglas actuales. Un ejemplo que ilustra esta situación se cita a continuación:

Se podría afirmar que estas leyes y normas del sistema no han sido efectivas, ejemplo de ello la regulación para EPS-IPS, donde se evidencian reglas que ni siquiera son realistas, lo cual ha generado un doble efecto negativo, primero se incumple la ley porque no se podría dar trámite a lo que la ley dispone en muchos casos (i.e. que las EPS deben pagarle a las IPS a los cinco días hábiles luego de la prestación del servicio), y segundo, se genera una situación desmoralizante, porque la sensación general es que *aquí nada se cumple* (Experto 13).

Del caso anterior, se puede inferir que, en algunas ocasiones, la *transgresión* de la norma o su incumplimiento no es un acto adrede de los agentes del sistema. De esta manera, al no existir un diseño de reglas realista, a veces se vuelve imposible llevar a cabo lo dispuesto en ellas. En este

sentido, es importante reconocer que no siempre la regla es la que genera efectos positivos, sino el conocimiento y la experiencia para resolver problemáticas en la práctica. Esto es ilustrado por uno de los expertos cuando afirma que “alguien puede seguir una receta al pie de la letra, pero no obtiene una buena comida, otro por su experiencia y flexibilidad, no sigue estrictamente la receta y puede llegar a buenos resultados; buena comida” (Experto 06).

Otros retos identificados por los expertos son la competencia y las dificultades para el trabajo en red en el sector, situaciones que develan un escenario de egoísmo y desconfianza. Al respecto, el Experto 12 menciona que “cada actor hace lo que quiere defendiendo sus intereses. Ante esta situación, el mecanismo que ha surgido es un relacionamiento de los actores mediante contratos”.

Ahora, si bien es cierto que la mayoría de las apreciaciones giran en torno a los problemas de la regulación en el sector, también hay quienes reconocen que se han dado momentos en los que se han hecho esfuerzos por tener una normatividad razonable y apropiada. Como afirma el Experto 11, este es el caso del ministerio de Sara Ordoñez, en el cual se expidieron muy pocos decretos porque la premisa de la ministra era que había que “desdecretar” el sistema de salud, planteando, además, la necesidad de una compilación de normas.

Por último, cabe mencionar que los entrevistados proponen algunas alternativas de mejora para que la regulación sea más eficiente y genere un impacto positivo en la sostenibilidad y en los resultados de salud de la población. De dichas propuestas, vale destacar la idea de que “el papel del gobierno debería ser la propuesta y puesta en marcha de un marco normativo que a su vez permita formas de autorregulación y autoorganización. Una inversión difícil, pero donde la gente se la juega, se casa y se compromete” (Experto 08).

Después de analizar el contenido de las entrevistas y de identificar los términos que sintetizan el sentir de los expertos respecto de la regulación del sistema de salud, se priorizan algunas palabras clave teniendo en cuenta su frecuencia. En el *Esquema 11*, se observan dichas palabras y su tamaño está directamente relacionado con el número de veces que los expertos las mencionaron.

Esquema 11. Palabras claves para describir la regulación del sistema de salud



Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a expertos del sector, en software NVivo 12 Pro.

Así las cosas, es común que, al indagar por la regulación del sistema de salud, se perciba cierto cansancio entre los actores del sector. Este es un tema que ha generado múltiples discusiones entre los tomadores de decisiones, pero donde no se ha logrado vislumbrar una posible solución. De los términos que se relacionan en la nube de palabras, se destacan expresiones relativas a la desconfianza, a los contratos y a la burocracia, las cuales contribuyen a la hipótesis del trabajo, pues evidencian que, contrario a las reglas informales, las formales pueden generar desconfianza o, en otras palabras, su promulgación desmedida refleja problemas en las relaciones entre agentes y discrepancias en los objetivos que se pretenden alcanzar.

4.2.2. Definición de regla informal

Al indagar por la definición de regla informal, fueron inevitables los comentarios relativos a las reglas en general, lo cual permitió resaltar su importancia en las relaciones humanas y en los asuntos de interés colectivo. En consonancia con lo que afirma North (1991), se reconoció el rol que tienen las reglas en la sociedad y, en particular, se destacó su propósito de facilitar las

interacciones humanas buscando establecer un orden social, ser fuente de estabilidad, generar confianza y reducir la incertidumbre. Adicionalmente, los expertos recalcaron la necesidad de formular reglas que respondan efectivamente a los problemas territoriales y que representen a los agentes involucrados en el sector (Experto 11).

Respecto a las reglas informales, se reconoce su existencia y se relacionan con pactos o acuerdos entre actores e individuos que tienen voluntad para hacerlo. Esto es similar a lo que sugiere la literatura sobre la conexión entre la informalidad y la confianza, recordando que esta última es una decisión que dialoga con actos voluntarios. Además, cabe destacar un testimonio particular que permite entender las dinámicas de las reglas informales en el marco de la formalidad: “las reglas informales no son ilegales, ni ilegítimas, son una forma de buscar salida legal, pero práctica y de común acuerdo a través de relaciones de confianza a los procesos y problemas” (Experto 08). De esta percepción, se puede colegir que las reglas informales no funcionan solo en escenarios informales, sino que, por el contrario, son una oportunidad para desatar la creatividad y la recursividad ante problemáticas que las reglas formales no han podido resolver o no han enfrentado en su totalidad.

“Esto comienza cuando decimos *sentémonos* porque tenemos un problema común y hay acuerdo de voluntades para resolver” (Experto 04). Nuevamente, se hace evidente la necesidad de voluntad entre los interesados para que las reglas informales tengan éxito en asuntos de interés colectivo. De este modo, se trata de plantear reglas más inclusivas y que permitan desatar actitudes prosociales entre las partes. Solo de esta manera es posible identificar los problemas comunes y, a su vez, garantizar el funcionamiento de este tipo de reglas.

Ahora, si bien algunos actores reconocen que las reglas informales son importantes y capaces de modular el comportamiento de los individuos, también hay expertos que subvaloran este tipo de reglas, afirmando, entre otras cosas, “el término regla informal lo asumo como si el Estado dijera a las personas *arréglense entre ustedes*” (Experto 09) y “en algunos casos la regla informal se reconoce como la *ley de la selva*” (Experto 07). Así, también es claro que las reglas informales pueden ser asociadas a escenarios desfavorecedores que le quitan su potencialidad para resolver asuntos de interés público.

De las bondades de las reglas informales que los entrevistados destacan se encuentran la oportunidad y la coherencia con las realidades territoriales. Esto último evidencia un contraste entre las reglas formales e informales que se hace explícita en la siguiente apreciación: “una gran diferencia de las reglas informales con las formales es que estas últimas tienen un período de tiempo no sincronizado con la realidad, *son más lentas*, cuando llegan no son tan oportunas, ni pertinentes” (Experto 07). En esta línea, hay quienes mencionan que existen situaciones, procesos y fenómenos donde la regulación formal no es una solución viable, mencionando que “a uno no lo acuestan por decreto” (Experto 08).

Sumado a lo anterior, se pregunta a los entrevistados por el papel de la confianza en el funcionamiento de las reglas informales. En general, los expertos afirman que, efectivamente, las reglas informales están basadas en la confianza, sin embargo, algunos de ellos manifiestan que esta es un atributo casi ausente en el sector de la salud. Dentro de los planteamientos que los entrevistados hicieron sobre la confianza, cabe destacar los siguientes: “yo confío en mi banco porque sé que no me ha tocado un peso” (Experto 09) y “la confianza tiene tres componentes: competencia, confiabilidad y sinceridad” (Experto 13). Para explicar la última afirmación, el Experto 13 propone un ejemplo:

Yo te digo, Gabriel tú tienes un vuelo ahora a las 7:00 pm, entonces tranquilo que yo te llevo al aeropuerto en moto, entonces tú piensas, bueno, Gabriel M. sabe manejar moto, sí, hay que evaluar primero la competencia, luego piensas, realmente Gabriel M. me quiere llevar, o sea, es sincero, sí, pero cuando evaluas si es confiable, te acuerdas que las últimas tres veces que he quedado en algo contigo, aparezco una hora tarde. En esta línea, tendría la competencia, soy sincero, pero no soy confiable.

Nuevamente, se priorizan las palabras clave teniendo en cuenta su frecuencia. En el *Esquema 12*, se observan las palabras usadas por los expertos para definir las reglas informales y su tamaño está directamente relacionado con el número de veces que los expertos las mencionaron.

Esta es una de las motivaciones para que las partes opten por estrategias cooperativas y no incumplan con lo pactado. De esto último, surge otro atributo que la literatura reconoce como necesario para el funcionamiento de los acuerdos y las reglas informales, a saber, la reputación, la cual, como se ha dicho, está basada en las experiencias o en las relaciones que se haya tenido con otros actores, que permitan disminuir la incertidumbre frente a las actuaciones de los demás.

Aunque el análisis de la reputación no es la temática central de este estudio, constituye un asunto valioso para futuras indagaciones. En este sentido, vale la pena intuir su valor y su presencia en estos escenarios formales del sector de la salud, pues, como dice Ostrom (1987), se reconoce que funciona en pequeños territorios, donde es posible observar comportamientos cotidianos y juzgar las acciones que los individuos hacen con sí mismos y con los demás (Nowak, 2006).

Por su parte, se puede decir que los expertos tienen apreciaciones prometedoras sobre el uso de este tipo de reglas y, al respecto, añaden que deberían ser aplicadas en distintos escenarios. Así, uno de ellos expresa que “desde la filosofía, podríamos asumir las reglas formales como aquellas que demarcan el *mínimum* y las informales el *máximum* o sea lo aspiracional. Algunas políticas públicas deberían desprenderse o crearse desde lo aspiracional” (Experto 06). En este sentido, se hacen necesarias habilidades de los agentes del sector para lograr concretar estas reglas y llevarlas a campo. Sobre este respecto, uno de los participantes afirma que “la articulación con actores del sistema depende de la creatividad, el liderazgo y las capacidades de congregar para actuar” (Experto 07). Esta última alusión es muy relevante porque manifiesta atributos que no suelen ser considerados a la hora de pensar en formular reglas informales.

No obstante, cuando el interrogante migra a cómo integrar las reglas informales y la confianza en los procesos de decisión del sistema de salud colombiano, no se hacen esperar las apreciaciones relacionadas con las debilidades del sector, la falta de confianza de los agentes y la baja credibilidad del sistema ante la sociedad. En este sentido, no se pueden dejar a un lado afirmaciones como “no nos une la confianza, sino el fantasma de la crisis” (Experto 03) y “las redes de servicio y las relaciones entre los actores del sistema no funcionan adecuadamente porque no hay confianza y porque no hay reglas claras” (Experto 09). Esto último evidencia que hay debilidades estructurales en el sistema que deben corregirse para propiciar mejores resultados de la regulación.

Además, es claro que, si bien lo deseado es que las relaciones entre los individuos estén mediadas por la confianza, no se puede ser ingenuo y se debe reconocer que, para que estas resulten en la práctica, se necesitan esfuerzos.

Por último, los expertos mencionan experiencias donde consideran que se usan exitosamente las reglas informales. Entre ellas, se encuentran: “el clúster de la salud en Medellín, *health city*” que, de manera voluntaria, establecen reglas para atender pacientes internacionales; la “red metropolitana de salud (REMES)”, quienes pudieron establecer mecanismos para aplicar vacunas de manera coordinada sin importar si las personas pertenecían a municipios diferentes donde solicitaron el servicio; “la Mesa Antioquia por la Salud” donde se sientan personas a aportar ideas y reflexionar por un mejor sistema, lo hacen de manera voluntaria, periódica y sin ningún tipo de formalismo como registro de asistencia, actas, etc. (Experto 08). Igualmente, se indica que “un ejemplo de autoorganización parcial se evidencia en la red de servicios en Bogotá, formándose rutas integrales no por la fuerza, sino con procesos de creatividad e innovación. Hospitales que antes eran autónomos hoy se tratan como hermanos” (Experto 07). A manera de conclusión, se puede afirmar que los entrevistados consideran que es necesario realizar esfuerzos desde la academia y la formación profesional para que los individuos prioricen la cooperación sobre la competencia y, adicionalmente, perciben que “en ambientes hospitalarios las reglas informales están reflejando el estilo de liderazgo, son muy fluidas y flexibles y permiten el cambio fácilmente” (Experto 06). Estos comentarios ponen al aprendizaje como clave para lograr reglas informales efectivas, trabajar en confianza y resolver problemas de acción colectiva.

Cuando los expertos se refieren al impacto de las reglas informales, nuevamente contextualizan sobre el uso de estas, pues afirman que no es posible hablar de impacto sin antes tener condiciones que permitan y garanticen el uso y funcionamiento de este tipo de reglas. Al respecto, mencionan que “es difícil que en los prestadores de salud se desarrollen este tipo de reglas informales si no se cambian los incentivos actuales del sistema” (Experto 01); “este tipo de acuerdos puede resolver muchos problemas en nuestro sistema, se puede, pero hay que hacerlo cambiando gradualmente, ya que existen temas culturales muy pesados, incluso como génesis desde la misma época de los indígenas” (Experto 04) y “en general sobre estos temas en el medio tenemos un lío, como una

anomia: no vemos la importancia de la misma y aún más necesitamos que nos pongan un orden, buscando la necesidad de control externo” (Experto 06).

Esas afirmaciones ayudan a dilucidar algunas dificultades con las que se enfrenta la sociedad y, en particular, el sector de salud para hacer uso y crear efectos relevantes, a partir de las reglas informales. Sin embargo, los participantes también mencionan que esta sería una herramienta poderosa para enfrentar algunas problemáticas del sistema y para la creación de redes que sean a favor de la salud y la vida de los pacientes, así como de la sostenibilidad del recurso. Algunas apreciaciones son: “sería de mucha utilidad para el sistema, por ejemplo, que a partir de unos arreglos se pudieran integrar los hospitales de una región (se reducirían costos y la prestación sería más eficiente), hay ejemplos de autorregulación en el pasado de que esto puede funcionar” (Experto 01), “las ganancias que se tienen son de resolutivez en la atención de los pacientes y acceso a flujos de recursos oportunamente” (Experto 08) y “estas iniciativas son muestra de que es posible lograr la autoorganización y formación de redes en territorios para la solución de problemas de interés público como es la salud” (Experto 10). Para concluir, se hace alusión a la consideración de uno de los expertos:

La reflexión de las reglas tiene su importancia cuando nos permite entender y trabajar por un propósito superior sin tantas reglas, superando un poco el imperativo categórico de Kant que conducía a que todo debía tener un patrón universal a estandarizarse. La salud no es estandarizable, cada paciente es un mundo. La autonomía es necesaria para atender algo tan complejo como la salud (Experto 06).

Por otra parte, realizando un análisis del contenido de las entrevistas, se priorizan las palabras clave teniendo en cuenta su frecuencia. En el *Esquema 13*, se observan las palabras usadas por los expertos para definir las reglas informales y su tamaño está directamente relacionado con el número de veces que los expertos las mencionaron.

Los actores reconocen algunas iniciativas dentro del sistema que son una muestra de la existencia y el funcionamiento de las reglas informales, pero, más importante que esto, son las características que mencionan los expertos para que estas iniciativas sigan teniendo vigencia y, sobre todo, generando buenos resultados para el sector. Entre los mínimos que deben garantizarse se evidencian temas relativos al liderazgo, la confianza, los arreglos y los incentivos. Ejemplo de

lo anterior son las redes integradas de IPS que ha establecido Compensar EPS para atender mejor a sus usuarios. Todo ello gracias a la confianza generada entre sus líderes, quienes se han puesto de acuerdo para no verse como competidores sino como enlaces en una cadena de atención que ha aumentado la satisfacción de los usuarios, experiencia relatada con detalle en el libro *Redes de confianza: la clave para lograr resultados de salud de clase mundial* (Jadad et al., 2018).

Esquema 13. Palabras clave para describir el uso las reglas informales



Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a expertos del sector, en software NVivo 12

Pro.

4.2.4. Reglas informales basadas en la confianza

En los apartados teóricos sobre el uso de las reglas informales, emerge un concepto que es considerado fundamental: la confianza, definida como la decisión de dejar en manos de otra persona algún componente de mi propio bienestar. Por esto, los académicos y estudiosos del tema han indagado por la presencia de este atributo en diversos escenarios y lo han relacionado con la existencia y el funcionamiento de las reglas informales. Cuando a los expertos se les pregunta por la confianza, afirman que es fundamental para que haya una regulación efectiva y, además, sostienen que, si se garantiza la confianza entre los actores del sistema de la salud, no serían necesarias la cantidad de normas que se tienen actualmente. En el **Esquema 14** se muestran las palabras que más mencionan los expertos.

Esquema 14. Palabras claves para describir la confianza



Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a expertos del sector, en software NVivo

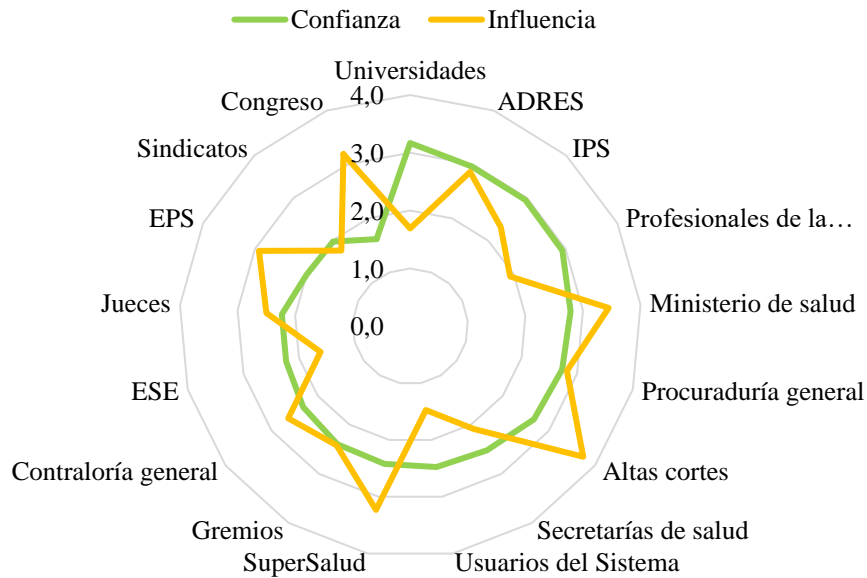
12 Pro.

De esta forma, parece inequívoca la relación entre la *confianza* y la *capacidad de trabajo en red* de los agentes del sector. En este sentido, si de resultados colectivos se trata, no habría un camino más certero que el de la confianza para alcanzar los propósitos del sistema. Sin embargo, es evidente que garantizar este atributo en todos los niveles de operación del sector no es fácil y, por esta razón, deben existir otras características que sirvan para fortalecerlo. Algunas palabras mencionadas por los expertos son claves para lograr este objetivo, entre ellas, la transparencia, la reputación, la resolutividad y el compromiso. Todas ellas, sin ser propiamente confianza, gravitan alrededor del término y pueden disminuir la incertidumbre en la relación entre actores.

En este contexto, es fundamental indagar qué tanto confían los expertos en las autoridades sanitarias del país. De ahí surge una encuesta relacionada con el nivel de influencia en la regulación y de confianza que los participantes les atribuyen a diversos actores del sector. Así, lo que sugieren los expertos entrevistados es que estas dos características parecen ser inversas, es decir, los actores en los que los expertos *más confían* son quienes tienen *menor grado* de influencia en la regulación del sistema y viceversa (ver **Gráfica 1**). Así las cosas, este hallazgo constituye otro insumo para aproximarse a la hipótesis de investigación porque la regulación formal a cargo de las autoridades

mencionadas, que tiende a ser excesiva, está, al mismo tiempo, relacionada con bajos niveles de confianza. Adicionalmente, cabe recordar que esta indagación también se realiza con los participantes del experimento deliberativo y los resultados que se relacionan en el apartado 4.5.

Gráfica 1. Nivel de influencia y confianza en actores del sistema de salud

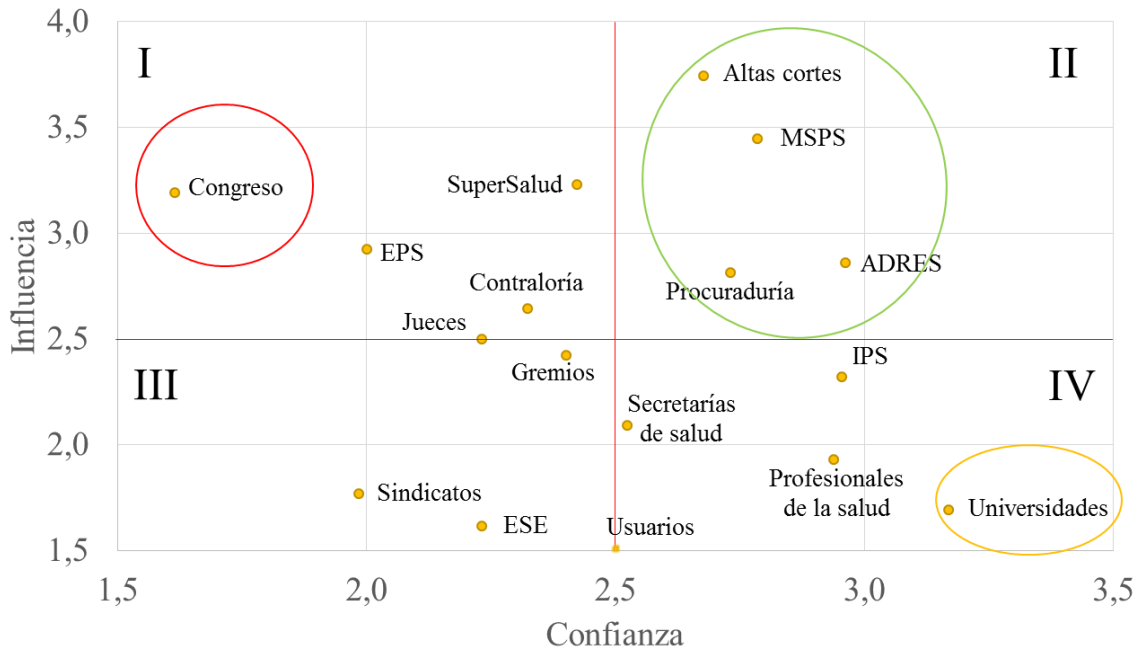


Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a expertos del sector.

Estos resultados permiten hacer diversos análisis y abstraer hallazgos relevantes frente a la relación entre confianza y regulación en el sistema de salud. Si presentamos los datos en una gráfica de dispersión, con constantes en la calificación promedio de cada variable y cuatro cuadrantes (ver **Gráfica 2**), se observa: (1) en el cuadrante I, los actores en los que se tiene un nivel de confianza bajo, pero que, a su vez, tienen una influencia sobre la regulación muy alta, el único actor que quedó ubicado en este cuadrante fue el Congreso; (2) en el cuadrante II, los actores en los que se tiene un nivel de confianza alto y que, a su vez, tienen una alta influencia en la regulación, aquí se destacan el MSPS y el ADRES por ser actores en los que se tiene mayor nivel de confianza, por lo tanto, se consideran claves para liderar y promover las redes de confianza en el sistema; (3) en el cuadrante III, los actores en los que se tiene un nivel de confianza bajo y, de igual manera, presentan una baja influencia en la regulación, en este cuadrante se ubican gremios, sindicatos y Empresas Sociales del Estado (ESE) y, por último, (4) en el cuadrante IV, los actores en los que se tiene un nivel de confianza alto, pero que tienen una baja influencia en la regulación, es de

remarcar que las universidades son los actores en quienes más se confía, pero también es uno de los que tienen más baja influencia en la regulación.

Gráfica 2. Mapa de actores: confianza e influencia en la regulación



Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a expertos del sector.

Adicional a lo anterior, cabe decir que se evidencia el reto de construir mayor confianza en todos los actores. Esto porque el actor que, en promedio, es más confiable son las Universidades con una calificación de 3.2, promedio que está por debajo de la mayor calificación de confianza que es 4.0. Por otro lado, respecto de los niveles de influencia en la regulación hubo cuatro actores que quedaron sobre 3.0, incluso, un actor como las altas cortes que obtuvo una calificación promedio de 3.7. En este último caso, se refleja la necesidad de que actores con mayor confianza ganen influencia o que, por el contrario, los actores que ya tienen una alta influencia, sean legitimados por los agentes del sector salud e incrementen sus niveles de confianza para lograr la tan anhelada institucionalidad.

4.3. Contexto de las UCI-Neonatales en Antioquia

Los servicios de cuidado intensivo neonatal, también conocidos como UCI-Neonatales o Unidades de Terapia Intensiva (UTI), se caracterizan por disponer de un conjunto de recursos físicos y humanos que deben corresponder a las especialidades del cuidado intensivo, la pediatría, la cirugía y, además, necesitan contar con un personal paramédico adiestrado para realizar procedimientos de alta complejidad.

Igualmente, los servicios de cuidado intensivo deben tener recursos de alta tecnología, equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica. Las atenciones en las UCI-Neonatales se integran alrededor de las camas (incubadoras), las cuales deben ser acompañadas de un ventilador respiratorio y contar con soportes adicionales como camas para cuidados intermedios y básicos, donde se atienden pacientes medianamente complicados y neonatos con bajo peso al nacer.

Aparte de las características físicas y estructurales de una UCI-Neonatal, existen elementos relacionados con el comportamiento y las decisiones humanas dentro de estas áreas de atención en salud que hacen que se consideren especiales. La connotación de la atención médico-paciente varía si contrasta con los demás servicios de salud y la particularidad a la que se atribuye esta variación es el estado de indefensión de un recién nacido, el cual no puede hablar, ni valerse por sí mismo. De esta manera, la relación entre el profesional de la salud y el paciente siempre debe estar mediado por su familia.

Esta característica ha sido ampliamente estudiada. Así, existen autores como Simard et al., (2014), Oehmke et al., (2019) y Bellieni (2019) que analizan las implicaciones éticas de la existencia y el modo de operar de las UCI-Neonatales, puesto que hay elementos, como el dolor que está enfrentando el recién nacido, que se deben tener en cuenta para tomar la decisión de someterlo o no a los procedimientos que se prestan en las unidades. Por su parte, la presencia de los familiares es muy limitada dentro de las UCI-Neonatales. Esto debido a la criticidad del proceso y a las restricciones que se presentan dentro de las clínicas y hospitales. De esta forma, muchas decisiones o arreglos del día a día se trasladan a los profesionales de la salud. Ahora, si bien las familias deben aprobar y firmar un consentimiento para que se practiquen los procedimientos a los

recién nacidos, el trato hacia los infantes, el control y la atención son brindados por el personal médico y asistencial, característica que debe ser considerada a la hora de analizar las interacciones de la situación de acción.

Para tener una aproximación de la oferta de este servicio en Antioquia se presenta la **Tabla 2**, la cual reporta las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con este servicio y, además, el número de camas que tienen en el año 2020.

Tabla 2. Número de camas en UCI-Neonatal de Antioquia por tipo, 2020

Nombre del prestador	Ubicación	Camas UCI	Camas intermedias	Camas básicas	Total	Participación
Clínica Universitaria Bolivariana	Medellín	15	12	13	40	11%
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	Medellín	14	24	2	40	11%
Clínica del Prado S.A.	Medellín	14	16	12	42	12%
Hospital General de Medellín	Medellín	10	30	12	52	14%
Nacersano S.A.S	Caucasia	10	6	4	20	6%
SOMER S.A	Rionegro	10	10	4	24	7%
Fundación SOMA	Chigorodó	8	6	8	22	6%
ESIMED S.A (Clínica Juan Luis Londoño)	Medellín	8	0	0	8	2%
Visión total S.A.S (E.S.E Caldas)	Caldas	6	6	4	16	4%
Clínica del Rosario - Sede EL Tesoro	Medellín	6	5	4	15	4%
SOMA S.A	Medellín	6	5	8	19	5%
Promotora Clínica Zona Franca de Urabá	Apartadó	5	2	1	8	2%
Hospital Pablo Tobón Uribe	Medellín	5	2	2	9	2%
E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel	Envigado	4	4	8	16	4%
CardioVID	Medellín	4	2	2	8	2%
Promotora Médica Las Américas S.A	Medellín	4	6	2	12	3%
Clínica del Rosario - Sede Centro	Medellín	3	5	4	12	3%
Total		132	141	90	363	100%

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS (2019)

Por su propia dinámica y no porque el sistema así las clasifique, las UCI-Neonatales se vienen tipificando en unas unidades de cuidados intensivos generales y otras especializadas como las cardiovasculares. Esas unidades se consideran el servicio más reglado de la prestación en salud, dado que en ella se realizan atenciones urgentes de bebés nacidos críticamente enfermos. Por consiguiente, se debe tener un personal muy especializado, entrenado y estable y, además, se necesita contar con reglas de habilitación muy exigentes.

4.4. Visión interna: coordinadores de UCI Neonatales

Tal y como se menciona en la ruta metodológica, las entrevistas semiestructuradas a los coordinadores de UCI-Neonatales son un insumo clave para, inicialmente, configurar la visión interna de la regulación, la definición de las reglas informales y su uso. Además, son fundamentales para, posteriormente, alimentar los bloques del marco de análisis institucional y de desarrollo de este servicio. Teniendo esto presente, se entrevistaron cuatro coordinadores de las principales UCI-Neonatales del departamento. Lo anterior, considerando la antigüedad y el número de camas de la unidad²⁴. Asimismo, se siguió el instrumento que se relaciona en el *Anexo 2*. En esta misma línea, a continuación, se presentan, de manera general, los principales hallazgos.

Al hablar de regulación en el sector, los coordinadores describen el marco regulatorio de forma similar a como lo hacen los expertos pertenecientes a la visión externa. En este sentido, mencionan que dicha regulación ha generado un escenario de competencia desmedida en el sector, que hay exceso normativo y no correspondencia de las normas con algunos de los propósitos del sistema: “Se montan servicios sin planeación solo pensando en la rentabilidad y no en la necesidad de las personas y los territorios” (Coordinador 02). De este modo, se reitera la necesidad de reestructurar las reglas del sistema, propiciar la autonomía de los territorios y conocer los contextos para lograr que las reglas respondan a las necesidades reales de los individuos y las comunidades. Aun así, los coordinadores reconocen bondades de la Ley 100 de 1993, por ejemplo, relativas al impulso de las UCI-neonatales en el país, afirmando “aunque la Ley 100 se ha visto como una amenaza, la verdad es que nos ha permitido desarrollarnos y crecer” (Coordinador 01). En esta línea, otro coordinador menciona:

Los hitos normativos para las UCI-neonatales han sido dos: 1) la ley 100 de 1993, que propició la creación de nuevas UCI, ya que como el aseguramiento pasó a ser tan alto, este servicio se veía como algo rentable, y se comenzaron a crear UCI-neonatal algunas sin estudios financieros, pensando que se manejaba igual que una unidad de adultos, pero resultó que los servicios intensivos neonatales por ser más especializados, necesitaban por metro cuadrado más tecnologías y más personal, y 2) la norma de habilitación, ya que antes, la creación de estas unidades era muy informal, pero llega esta norma, y regula por completo la prestación,

²⁴ Respecto a este indicador, se debe aclarar que estas UCI-Neonatales representan el 48% de la capacidad instalada de Antioquia (ver *Tabla 2*),

el funcionamiento, la estructura física y tecnologías. Esto ha hecho que cada vez la exigencia para las UCI-neonatales sea más alta, con una regulación muy severa. Por lo que muchas entidades han tenido una disyuntiva entre cerramos o nos acoplamos a la norma (Coordinador 02).

Con esta declaración se logra tener una perspectiva general de lo que ha sido la regulación para las UCI-Neonatales y para confirmar la relevancia y pertinencia de la selección de este servicio como lugar de análisis. Las UCI son las unidades más formalmente regladas y, si se quiere, formales de la prestación de servicios de salud. Con esta característica, se creería que las entidades cumplen a cabalidad con estas normas, pero, según la perspectiva de los coordinadores, esto no es así. Uno de ellos menciona que:

como presidente de la sociedad de neonatología de Colombia conozco todas las regiones del país, y las normas de habilitación no se cumplen de igual manera en todas las regiones, unos atienden las exigencias, otros son relajados. En este sentido, la regulación del Sistema tiene aplicación desigual” (Coordinador 03).

Por asuntos como este, algunos coordinadores afirman que las normas de habilitación no son esenciales para el correcto funcionamiento de las UCI; en cambio, sí tienen unas reglas que han diseñado ellos mismos para facilitar el quehacer desde las UCI-Neonatales y que se acercan más a la realidad que viven a diario. Por esta razón, se plantea que dichas reglas son informales y generan desenlaces positivos para los pacientes. Como muestra de ello, los coordinadores narran casos relativos a la escasez del servicio o a la selección adversa que existe entre las instituciones prestadoras de servicios cuando va a elegir los afiliados de las EPS de su preferencia para una determinada atención. En este sentido, la regulación interna de los hospitales va a impedir que algunos niños lleguen a determinadas clínicas. Para dar solución a esta problemática, por ejemplo, los coordinadores han creado la figura del *traslado primario*, la cual no existe en la regulación, y donde hay voluntades y acuerdos para atender los niños, que son trasladados según sus necesidades y sin tener una autorización formal. Uno de los coordinadores describe esta estrategia así:

Ya se volvió usual, común, es lo de todos los días, el traslado primario. Por eso, uno escucha al ministro decir que bajaron las tutelas por el sistema regular, y la verdad es que esto se da es porque estos niños no entutelan y se entran como urgencias. De alguna manera el sistema resolvió el problema, antes uno debía llamar al centro regulador, para pedir autorización y que de allá lo remitieran, ahora no hay regulación, usted agarra con el paciente y lo lleva a cualquier parte (Coordinador 04).

Dado que los trámites para una remisión son tan complejos, si se hiciera el *debido* proceso, los pacientes no llegarían con vida a las otras clínicas. Esta característica hace que la mayoría de UCI-Neonatales tenga acciones cooperativas con las demás y lo más importante es que basan sus estrategias en la reciprocidad. De esta manera, los cuestionamientos de Ostrom (1990) a la teoría económica ortodoxa, cobran relevancia y vigencia con estas pruebas de que, en la sociedad, y, en particular, en el sector salud, rebosan actitudes prosociales que mejoran los desenlaces en salud de las poblaciones. Como fue evidente en el discurso de los coordinadores entrevistados, los resultados con sus pacientes dependen de las buenas relaciones entre instituciones prestadoras y colegas. Así, si bien cada hospital tiene su capacidad instalada para la atención, muchas veces esta es insuficiente o da prelación a algunos pacientes dependiendo de su EPS, por esta razón, son necesarias otras estrategias que se puede catalogar como informales y que ayudan a obtener buenos resultados.

4.5. Experimento deliberativo para medir la confianza en una UCI Neonatal

Un experimento deliberativo es una técnica de investigación usada para la recolección de información con fuentes primarias, recurso que ofrece un marco metodológico dispuesto para la realización de tres actividades: (1) un juego económico; (2) el diligenciamiento de una encuesta *posjuego* y (3) la aplicación de un protocolo deliberativo. Todo lo anterior con el ánimo de acompañar los *datos* obtenidos de la medición que arroja el juego y la encuesta, con los *relatos* que supone la deliberación, insumos complementarios y que son puestos al servicio de los objetivos establecidos por el objeto de estudio que suscita la indagación.

Así las cosas, el juego económico permite el levantamiento de datos primarios sobre el atributo por examinar, a saber, la confianza, y complementa el análisis cualitativo. Por su parte, la encuesta *posjuego* se vale de un cuestionario que tiene como propósito indagar por las características básicas de los participantes del experimento, así como analizar la percepción de los participantes frente a ciertos actores y ciertas situaciones particulares. Finalmente, el protocolo deliberativo posibilita adentrarse en escenarios colectivos de debate, esto es, la puesta en común de todos aquellos conocimientos y puntos de vista que son guiados por un moderador y orientados por la mencionada herramienta de discusión.

Este tipo de experimentos logra una “vivencia deliberativa como vaso comunicante entre teoría y realidad” (Eslava, 2019, p. 60). En este orden de ideas, mediante el experimento, la toma de decisiones alrededor del juego y el intercambio de experiencias en la deliberación se logra que cada participante manifieste sus opiniones, de manera que sea factible encontrar acuerdos y tramitar disensos. Asimismo, expresar argumentos a favor y en contra que sirven para asentar las diferentes posturas con el contexto de análisis.

4.5.1. *Juego económico de la confianza*

Producto de la revisión de literatura especializada y de los hallazgos arrojados por las entrevistas semiestructuradas (información cualitativa), surge un concepto fundamental para garantizar el uso de las reglas informales, no solo en un ambiente hospitalario, sino, también, en cualquier otra institución del sector salud, económico o social, a saber, la *confianza*.

En este sentido, en el marco del experimento deliberativo, se realizó la medición del atributo confianza a través de un juego económico, llevado a cabo en una clínica de tercer nivel de Medellín. Cabe señalar que el ejercicio contó con la participación del personal médico, asistencial, administrativo y coordinador de la UCI-Neonatal del mencionado entorno de referencia.

Como se dijo, la primera parte del experimento deliberativo supone la realización del juego de la confianza propuesto por Berg, Dickhaut y MacCabe (1995), ejercicio que cuenta con un sinnúmero de réplicas pero que, para efectos de esta investigación, fue adaptado y ajustado metodológicamente tomando como referente *Valores, representaciones y capital social en Antioquia* (Giraldo et al., 2013). En virtud de lo anterior, el juego de la confianza surge con el propósito de falsear la idea clásica de la economía, en la cual la acción de los individuos es un producto de la maximización individual de sus beneficios. Para consultar las especificidades, las instrucciones y la forma en que se realiza el juego de la confianza en la UCI-Neonatal se puede revisar el **Anexo 3**.

Cabe mencionar que el juego se realiza con dieciocho (18) participantes, que deciden en pareja y consta de dos movimientos que se ejecutan de forma simultánea. Así, ambos jugadores inician

con la misma cantidad de dinero (\$12.000,00). El jugador tipo 1 toma la decisión de enviarle un porcentaje de su dotación inicial al jugador tipo 2, quien recibirá dicha cantidad triplicada. Sobre esta cantidad, más su dotación inicial, el jugador tipo 2 decide cuánto quiere enviarle en retorno al jugador tipo 1. Para su correcta ejecución, el juego se realiza bajo anonimato, eliminando así los mecanismos que podrían sostener la inversión sin confianza.

En esta línea, el porcentaje que el jugador 1 envía de su dotación inicial, es el porcentaje equivalente a la medida de confianza. Por otro lado, el porcentaje devuelto por el jugador 2, hace referencia a la medida de reciprocidad. Según la **Tabla 3**, el valor obtenido para la confianza promedio en este juego equivale a un 81%, cifra que da cuenta de un alto grado de este atributo en el gremio, pues casi la mitad de los participantes decidió confiar y enviar a su pareja anónima el 100% de su dotación inicial. Por otra parte, la reciprocidad presentó un comportamiento diferente. Así, mientras que el jugador tipo 1 eligió enviar la mayor parte de su dotación inicial, el jugador tipo 2, en promedio, solo devolvió el 36% de los beneficios que obtuvo.

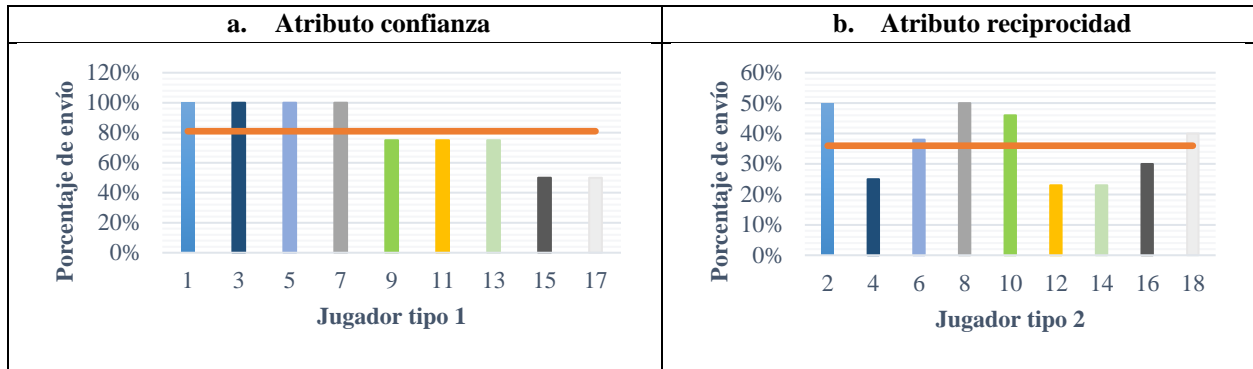
Tabla 3. Resultados juego de la confianza

Confianza	100%	100%	100%	100%	75%	75%	75%	50%	50%	81%
Reciprocidad	50%	25%	38%	50%	46%	23%	23%	30%	40%	36%

Fuente: elaboración propia (2019)

Cabe reiterar que, según las instrucciones del juego, se determina que los jugadores tipo 1 (impares) asuman el rol de confiar, mientras que los jugadores tipo 2 (pares), encarnan el atributo de la reciprocidad. En los paneles a y b de la **Gráfica 3** se da cuenta del porcentaje obtenido para cada uno de los jugadores y de las parejas que se identifican con los colores asignados.

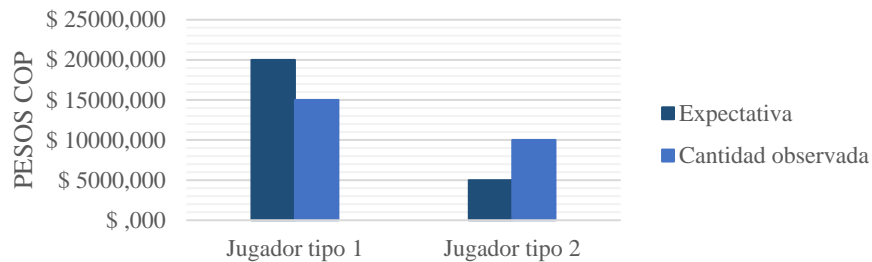
Gráfica 3. Resultado atributo confianza y reciprocidad por jugador



Fuente: elaboración propia (2019)

Luego de analizar las expectativas de cada uno de los jugadores²⁵, como se evidencia en la **Gráfica 4**, se tiene que, en promedio, mientras que el jugador tipo 2 esperaba que el jugador tipo 1 le enviara alrededor de \$5.000 pesos, en total recibieron aproximadamente \$10.000. Al contrario, mientras que el jugador tipo 1 esperaba que el jugador tipo 2 le devolviera un promedio de \$20.000, la cantidad que le llegó estuvo alrededor de \$15.000.

Gráfica 4. Expectativa y cantidad de dinero observada



Fuente: elaboración propia (2019)

Con los niveles de confianza obtenidos se evidencia no solo el potencial que existe en estos ambientes hospitalarios para el trabajo cooperativo y la implementación de reglas informales que funcionen, sino la posibilidad de trabajo en red en diferentes niveles de la atención en salud del país. Este panorama es positivo, pero requiere de mayor análisis para corroborar la tesis acá expuesta, ampliando el número de la muestra e incluso aplicando el juego de la confianza en otros

²⁵ Para analizar las expectativas de los jugadores, al momento de tomar la decisión de envío de dinero, se dispuso de una pregunta que indagó por la cantidad de dinero que esperaban les fuera retribuido.

escenarios o ambientes hospitalarios. Al contrastar los resultados del juego de la confianza en una UCI-Neonatal con los obtenidos por Giraldo et al. (2013)²⁶, la disposición a confiar de los primeros se ubicó por encima. El alto grado de este atributo, da cuenta de un importante insumo en el gremio, como medio para la asociación y la creación de acuerdos en ambientes hospitalarios.

4.5.2. Encuesta posjuego

El instrumento utilizado consta de diecisiete (17) preguntas divididas en tres grandes secciones: (1) características básicas, (2) relaciones sociales y (3) preguntas de cierre (ver **Anexo 4**). Como se mencionó en los resultados del juego económico de la confianza, hubo una participación de dieciocho (18) jugadores, sin embargo, uno de ellos no resolvió la encuesta posjuego en su totalidad, por lo que se define que esta encuesta debe salir de los análisis estadísticos. Así las cosas, la muestra es de diecisiete (17) participantes. El 76% de los participantes se identifica dentro del género femenino y, se ubican, en su mayoría, en un rango de edad entre los 39 y 49 años. De la misma forma, más de la mitad de estos ha finalizado un posgrado, como último nivel de escolaridad (ver

Esquema 15).

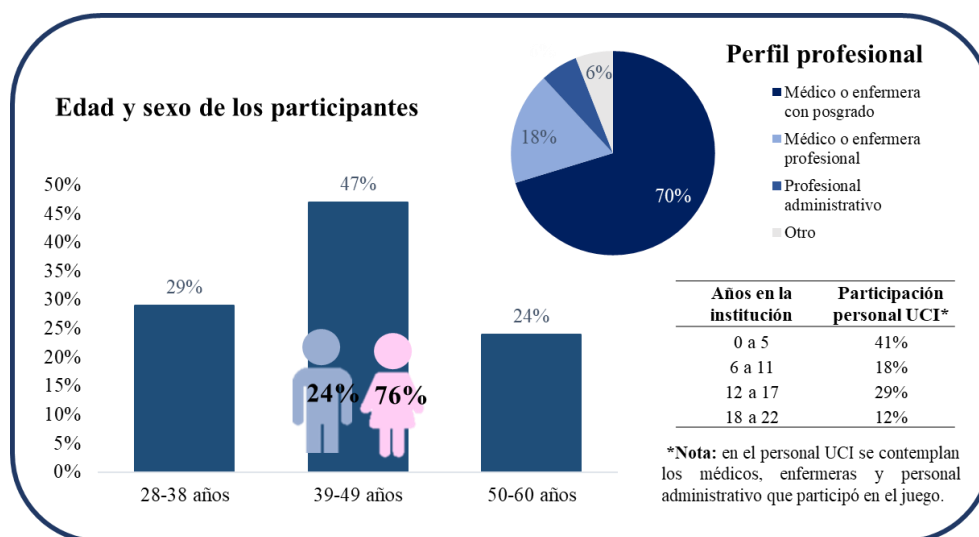
Teniendo en cuenta que la actitud frente al riesgo es una variable relacionada en la literatura con la disposición a confiar y cooperar, en la encuesta posjuego se dispone de algunos interrogantes para medir la aversión al riesgo²⁷ de los participantes, aspecto que indica que solo el 24% de los mismos declara que decidiría arriesgarse en un juego de la moneda²⁸. Valga mencionar que el resultado obtenido en este experimento es consecuente con investigaciones anteriores, en las que las mujeres tienden a presentar una mayor aversión al riesgo (Eslava, 2014).

²⁶ Estos ejercicios son comparables en tanto realizan uso del mismo protocolo experimental para la medición del atributo de la confianza. De la misma forma, se debe señalar que los hallazgos producto de la aplicación del experimento en la muestra indicada, cuentan con rigor estadístico y validez interna en tanto el experimento es replicable y permite encontrar relaciones causales entre las variables asociadas al mismo, si así se decidiera hacerlo (Levitt & List, 2007).

²⁷ En economía, es la actitud de rechazo que experimenta un inversor ante el riesgo financiero o lo que es igual cuando dispuesto está a asumir el *trade-off* entre el riesgo y el retorno de un activo financiero (O'Donoghue & Somerville, 2018).

²⁸ Caso hipotético que se plantea a modo de pregunta para medir la disposición o aversión al riesgo de los participantes.

Esquema 15. Características sociodemográficas participantes experimento*



*Nota: Este esquema presenta el rango de edad en el que se encuentran los participantes del experimento, el género con el que se identifican, su perfil profesional y el tiempo durante el cual los jugadores han sido trabajadores de la institución en cuestión.

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con el análisis de las variables de la encuesta posjuego, en la **Tabla 4** se presenta el porcentaje de jugadores que manifiesta participar en algún grupo u organización social. Al respecto, se destaca que el grupo social con mayor participación son los grupos de caridad, lo que es en cierta medida una aproximación al nivel de altruismo y comportamientos prosociales de las personas que trabajan en la UCI-Neonatal. Además, se evidencia una participación importante de personas que manifestaron pertenecer a un grupo cultural y deportivo, así como a una institución religiosa. En función de esto, se reconoce que los jugadores depositan su confianza en este tipo de organizaciones, teniendo un porcentaje importante de personas que mencionan no participar en ningún grupo social (35%).

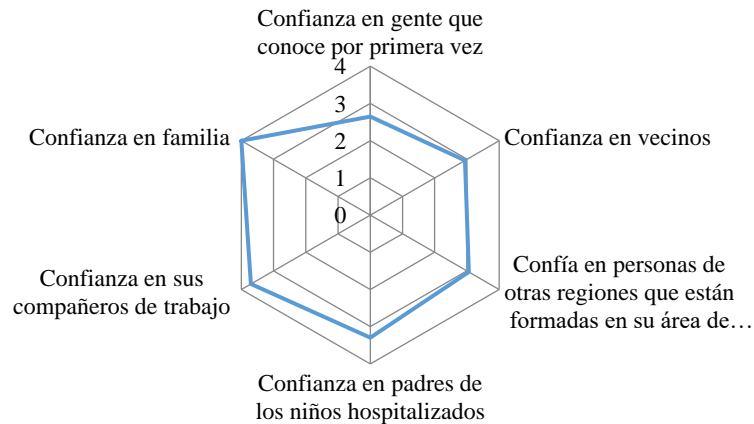
Tabla 4. Participación en grupos sociales

Grupo de Caridad	41%
Organización Comunitaria o de barrio	12%
Religiosa	18%
Instancias de participación del Estado	0%
Cultural o deportiva	24%
Asociaciones de padres de familia	0%
Sindicato, cooperativa de trabajo	0%
Movimiento o partido político	12%
Otro	12%
Ninguno	35%

**Nota: más de un jugador pertenece a más de dos organizaciones
Fuente: elaboración propia.*

Con respecto a la confianza, esta fue declarada por los participantes como alta²⁹. Así las cosas, el 76% de los jugadores afirma que confía en la mayoría de las personas, característica que da indicios de que el ambiente de trabajo puede calificarse como confiable en la UCI seleccionada para la recolección de información primaria. Por otro lado, en la **Gráfica 5**, se observa la confianza en grupos específicos. En este sentido, mientras que la confianza en la familia fue calificada en un 100% como alta (4), para los demás grupos, se presenta una mayor concentración en la clasificación “confía algo” (3). Entre tanto, los vecinos y las personas que conocen por primera vez son los calificados con un grado menor de confianza.

Gráfica 5. Confianza en grupos



Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, el nivel de confianza de los jugadores frente a diferentes grupos de personas, en la **Tabla 5** evidencia que, la mayoría de los participantes afirman que las personas con las que trabajan son confiables y tienen actitudes prosociales con los demás. Así, el 100% declara que la mayoría de las personas de la unidad son confiables y están dispuestas a compartir sus conocimientos e instrumentos de trabajo, lo cual corrobora un buen ambiente de trabajo, aspecto que se presta para la identificación y uso de reglas informales que ayuden a resolver problemáticas específicas. Por otra parte, cuando se indaga por actitudes egoístas o basadas en beneficios

²⁹ Para obtener los valores de la confianza declarada, se hizo uso de las preguntas correspondientes al apartado C de la Encuesta *posjuego* (ver Anexo 5).

particulares, pocos jugadores mencionaron que las personas con que trabajan buscan su propio beneficio (solo el 18% de ellos).

Tabla 5. *Afirmaciones de confianza - % de participantes que están de acuerdo*

En esta unidad se puede confiar en la mayoría de las personas	100%
Las personas de esta unidad están dispuestos a compartir sus conocimientos e instrumentos de trabajo	100%
Las personas de esta unidad se prestan para organizar y participar en actividades sociales o por fuera de la unidad (paseos, eventos, etc.)	75%
La mayoría de las personas de esta unidad buscan su propio beneficio	18%

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta que los participantes pueden cambiar de opinión en la medida en que varíen algunas condiciones de contexto, se planteó una pregunta relativa al tipo de proyecto³⁰ en el cual quisieran trabajar, interrogante que indaga por la capacidad de trabajar en equipo y privilegia el beneficio colectivo sobre el particular. Bajo este entendido, el 100% de las personas eligió la opción del segundo proyecto, donde trabajarían con más personas y obtendrían beneficios inferiores a los que tendrían trabajando solos.

De la misma forma, el 41% de los mismos prefiere recibir instrucciones en su trabajo de forma verbal. Por otro lado, en cuanto al dilema planteado en la pregunta “*cuando un compañero de trabajo no cumple con una tarea que ha sido asignada previamente y este incumplimiento lo perjudica a Ud. ¿Qué hace?*”, en la **Tabla 6** se relaciona el porcentaje de jugadores que elegiría realizar una de las siguientes acciones. Cabe destacar que la mayoría eligió la opción “Hacerle ver su error y manifestarle lo molesto que está”, aspecto que refleja una disposición al diálogo y la reflexión.

Tabla 6. *Acciones dilema 1*

Reportarlo en el formato de incumplimientos para entregar al jefe	6%
Vengarse y no hacer la próxima tarea que le corresponda a usted	0%
Dejarle de hablar	0%
No compartir próximos eventos sociales con él	0%
Hacerle ver su error y manifestarle lo molesto que está	88%

³⁰ Se presentaron dos opciones a los participantes: primer proyecto: trabajar solo y, al obtener resultados favorables, se gana la asistencia a un congreso internacional cinco días. Por su parte, el segundo proyecto: trabajar con otras tres personas y, al obtener resultados favorables, se ganan la asistencia a un congreso en Bogotá cinco días.

No hace nada	6%
--------------	----

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al dilema planteado en la pregunta “*Ud. se da cuenta que la madre y el paciente tienen una enfermedad de transmisión sexual y al dar a conocer esta situación se puede presentar un problema con el padre del niño, ¿qué hace?*”, a continuación, se relaciona el porcentaje de jugadores que elegiría realizar una de las siguientes acciones (ver **Tabla 7**). Aquí, las respuestas estuvieron balanceadas entre las opciones: “Buscar asesoría en el comité de ética médica del hospital” y “Orientar a la madre para que hable con el padre del niño”. Los resultados obtenidos demuestran la empatía del personal por los problemas que se puedan desatar con la paciente. De igual forma, destaca la confianza que se tiene en actores como el comité de ética de las entidades, lo cual es fundamental a la hora de garantizar los mínimos necesarios para el funcionamiento de las reglas informales. Este interrogante más que indagar por respuestas éticas, pretende considerar las decisiones en situaciones difíciles, propias de los dilemas éticos y en que contextos y circunstancias se resuelven estos dilemas.

Tabla 7. Acciones dilema 2

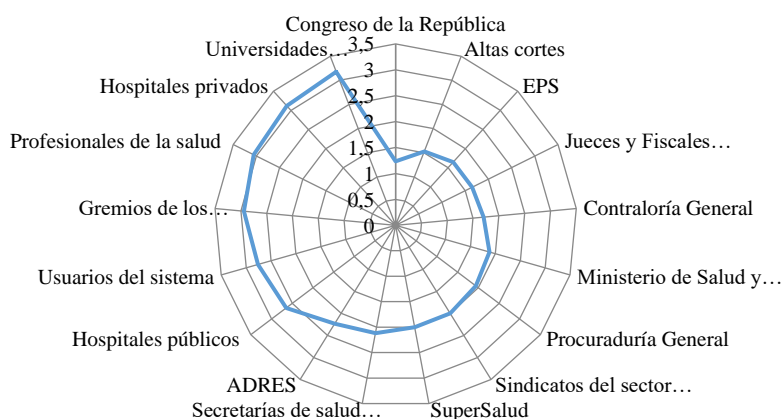
Reportarlo en la historia clínica y no compartirlo con nadie	0%
Buscar asesoría en el comité de ética médica del hospital	47%
Buscar asesoría con un compañero de trabajo	0%
Orienta a la madre para que hable con el padre del niño	53%
No lo reporta, ni consulta	0%

Fuente: elaboración propia.

Partiendo del ejercicio realizado con los expertos pertenecientes a la visión externa, se introdujo un interrogante relacionado con el nivel de confianza que se tenía en los actores del sector y el grado de influencia que estos tienen en la regulación del Sistema de Salud. Así, con este ejercicio se pretendía estudiar la confianza declarada en diferentes actores del gremio que poseen protagonismo en la toma de decisiones de este entorno. En este sentido, en la **Gráfica 6**, se evidencia la confianza promedio declarada en cada uno de ellos. Según se observa, las universidades y los hospitales privados fueron los mayores depositarios de confianza. Por otro lado, el Congreso de la República y las altas cortes son los actores en los que los jugadores confían menos. De este modo, si contrastamos estos resultados con los obtenidos con los expertos de la

visión externa, se evidencia consistencia en los mismos, pues los actores con mayores y menores niveles de confianza siguen siendo los mismos, hecho que refleja una percepción generalizada, que podría ser útil para orientar los esfuerzos en procura de recuperar la institucionalidad del sector y propender por una mayor participación en las decisiones de otros actores como las universidades, las cuales valga advertir registran buena reputación y nivel de confianza.

Gráfica 6. Confianza en actores del sistema



Fuente: elaboración propia.

Ahora, frente al grado de influencia de los mismos actores, se observa una correlación negativa entre el atributo confianza y el nivel de influencia. En tal sentido, las altas cortes y las EPS fueron calificadas con un grado bajo de confianza y una mayor influencia, seguidas de las secretarías de salud territoriales y la Contraloría General de la República. Asimismo, se observa que los actores calificados con un grado menor de influencia son los sindicatos del sector salud y las universidades (formadoras del recurso en salud); esta última, como se dijo antes, calificada con el mayor grado de confianza (ver **Gráfica 7**). Se destaca, además, que el grado generalizado de influencia y confianza, en promedio, no alcanza un 3,5 (donde 4 es la mayor calificación y 1 es la menor).

Por último, tal como sucede en la percepción promedio de confianza en los agentes, los niveles de influencia en la regulación que los participantes del juego y la encuesta posjuego perciben para estos mismos actores son muy similares a los mencionados por los expertos de la visión externa. Este hallazgo es importante en la medida en muestra afinidad en las apreciaciones y permite tener

un panorama un poco más claro en cuanto a los actores con mayor posibilidad de guiar y emitir normatividad que se legitime socialmente o cuáles son los actores que necesitan reevaluar su funcionamiento e introducir políticas y elementos que ayuden a mejorar los niveles de confianza que estos irradian a los demás actores del Sistema de Salud.

Gráfica 7. Influencia de actores del sistema



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, se indagó por los factores que influyen más sobre el comportamiento de los mismos jugadores. En este sentido, la mayoría de los participantes está de acuerdo en que la razón que orienta sus acciones viene dada por el “*Placer por cumplir con la propia conciencia*” (ver **Tabla 8**). Lo anterior, representa la importancia de las reglas morales y de las características intrínsecas a los individuos en asuntos colectivos. En este caso, se corrobora que el escenario es propicio para los acuerdos informales basados en la confianza.

Tabla 8. Factores con influencia sobre el propio comportamiento

Admiración por la ley	6%
Placer por cumplir con la propia conciencia	88%
Reconocimiento social, aceptación	0%
Temor a la multa o a la cárcel	6%
Temor a la culpa	0%
Temor a la censura social o el rechazo	0%

Fuente: elaboración propia.

Ahora, frente a la pregunta por los factores que influyen más sobre el comportamiento de los demás (ver **Tabla 9**), se tiene que las acciones responden, en su mayoría, a factores como el “Reconocimiento social” o el “Temor a la multa o a la cárcel”. Así pues, ¿podría relacionarse esto con un desliz moral? O con la percepción de que los demás no son más buenos que yo. Este resultado refleja que al parecer la confianza que los participantes tienen en sus compañeros de trabajo, está muy por encima de la que tienen sobre las personas en general. Esta aparente contradicción entre razones que orientan la actuación propia y ajena se compadece con los resultados que obtiene Mockus (2019) y que pueda alojarse en la idea del buen concepto de sí

Tabla 9. Factores con influencia en el comportamiento de los demás

Admiración por la ley	6%
Placer por cumplir con la propia conciencia	6%
Reconocimiento social, aceptación	50%
Temor a la multa o a la cárcel	31%
Temor a la culpa	6%
Temor a la censura social o el rechazo	0%

Fuente: elaboración propia.

Para finalizar, se tiene que el 96% de los jugadores entendió las instrucciones del juego, toda vez que, solo una persona declaró no haberlas entendido. Entre tanto, al indagar por las motivaciones de la mayor parte de los participantes en este juego se obtuvo como resultado que estas fueron guiadas por el beneficio del grupo (71%) según lo muestra la **Tabla 10**.

Tabla 10. Motivaciones del juego

Beneficio propio	0%
Beneficio del grupo	71%
Confianza en los demás	29%
Incertidumbre	0%
Emociones	0%

Fuente: elaboración propia.

En síntesis, la encuesta posjuego permite ampliar la percepción y el contexto que se tenía sobre la UCI-Neonatal. Se debe reconocer que en el sector de la salud y en las UCI se han adelantado ejercicios para describir y contextualizar el territorio y la criticidad en las decisiones que allí se

toman. En esta línea, la encuesta, además de captar estos elementos, introdujo nuevos interrogantes que permitieron notar la percepción de los participantes frente a variables que se consideran fundamentales para el funcionamiento y uso de las reglas informales en un ambiente formal, además de captar las características sociodemográficas de los jugadores y puntos de vista declarados de forma individual. Por último, se pretende escuchar y alimentar estos resultados con los hallazgos del protocolo deliberativo, que va más a las vivencias y al relato de los mismos participantes frente a las situaciones que hoy experimenta el sector salud y en particular la prestación de servicios de salud.

4.5.3. *Protocolo deliberativo*

Además del juego de confianza y de la encuesta *posjuego*, se implementó un protocolo deliberativo como recurso metodológico para usarse en el marco del experimento deliberativo. Valga destacar que, dicho instrumento, se diseñó con el objetivo de determinar con los participantes tres asuntos particulares: (1) comprender y poner en común las principales limitaciones del marco regulatorio del sistema de salud en Colombia; (2) identificar reglas informales en ambientes hospitalarios y (3) determinar el uso e impacto de reglas informales en la UCI-Neonatal de una clínica de tercer nivel en Medellín (ver *Anexo 5*). De igual manera, esta herramienta discursiva se concibe como un insumo de carácter narrativo tendente a complementar los resultados obtenidos en el juego económico y en la encuesta *posjuego*. Todo lo anterior, haciendo uso efectivo del conocimiento, la experiencia y capacidad crítica del personal médico, asistencial, administrativo y coordinador adscrito al mencionado entorno de referencia.

Valga advertir que la deliberación que se lleva a cabo por medio del protocolo deliberativo se hace luego del juego de la confianza y una vez los participantes diligencian la encuesta *posjuego*. En este sentido, los participantes son los mismos de principio a fin en la sesión. Ahora bien, es importante reiterar que la discusión asistida por un moderador y orientada por el protocolo se programa como la última etapa del experimento deliberativo.

Así las cosas, el protocolo deliberativo está compuesto por tres etapas específicas que siguen los lineamientos generales propuestos por los modelos deliberativos tradicionales de

argumentación, a saber: apertura, argumentación y cierre (Walton et al., 2014). Cada etapa cuenta con propósitos que se circunscriben a la formulación y socialización de preguntas rectoras y regidas³¹ que contribuyen a ratificar o descartar las hipótesis planteadas en la investigación. Adicionalmente, cada pregunta resuelta por los participantes permite garantizar el tránsito y cumplimiento de las etapas del protocolo.

En este orden de ideas, la *apertura* del protocolo consiste en la identificación de algunas de las principales limitaciones que presenta el marco regulatorio del sector salud. Para tales efectos, se ofreció un inventario de problemas a través de un formato que tuvo como propósito acotar el diagnóstico y priorizar las opciones propuestas. Valga aclarar que, cada participante diligenció de manera individual el formato de priorización de problemas. Posteriormente, los resultados de la priorización fueron revelados por el moderador a los participantes, de manera que la deliberación propuesta por medio del protocolo pudiera girar en torno a la socialización de alternativas de solución para los problemas principales.

De esta manera, al garantizar que no se produce ningún tipo de engaño, manipulación o coacción entre el público del experimento deliberativo a la hora de ofrecer sus puntos de vista, se respeta uno de los principios fundantes de la deliberación usada en el marco del experimento deliberativo, a saber, que esta constituye el recurso metodológico para la resolución racional, justa y pacífica de los problemas, disensos y conflictos que surgen en determinados ámbitos de interacción (Michelini, 2015).

En virtud de lo anterior, los resultados arrojados tras la priorización efectuada por el grupo fijaron porcentualmente un triple empate, tal y como se muestra en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Resultados de la priorización temática

Problemática	Porcentaje
Desconfianza en los actores que regulan el sistema	53%
El acto médico instrumentalizado por las normas	53%
La complejidad normativa afecta la calidad del servicio	53%

Fuente: elaboración propia.

³¹ Las cuales se encuentran encaminadas a responder con suficiencia la pregunta rectora.

Lo primero que hay que anotar es que las tres opciones que resultaron ser privilegiadas por los asistentes al experimento, además de presentar una relación con la regulación del sistema de salud, representan el ejercicio profesional del prestador del servicio. Asimismo, se produjeron consensos en la deliberación sobre dos asuntos particulares: la “desconfianza” y la “deshonestidad” que producen aquellos que crean la norma, hecho que, a su vez, entorpece la labor médica.

Por otro lado, se afirma que, al instrumentalizarse la norma, se limita la autonomía del médico, situación que, en términos prácticos pone en tela de juicio su labor profesional y repercute negativamente en la credibilidad que ostentan como gremio ante la sociedad. Se señala, además, la dependencia económica que se instaura alrededor de las entidades que giran en torno al sector salud (entes administrativos y aseguradoras), lo que deriva en una serie de incumplimientos, retrasos y condicionantes que no permite que se lleven a cabo tratamientos adecuados para los pacientes. Por último, la deliberación efectuada reconoce la dificultad para satisfacer las expectativas que tiene la sociedad, dada la ausencia de responsabilidades claras, nuevamente, a raíz de la confusión jurídica existente en la normativa.

Así, se reconoce que estos hallazgos están estrechamente relacionados con la tesis de la investigación. En el sentido de que el exceso normativo formal puede estar relacionado con la ausencia de confianza entre los actores del sistema, en particular, frente a quienes crean este tipo de norma. Contrario a lo que ocurre con la confianza en los cercanos o en las personas que sí conocen, puesto que estos manifestaron un nivel de confianza muy alta a sus compañeros de trabajo y en estos escenarios se establecen acuerdos sin formalismos mucho más fácil.

Una vez expuestas y justificadas las principales problemáticas que aquejan el marco regulatorio de la salud, la argumentación que supone la segunda etapa del protocolo deliberativo se centró en indagar por aquellos comportamientos o hechos que favorecen las interacciones en los ambientes hospitalarios, esto es, los acuerdos informales a los que se llegan para afrontar los problemas con los que suelen enfrentarse el personal médico, asistencial, administrativo y coordinador en contextos clínicos. En virtud de lo anterior, se habla del establecimiento de “acuerdos extranormativos”, que al estar escritos garantizan la materialización de los pactos adquiridos. Según se dijo, estos pactos se gestan entre el personal médico y asistencial y todos aquellos actores

que resultan ser corresponsables en materia de salud, teniendo como referente la norma, pero evitando en tal proceso incurrir en incumplimientos que atenten contra la salud de los usuarios.

Siguiendo con los hallazgos que deja la deliberación, frente a la dificultad para satisfacer las expectativas que conlleva el sector salud ante la sociedad, se menciona que existe una dañina creencia de que los servicios de salud representan un beneficio económico, antes que humano. Al respecto, se argumenta que, en ocasiones, surge la creencia de que los pacientes son sujetos de rentabilidad en lugar de personas. Por tanto, la reflexión propuesta por los asistentes invita a trabajar de manera conjunta por una comunidad sana, un sistema descongestionado y la posibilidad de ofrecer tratamientos más eficientes. En síntesis, promover desde el ejercicio administrativo y médico, a la salud como un derecho y no como un negocio.

Al cierre de la deliberación (etapa de cierre en el protocolo deliberativo), se discute acerca de las medidas necesarias para lograr garantizar la permanencia de los arreglos, acuerdos y demás iniciativas planteadas para posibilitar un mejor servicio de salud, específicamente, en la UCI-Neonatal de una Clínica de tercer nivel en Medellín. Lo anterior, para remediar el escepticismo que aqueja el sector salud y demás ámbitos de la vida en general. Ante esta premisa, un concepto propuesto y examinado con anterioridad en el experimento deliberativo se constituye como remedio: la confianza.

Para ilustrar la validez de dicho atributo se trae a colación el resultado del juego de la confianza llevado a cabo en la primera parte del experimento deliberativo, cuyo resultado fue un 81%. Este resultado, evidencia la disposición del personal médico, asistencial, administrativo y coordinador de dicha institución a confiar en el otro. Los participantes en el experimento deliberativo afirman, además, que la confianza potencializa otras cualidades como el orden, la responsabilidad y la armonía en procura de un verdadero pacto social que evite caer en el descrédito y la anarquía.

Ahora bien, declarados y priorizados los principales problemas, acotadas las alternativas de solución y planteadas algunas iniciativas de cambio, la reflexión final en el protocolo deliberativo invitó a dejar a un lado los señalamientos de culpa hacia otros sectores y/o especialidades, reconocer las propias arbitrariedades que inconscientemente se cometen en el sector salud -para

no caer más en ellas- y ser conscientes de que la noción de confianza incluye dos conceptos adicionales: esperanza y seguridad. Según se dijo, sin estos conceptos no puede existir el relacionamiento social ni el bienestar colectivo que justifica y reivindica la labor médica.

La argumentación sostenida luego de socializados los resultados de la priorización de problemas, evidencia que la percepción de los asistentes frente al marco regulatorio del sector está caracterizada por la desconfianza del personal médico presente hacia la labor ejercida por los legisladores en dicha materia. Este aspecto explica la conexión con las restantes dos opciones destacadas³², toda vez que son las decisiones tomadas por estos (los legisladores), las responsables de que se limite la autonomía del profesional en salud, se comprometa la calidad del servicio y se ponga en vilo la vida de los usuarios.

Adicionalmente, se evidencian dos implicaciones que el aspecto económico genera frente al sector salud. Por un lado, en lo que tiene que ver con la dependencia económica que se configura entre el sector salud con entes administrativos y aseguradoras y, por el otro, ante el nocivo imaginario que encuentra a la salud en Colombia como un negocio y no como un derecho.

En torno a la desconfianza, como detonante de las demás externalidades discutidas en el experimento deliberativo que aquejan el sector salud, es de resaltar la disposición a confiar que resultó del ejercicio llevado a cabo por parte de los asistentes (81%). Este hecho se presenta como una prueba que posibilita la aparición de dos comportamientos positivos: el primero es el establecimiento de “acuerdos extranormativos” – reglas informales – que permiten subsanar los problemas que acontecen en la cotidianidad de la prestación de servicios de salud. El segundo, parte de la autorreflexión que tenga el personal médico para evitar que se cometan arbitrariedades y se anteponga el bienestar colectivo, antes que el particular en su ejercicio profesional.

El conjunto de estrategias y acciones que puede darse simultáneamente en el sector salud lo hace atractivo para la realización de análisis institucionales, pero, a su vez, constituye una de las causas para la presencia de problemas de acción colectiva. Es tan simple como darse cuenta de

³² El acto médico instrumentalizado por las normas y la complejidad normativa que afecta la calidad del servicio.

que, al incrementar el número de jugadores y procesos dentro de cualquier juego económico, aumenta también la incertidumbre, los posibles desenlaces y la asimetría de información. Cabe señalar que el sistema de salud colombiano se ha caracterizado por querer enfrentar y resolver las problemáticas con la creación y promulgación de reglas formales, que sin duda han sido importantes y han significado aciertos, pero también han sido nocivas, exageradas y desligadas de la realidad de los territorios.

Con la exploración de campo se logra hacer evidente la vigencia y la importancia de la problemática relacionada con las reglas, planteada en esta tesis doctoral. Donde elementos como la incertidumbre, la desconfianza y la opacidad de otro tipo de regulación, se convierten en detonantes de la crisis regulatoria que enfrenta y ha enfrentado el sector a lo largo de su historia. Sin dejar de resaltar la necesidad de la regulación formal y las sanciones dentro de las actividades que tienen que desarrollarse dentro de todo el Sistema. También, es preponderante la noción de prosocialidad³³, como otra potencia que puede tener el ser humano y que posiblemente lleva al terreno de juego, lo cual traería un cambio importante en las decisiones y relaciones a nivel microterritorial, lo cual en sumatoria podría traer beneficios para el Sistema.

Una muestra de la veracidad de esta tesis es el funcionamiento de una UCI-Neonatal, donde además de jugarse entre la vida y la muerte de los pacientes, se consolidan estrategias que son un ejemplo para los demás servicios del Sistema. Tal es la maniobra de los coordinadores de las UCI para encontrar una IPS que pueda recibir un paciente rápidamente, que permita garantizar unos mínimos para salvar una vida o, por otra parte, la adecuación de espacios para ampliar la capacidad instalada de los servicios de cuidados intensivos. Esto, sin contar con una habilitación que podría tardar meses y que se podría considerar una variable rezagada con respecto a la realidad de estos servicios.

De la misma forma, buscar reglas informales que garanticen la igualdad entre los empleados y condiciones dignas de trabajo, son otro componente que influye en el *output* del Sistema, calidad

³³ Entendida la expresión como el conjunto de acciones que se caracterizan por la presencia de atributos de comunidad, como, por ejemplo, la confianza, la cooperación y la acción colectiva. En esencia tomar en consideración la suerte de los demás

y bienestar para individuos y poblaciones. Al idearse la forma de que las enfermeras tengan cargas de trabajo diarias, basadas en los niveles de complejidad de los recién nacidos críticamente enfermos, se logró la armonía de la UCI y que indirectamente los pacientes tengan la misma oportunidad de atención. Valga destacar que es innegable, tal como lo mencionan Nowak y Highfield (2012), que en la sociedad rebosan comportamientos cooperativos.

Finalmente, sin pretender afirmar que las reglas informales por sí mismas representan la solución para los problemas del Sistema, si se puede afirmar que, reconociendo los atributos de la comunidad en el ámbito hospitalario que parecen ocultos, pero que están en el día a día del Sistema, en el quehacer de sus actores y en el margen de maniobra que darían las reglas y acuerdos informales a los territorios, algunos de los problemas de acción colectiva que se evidencian en el sistema dejarían de serlo. Este aspecto podría centrar los esfuerzos en asuntos técnico-científicos, en la asignación de recursos, en temas relativos a la corrupción y la opacidad dentro del Sistema, dando forma a una red de confianza.

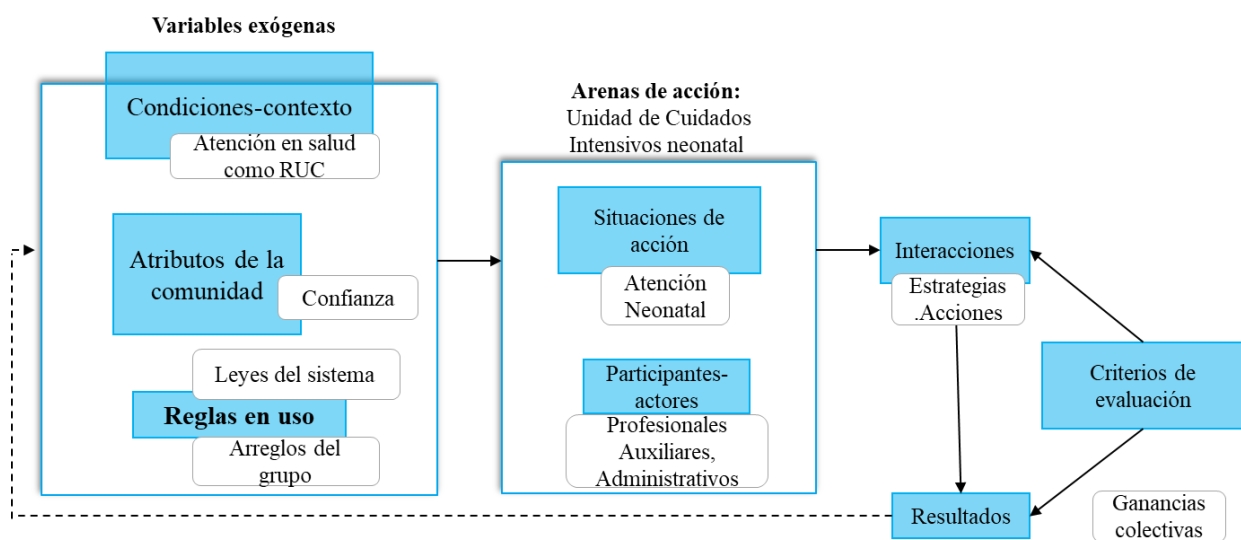
4.6. Análisis institucional y de desarrollo de una UCI-Neonatal

Esta sección tiene el propósito de presentar los elementos que hacen parte del análisis institucional de una UCI-Neonatal y cómo estos se relacionan. Para ello, se presentan las características de la atención en salud que hacen que esta pueda verse como un RUC, la descripción de la arena de acción y los principales resultados, apartados que constituyen los tres grandes bloques del IAD propuesto por Elinor Ostrom, el cual constituye el resultado final de este apartado. En términos generales, es posible decir que se logra obtener una especificación del marco planteado por Ostrom.

Como se evidencia en el **Esquema 16**, al IAD lo constituyen: (1) las *variables exógenas* donde se encuentran las condiciones y el contexto o, en otras palabras, lo que Ostrom llama variables biofísicas. Es decir, la luz de las UCI neonatales que permiten hablar de la atención en salud como un RUC; los atributos de la comunidad como la confianza, la reciprocidad, la reputación, entre

otras³⁴ y las reglas en uso que, para el caso de estudio, son, a grandes rasgos, las leyes del sistema de salud y los acuerdos propios de los grupos de trabajo de las UCI neonatales. (2) La *arena de acción* que corresponde al terreno de juego o UCI-Neonatal donde se encuentra la situación de acción, que hace referencia propiamente el proceso de atención realizado en las UCI junto con los participantes o actores. Finalmente, (3) los elementos como las interacciones, los resultados y los criterios de evaluación (Benedetti, 2017).

Esquema 16. *Cuidados intensivos neonatales en el ámbito hospitalario desde el IAD*



Fuente: elaboración propia con base en Ostrom (2015).

4.6.1. La atención en salud como un Recurso de Uso Común-RUC

Como se ha mencionado, para comprender el IAD, es indispensable validar que el campo o sector social que se quiere analizar tiene un bien o servicio que considera un RUC. Bajo esta lógica, este apartado describe algunas características y algunos componentes del proceso de atención en salud que pueden llevar a entenderlo como un RUC y que, en este sentido, permiten comprender por qué se pueden presentar problemas de acción colectiva relacionados con su utilización, su asignación y su gobierno.

³⁴ Cabe aclarar que, para efectos del presente estudio, nos centraremos en el atributo de la confianza, el cual es detonante de relaciones cooperativas y del cumplimiento de los arreglos microinstitucionales para alcanzar objetivos comunes (Ostrom, 2015).

Bajo la estrategia liderada por la OMS, *Salud para todos*, Colombia ha logrado afiliar a más del 96% de su población, lo que permite afirmar que, potencialmente, todos los colombianos tienen derecho a la atención en salud. Al mismo tiempo, a pesar de que hay *cobertura universal*, no todas las personas pueden hacer uso del sistema y sus servicios de salud porque los recursos y servicios se agotan y se ocupan en la medida en que se van utilizando, dado que son escasos y limitados (i.e. si un usuario del sistema de salud hace uso de una incubadora neonatal que necesita, de alguna manera, restringe la oportunidad para que otro paciente también pueda utilizarla).

Las dos características mencionadas son señaladas por Elinor Ostrom para diferenciar los bienes según su dificultad para la exclusión y el nivel de sustracción (Ostrom, 2015). En la **Tabla 12** se evidencian cuatro tipos de bienes que surgen de la combinación de estas características y que representan, de diferentes formas, los problemas que enfrentan los individuos y las comunidades al diseñar instituciones. Al respecto, se podría afirmar que la característica de *cobertura universal* se adscribe a una alta dificultad para excluir a potenciales beneficiarios de la atención en salud en Colombia y, a su vez, la característica de que el uso de un servicio de salud por un paciente disminuye la probabilidad de que otro lo pueda usar está relacionada con una alta sustracción del bien. En esta lógica, según la clasificación de Ostrom, los procesos de atención en salud en Colombia caben en la categoría de los RUC.

Tabla 12. Cuatro tipos de bienes básicos

		Nivel de Sustracción	
		Baja	Alta
Dificultad para excluir a los potenciales beneficiarios	Baja	Bienes de club	Bienes privados
	Alta	Bienes públicos	Recursos de Uso Común (RUC)

Fuente: Ostrom, (2015).

Cuando se hace alusión a los RUC, de alguna manera, se expresa una acción colectiva que hace referencia a la interacción y toma de decisiones de los individuos sobre asuntos de interés general en un espacio común (Cárdenas, 2009). Pero ¿En qué condiciones los individuos interactúan y toman decisiones sobre el uso de estos recursos? Al tratarse de bienes de uso común, los individuos

van a querer disfrutar de ellos sin limitaciones, respondiendo a sus deseos e intereses, lo cual puede causar, a mediano y largo plazo, un efecto negativo a nivel colectivo (problemas de acción colectiva). Lo anterior, teniendo en cuenta que la sobreutilización de los recursos puede ocasionar problemas de sostenibilidad y, en el peor de los escenarios, puede llevar a su destrucción.

Algunos ejemplos de problemas de acción colectiva o dilemas de lo colectivo que se evidencian en la atención en salud en el país son los relacionados con: (1) la sobredemanda de servicios, es decir, cuando los usuarios, respondiendo a sus deseos, necesidades e intereses, de forma autónoma o inducida, sobre-utilizan los servicios de salud, lo que trae como consecuencia un mayor consumo de recursos o su agotamiento, generando una disminución en la probabilidad de acción de otros usuarios, dadas las restricciones presupuestales; (2) cuando las personas, por sus motivaciones, percepciones o creencias, acuden a la red de servicios de salud que no son los adecuados para resolver sus problemas, excediendo su ocupación al no seguir la lógica propuesta de una Red de Servicios de Salud, que es que cada persona se atienda en el nivel adecuado para su respectiva condición de salud y, por último, (3) cuando las personas, de manera individual, tienen hábitos de vida no saludables y aumentan el riesgo de aparición de enfermedades en edades tempranas, obligando a la sociedad y al Estado a conseguir más recursos para financiar su atención o tratamiento. Todos estos ejemplos que se plantean de manera general son extrapolables a los servicios que gravitan alrededor de las UCI-Neonatales. En conclusión, cada individuo (familia) intenta, por las vías de hecho o derecho, obtener los mayores beneficios del sistema a corto plazo sin tener en cuenta los efectos colectivos para el sistema a largo plazo.

A propósito de los problemas de acción colectiva que se pueden dar cuando se presentan este tipo de bienes, el ecólogo y estadístico Garrett Hardin en su trabajo *La Tragedia de los Comunes* describe que, inevitablemente y por las características de un agente maximizador y egoísta –*homo economicus*–, se acaba por destruir los recursos compartidos y escasos, a pesar de que a ninguno de los individuos de la población le convenga que esto suceda. El autor argumenta, entonces, que “la libertad de los recursos comunes resulta en ruina para todos” (Hardin, 1968).

No obstante, la tesis de Hardin ha sido rebatida por otros autores como Ostrom, quien afirma: “nuestra herencia evolutiva nos ha programado para ser acotadamente egoístas, al mismo tiempo

que somos capaces de aprender heurística y normas, tales como la reciprocidad, que ayudan a lograr una acción colectiva exitosa” (1998, p. 2). Así, lo que Ostrom (2014) ha logrado con sus trabajos es comprender que los seres humanos no necesariamente se quedan atrapados en problemas y dilemas sociales por siempre. Bajo esta tesis, se puede sostener que, aún con las complejidades propias del uso de los RUC como la atención en salud, se puede construir confianza y cooperación y, con ellas, superar las reglas formales que no resuelven e, incluso, exacerbaban los problemas. De esta manera, se lograría que los recursos sean sostenibles en el tiempo para atender las demandas aspiracionales de los individuos y de las poblaciones en términos de salud. Es en este contexto que se define la atención en salud como un RUC y, por ende, se constituye en un escenario propicio para asumir los atributos mencionados a la luz del enfoque institucionalista y, en especial, de los trabajos de Ostrom.

4.6.2. La arena de acción: arreglos en una UCI-Neonatal

Aunque se reconozca la influencia que han tenido las leyes en el funcionamiento de las UCI-Neonatales, el día a día hace necesario desapegarse de ellas para que, entre personal, pacientes y familias, se tomen decisiones que garanticen la vida de los recién nacidos: los *Matías*, quienes son la razón de estos acuerdos, son, al mismo tiempo, los que de manera silenciosa y con sus gestos, orientan ciertas decisiones. En el quehacer de las UCI-Neonatales se presentan múltiples casos con estas características. Entre ellos, se encuentran los resaltados por los coordinadores entrevistados:

Nosotros tenemos días de ocupación de más del 100% y en otro servicio de maternidad nace un pelado con asfixia, lo único que nosotros podemos hacer y es todo, es armar una cama (incubadora) y bajar un respirador, y ponerlo al lado de la cama de la mamá, para atender el recién nacido. Hermano convertimos ese espacio en un una UCI, si llega habilitación, no cumplimos, nos pueden molestar o cerrar, pero la verdad, no creo que incumplamos normas, salvamos una vida ... Incluso las mamás se ponen más contentas y están más pendientes de los niños porque no tuvimos que mantenerlo en una UCI que es tan cerrada (Coordinador 01).

Esta narración insta a mirar algo que genera la informalidad: muchas veces, ella surge como una respuesta a una necesidad y, en el fondo, está cargada de recursividad, haciendo visibles actitudes prosociales. En particular, si no existiera este tipo de opciones o los llamados a actuar no eligieran cambiar los protocolos establecidos formalmente, el riesgo de que el niño que necesita

atención muera, es alto. Esta situación que pareciera ser un hecho esporádico es algo que se repite, se apropia y se acepta entre los equipos de trabajo y las familias, configurando una regla *en uso*, que se conserva porque se aprecia favorable al propósito superior de salvar vidas, no porque se busque el incumplimiento de la regla formal. En esencia coinciden vida cotidiana y formalidad.

Las UCI son interdependientes del apoyo de otras UCI del departamento, de las orientaciones de las EPS y de autoridades sanitarias. En este sentido, mediante un mecanismo de regulación, funcionan en red para que cada niño pueda ser atendido oportunamente y esté en la UCI que mejor le brinde garantías para su problema de salud. La realidad es que, frecuentemente, llegan pacientes a las UCI sin la debida remisión, no son regulados, ¿qué se hace entonces? En la mayoría de los casos, los atienden como traslado primario. En la misma línea, los coordinadores entrevistados relatan que, muchas veces, se les “chicharronea” un niño estando en la UCI y no tienen las condiciones para atenderlos, entonces, es necesario trasladarlos a otras UCI con mayores recursos tecnológicos o de mayor especialidad. En dichas circunstancias, los coordinadores saben que estos traslados no se logran por mecanismos formales de la red y, por esta razón, utilizan otro tipo de estrategias, como narra el siguiente coordinador:

- Me contacto con un colega de otra UCI y le digo: tengo un neo muy grave, ¿te lo puedo mandar como traslado primario?
- Listo hermano, pero no estoy en la unidad, esta noche tengo turno y me lo mandas, ahí lo puedo recibir. Así no haya contrato nos ayudamos, tenemos infiltrados en toda la red, todo por el bien de los niños (Coordinador 01).

Similar al caso anterior, ya no se trata de una interacción con un equipo interno, sino con actores de otras unidades, donde se establece un mecanismo –un acuerdo– para que una red funcione haciendo uso de la recursividad, dada la desconfianza en la operatividad y los trámites de una red oficial. Es un evento recurrente que se involucre a muchas UCI y que, además, la decisión de cooperar entre ellas no solo es un asunto de buena voluntad, sino de reciprocidad, donde una unidad ayuda a otra regresando una ayuda que ya había recibido o esperando que en el futuro también le brinden el apoyo que necesitan con alguno de sus pacientes.

Sumado a lo anterior, es fundamental resaltar que no solo es una práctica recurrente, sino que ya tiene una denominación aceptada y usada por todos los miembros de la red, a saber, *traslado primario*, la cual no existe en los documentos técnicos del MSPS. En este escenario, se evidencian los elementos que Ostrom reconoce en una situación de acción: los actores y sus posiciones, incluso actores infiltrados, la comunicación cercana, el control de la situación y los resultados, que se traducen en la vida, la atención de calidad de los nacidos críticamente enfermos, la satisfacción del deber cumplido y la acción oportuna del personal médico. Esta práctica es, entonces, evidencia de la confianza existente dentro de la unidad y de la red construida con las demás unidades de la ciudad, en la medida en que las decisiones que toman los coordinadores pueden considerarse inciertas, pero con expectativas de reciprocidad, donde los más beneficiados continúan siendo los pacientes.

Adicionalmente, el Coordinador 1 cuenta que, antes, para realizar la atención de los niños se acogían los estándares de distribución por número de camas. En este sentido, cada enfermera recibía un número determinado de niños, sin tener en cuenta el nivel de complejidad del paciente, lo cual resultaba inequitativo porque algunas enfermeras debían atender varios niños con mayor nivel de complejidad y otras, niños que requerían menos atenciones. No obstante, este problema de acción colectiva logra resolverse con una regla informal que crean dentro de la unidad y que no necesitó ni estar escrita, ni tener aprobación de las directivas de la institución. Dicha regla consiste en darle a cada niño una puntuación de acuerdo con su estado de salud, luego, se obtiene la puntuación total y se divide entre el número de enfermeras. En esta línea, las enfermeras no reciben el mismo número de niños, pero sí el mismo número de puntos de complejidad, haciendo una reasignación que resulta equitativa, y con la que todos los profesionales de la salud están de acuerdo, haciéndola permanecer en el tiempo. Este hecho aporta evidencia a la existencia de arreglos microinstitucionales que contribuyen a cumplir el propósito común de salvar vidas

Los arreglos en la UCI-Neonatal hacen evidente la recursividad y capacidad de autoorganizarse del personal de la salud, donde, sin duda, hay un impacto muy positivo sobre los pacientes y sus familias. Además, es fundamental resaltar que estos arreglos mejoran las condiciones de trabajo de quienes conforman el equipo de la UCI, considerando esta característica como un desenlace positivo porque estas variables de contexto se traducen en una mejor atención y disposición de las

enfermeras, los médicos y el personal administrativo. Estos hallazgos son una forma de comprobar la hipótesis, dándole mayor fuerza a los argumentos presentados desde el planteamiento del problema.

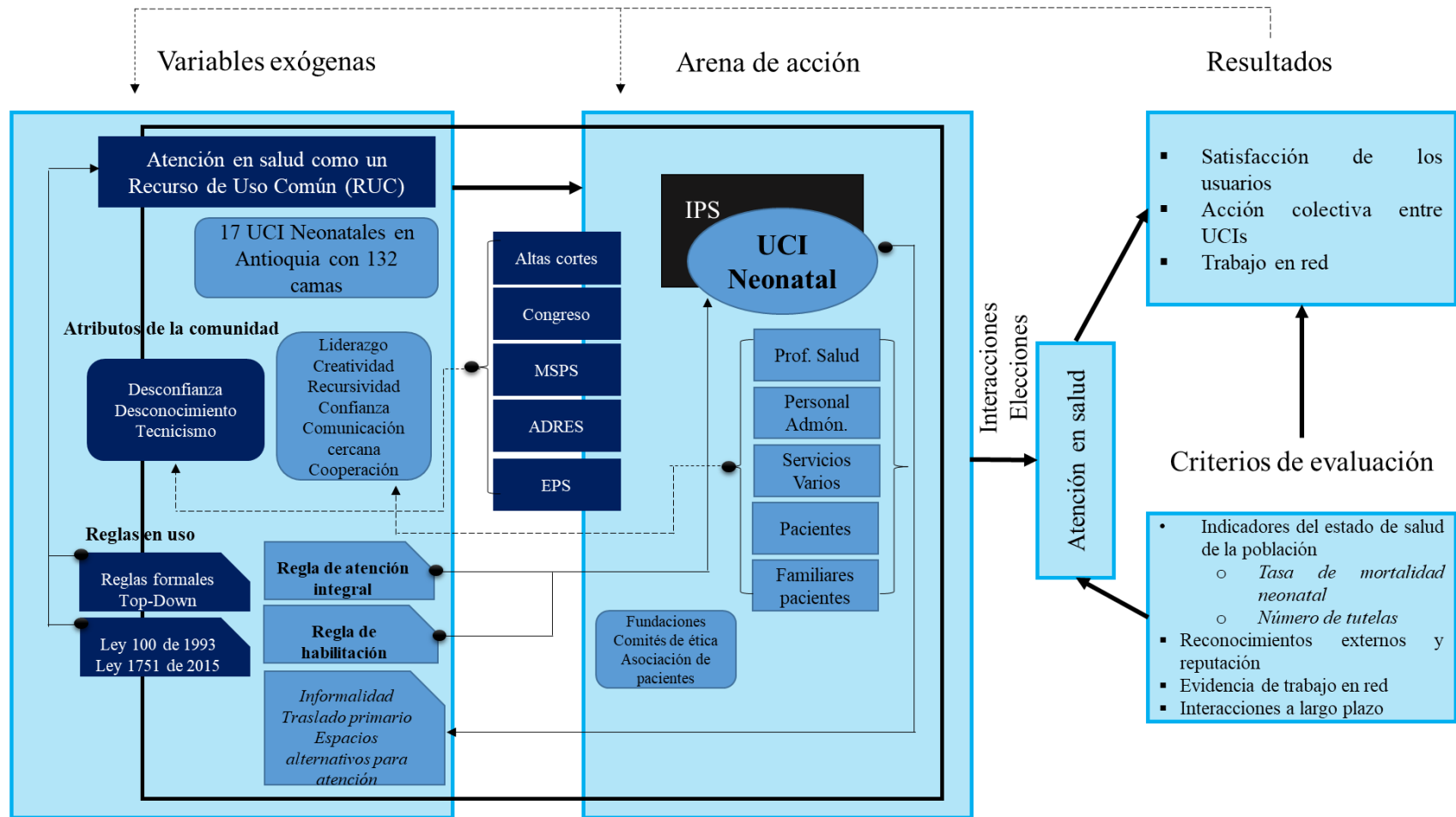
4.6.3. Resultados y criterios de evaluación

Tal y como se evidencia en las declaraciones de los coordinadores, en las UCI-Neonatales coexisten reglas formales y reglas informales que ayudan a resolver los problemas que se presentan en la atención en salud. De este modo, elementos que, de manera general, están presentes en el análisis institucional propuesto por Ostrom, emergen y se hacen visibles al analizar el proceso de atención en una UCI-Neonatal. Así las cosas, es importante que los hacedores de política pública no limiten sus estrategias y acciones a la puesta en marcha de propuestas macro hechas desde el escritorio, sino que también valoren y analicen las potencialidades de las reglas que surgen de manera creativa en microterritorios para incluirlas en su rectoría, no solo para la atención en salud, sino para todo el sistema.

La capacidad resolutive en la atención, el trato humano, la confianza, propuestas basadas en la recursividad y el liderazgo, son algunos de los atributos que surgen en la realización de la exploración de campo en la UCI-Neonatal. Producto de estos atributos y de las demás variables de contexto que hacen parte de esta, se logran percibir resultados positivos en materia de salud y satisfacción de los pacientes y sus familiares. El indicador más certero y que podrá considerarse la mejor variable *proxy* de la atención dentro de la UCI es que los niños salgan sanos de la unidad, pero hay otros indicadores como el número de tutelas, de peticiones, quejas y reclamos (PQR) que también estarían siendo informativos a la hora de evaluar los desenlaces.

Los criterios de evaluación y los resultados están estrechamente relacionados, en la medida en que ambos pueden cambiar el *statu quo*. Entre más rigurosos sean los criterios de evaluación, los resultados tenderán a ser más precisos y, aunque algunas veces empeoren, siempre serán insumos para refinar los criterios de evaluación en cada ronda del juego. Así, además de los resultados en el entorno de la UCI, se deben tener en cuenta los resultados en salud (tasa de mortalidad neonatal, satisfacción en el acceso y la atención -número de tutelas-).

Esquema 17. Análisis institucional y de desarrollo de una UCI Neonatal



Fuente: elaboración propia.

Para la construcción del *Esquema 17*, que es la representación gráfica del IAD en una UCI-Neonatal, se parte de la idea de que el sistema de salud es la estructura superior que contiene todos los actores del sector y sus interrelaciones. Así, puede ser visto como un RUC, en la medida en que cumple con las características que le otorga Elinor Ostrom a este tipo de bienes: alta dificultad de exclusión y alto nivel de sustracción. Entendido esto, se reconoce la reglamentación formal del sistema, que delimita el accionar de los actores y presenta unas bases para la gestión y la obtención de buenos resultados en salud de la población.

Luego de presentar los lineamientos generales, se adentra en el funcionamiento de la UCI-Neonatal, dando cuenta de las demás variables que hacen parte del primer bloque del marco. De este modo, se utiliza información primaria de entrevistas con coordinadores de UCI e información secundaria sobre el número de camas para el departamento de Antioquia, para entender un poco el funcionamiento de estas unidades. Inicialmente, se identifican diecisiete (17) UCI-Neonatales en el departamento con 132 camas. Esta es la capacidad instalada del sector de la salud para atender a los recién nacidos críticamente enfermos en el departamento. Por su parte, al concentrar el análisis de actores, estrategias y acciones en una UCI de una clínica de tercer nivel en Medellín, se identifican atributos de comunidad como liderazgo, creatividad, recursividad, confianza, comunicación cercana y cooperación entre los miembros del equipo.

El componente fundamental de este análisis se encuentra en la determinación de las reglas en uso, que pueden ser de orden formal o informal dentro del funcionamiento de la unidad. Como es visible en el esquema de IAD, las UCI-Neonatales tienen una reglamentación formal específica, basada fundamentalmente en reglas de habilitación y protocolos de atención. No obstante, también cuentan con reglas informales vigentes y vitales para la prestación del servicio como: el traslado primario (así denominado por los coordinadores de UCI), la adaptación de espacios alternos para la atención y las estrategias para la distribución de las cargas de trabajo de las enfermeras dentro de la unidad.

Los elementos que se han mencionado hasta este momento constituyen el primer bloque del análisis institucional, que, si bien tiene estructuras formales y componentes similares a los presentados por Ostrom en sus análisis teóricos y experimentales, también tienen componentes

novedosos para los estudios de este tipo. Dentro de dichas novedades se encuentran los arreglos informales y las actitudes prosociales que, probablemente, no eran evidentes en el sistema de salud, sin embargo, existen y están siendo potenciadoras de desenlaces positivos. Adicionalmente, es posible asegurar que la UCI-Neonatal es un escenario propicio para el funcionamiento de las reglas informales porque dentro de las relaciones individuales y de grupo se evidencia la confianza y el compromiso de todos los miembros por un resultado esperado: la salud y el bienestar de los niños enfermos.

La arena de acción, por su parte, la constituyen los actores (jugadores) que hacen parte de la UCI-Neonatal como: los profesionales de la salud (médicos y enfermeras), el personal administrativo y de apoyo (servicios varios, restaurante, vigilancia, etc.), los pacientes, las familiares y las organizaciones como las fundaciones, el comité de ética o las asociaciones de pacientes. Cada uno de ellos con sus atributos, reglas, posiciones morales, experiencias, estrategias y, finalmente, acciones, que impactan la estructura del juego y, por supuesto, los resultados o desenlaces. Como se evidencia, al mencionar los miembros de la situación de acción o UCI-Neonatal, es inevitable mencionar sus atributos, estrategias y acciones, pues de estas dependen la favorabilidad de los resultados comunes y los niveles de incertidumbre.

Por último, se presenta el propósito de la UCI, que es la atención en salud, los criterios de evaluación y los resultados. Dentro de los *criterios de evaluación*, se evidencian (1) los indicadores de estado de salud de la población, en particular, la tasa de mortalidad neonatal y el número de tutelas por servicios de atención para los nacidos críticamente enfermos; (2) los reconocimientos otorgados a la entidad y su reputación en el medio, ya sea por su personal, sus instalaciones, su tecnologías o procedimientos, la satisfacción de sus usuarios, entre otras y (3) la evidencia de trabajo en red, que se considera una variable determinante para evaluar niveles de confianza y reciprocidad. Por último, los *resultados* se consideran la materialización o los elementos tangibles a raíz de los criterios de evaluación. De esta manera, la satisfacción de los usuarios se evalúa de acuerdo con lo que las familias manifiestan y el estado de salud de los niños; el trabajo en red es visible en la medida en que las entidades tengan comunicación cercana y reglas en uso como el traslado primario y, finalmente, todos estos elementos se pueden leer como propuestas de solución a problemas de acción colectiva en la atención en salud.

5. Conclusiones y recomendaciones

“Parte de la capacidad de guiar un país no tiene nada que ver con Leyes y Normativas, sino con guiar ciertas actitudes, guiar la cultura, la concientización”

Barack Obama– Expresidente Estados Unidos

Este apartado tiene el propósito de recapitular, conectar y contrastar los principales elementos teóricos y empíricos, alrededor de las categorías de *regla informal* y *confianza*. Para ello, se presentan las conclusiones generales respecto a la construcción teórica, el desarrollo metodológico y los hallazgos empíricos. Al respecto, se defiende la idea central de que las reglas informales importan, a pesar de su posible opacidad y subvaloración por parte de políticos y técnicos. Su importancia e impacto en las prácticas cotidianas y, en particular, en el caso de las UCI-Neonatales, son evidenciables. También se presentan recomendaciones en clave del diálogo y la coordinación que deben existir entre los diseñadores de política, los estudiosos sociales de las instituciones, el personal de la salud y las comunidades para alcanzar una mayor comprensión y un adecuado uso de las reglas informales. Por último, a manera de síntesis, se expresan unas reflexiones finales.

5.1. Decálogo de conclusiones

Las bases de la interacción con otros seres humanos son los elementos que se llevan al juego social, a saber, un conjunto de características, conformado por motivaciones, intenciones, razones, decisiones y acciones. En este sentido, es en lo humano donde se encuentran muchas de las respuestas que los científicos sociales han estado buscando. Así, para comprender las instituciones y los sistemas regulatorios, se debe partir desde el *detalle humano*. Una constante identificada en este trabajo, tanto en lo teórico como en lo empírico, es que muchas de las explicaciones para comprender los arreglos y las interacciones de pequeños grupos tienen su núcleo en las personas. *Parto desde mi confianza, luego confío en los demás, coopero e incido.*

El apego al exceso normativo. Existe un imaginario colectivo y es creer que con reglas escritas se resuelve todo. Esto es, sin duda, la evidencia objetiva de que las instituciones en el país no conversan en lenguajes de confianza y requieren de leyes para adelantar negociaciones o relaciones

entre dos o más actores. En los últimos años, ha seguido la proliferación de leyes en el sistema de salud, documentada en la literatura. A su vez, los hacedores de política y los académicos, que al mismo tiempo han manifestado su preocupación sobre el exceso normativo, en lugar de delimitar, guiar y mejorar el quehacer del sistema, han creado desatención en los problemas esenciales del sector de la salud. Los planteamientos teóricos y la evidencia empírica muestran que existen arreglos alternativos de carácter micro, que son útiles para estructurar decisiones y orientar políticas en el día a día. Por lo tanto, se demuestra que hay escenarios y ambientes donde las reglas formales no son la única manera de generar orden, lograr compromiso y obtener los beneficios esperados.

Las reglas informales importan. A pesar de que las reglas formales han gozado de protagonismo, las reglas informales también hacen parte de los sistemas regulatorios, coexisten en la cotidianidad y son esenciales en la estructuración de las relaciones humanas, en la modulación de comportamientos y en la solución de problemas de interés colectivo como los que se encuentran en la salud. En particular, en este trabajo se demuestra que las reglas informales no son propias de los espacios informales, sino que también son usadas, incluso de manera inconsciente, en ambientes formales como, por ejemplo, los hospitalarios. En definitiva, las reglas informales existen e importan y, además, se vuelven tan relevantes como las reglas formales. Incluso, se puede afirmar que la regla informal, como se evidencia en el trabajo de campo, tiene una motivación intrínseca, relativa al deseo de resolver problemas relacionados con la atención en salud. Estas observaciones van en consonancia con los aportes teóricos y los experimentos planteados por los institucionalistas.

La regla informal tiene estructura. Aunque al indagar por el concepto de regla informal, se descubre, en principio, que no hay mucho conocimiento sobre su alcance y que el término para algunos aún es subestimado, la revisión teórica soportada en las bases del institucionalismo y los postulados de Elinor Ostrom, permiten identificar una gramática y una estructura para las reglas formales e informales. Estas últimas no son simples enunciados, gozan de soporte conceptual y lenguaje propio como se ilustró en varios de los apartados del trabajo. Sin embargo, como se presumía en el planteamiento del problema, había un vacío para precisar su definición y darle una ubicación tipológica, este trabajo llena esta particularidad ganándose un espacio propio.

Esta tipología parte de establecer una diferencia entre las reglas que regulan y las que son regulares; regulan porque establecen un orden, utilizan deónticos en sus enunciados (puede, debe, no debe) y porque su incumplimiento acarrea una sanción. En las reglas informales la sanción es definida y ejecutada en su gran mayoría por los mismos participantes, esta es una de las diferencias con las leyes. En esta misma línea, su definición se logra a partir del contraste con las reglas formales y teniendo como componente central la confianza. Así, se logra definir y caracterizar la regla informal como *un arreglo creado por las personas o grupos interesados, de manera autoorganizada, para delimitar, posibilitar y estructurar sus interacciones cotidianas, cuya constitución, expresión, uso, sanción y cambio no requieren de formalismos. Está basada en la confianza y su uso se da a nivel de micro territorios o de ambientes cercanos.*

La confianza un lubricante de las relaciones. Por etéreo que parezca el concepto, su rol en el estudio de las instituciones es fundamental porque permite, de manera voluntaria, que otras personas dispongan del manejo de algún aspecto o asunto cotidiano del propio bienestar, esto bajo una apuesta firme de que los individuos se van a comportar de la manera esperada. Sin desconocer que se trabaja en ambientes de incertidumbre, pero partiendo de interacciones fluidas y basadas en la confianza, se posibilitan los arreglos informales, siendo estos un “decido para que decidan” o, más bien, “decidan para que decidamos”. Un juego de palabras que, en definitiva, esconde todo el potencial de la informalidad: una confianza amplificadora deriva en *redes de confianza*, una categoría que emerge durante la investigación que, a pesar de no estar en el planteamiento del problema, tiene un gran potencial para desarrollarse como dispositivo social, que es parte de la construcción de contextos virtuosos y la generación de acuerdos sociales

El ser humano no es tan egoísta como parece. Desde el planteamiento del problema, se esboza la discusión alrededor de la concepción del ser humano y se pregunta si este es egoísta por naturaleza o existe la disposición para resolver asuntos de interés común de manera colaborativa en sus características intrínsecas. Así, se enuncia y se comprueba que, bajo ciertas condiciones, las comunidades develan estar dispuestas a hacer contribuciones que beneficien al grupo por encima del interés personal. Ostrom es enfática en afirmar que al cambiar las condiciones de contexto o al garantizar unos mínimos, es posible estimular positivamente los atributos de la comunidad y, con ello, tener resultados socialmente óptimos en escenarios donde se presentan problemas con el uso

de los RUC. En las UCI-Neonatales se logran percibir mecanismos colaborativos entre el equipo de trabajo, donde se involucran no solo la buena voluntad sino también la reciprocidad, reputación, y recursividad ante problemas.

Los que influyen no son depositarios de confianza. Tanto los expertos, los coordinadores de las UCI-Neonatal y el equipo de la UCI reconocen que una de las principales problemáticas para la adherencia y legitimidad de las reglas radica en que quienes tienen mayor influencia en la regulación del sistema, son los actores en los que menos se confía. Un ejemplo de esto es la regulación emitida por las altas cortes y el Congreso que, si bien tiene una gran influencia en la conducción del sistema, también hay reticencia para su cumplimiento por parte de los actores por su bajo nivel de confianza. Este hallazgo es un argumento de la adecuada formulación del problema de investigación y, por otra parte, puede verse como evidencia concluyente de que la hipótesis se convierte en tesis, resaltando el exceso normativo y, a su vez, la ausencia de confianza entre los actores del sistema, sobre todo, en quienes hacen la norma.

Lo micro y lo informal en un ambiente formal. Como se ha mencionado, la informalidad es consustancial a lo micro, a los ambientes cercanos, ahora ¿cómo explicar la informalidad en ambientes formales como una UCI-Neonatal –uno de los servicios con estructura más formal en salud–?, este es uno de los interrogantes que se pretendía resolver en la investigación. Pues bien, tanto en los postulados teóricos, como en los hallazgos empíricos, se identifica y demuestra que las reglas informales son aplicables y funcionan bien, dadas ciertas circunstancias en los ambientes informales. Se desvirtúa la idea de que estas solo tienen aplicabilidad en ambientes informales (veredas, barrios, parques, por ejemplo) o en microterritorios, dando cabida a la autorregulación, sanción social, comunicación cercana y confianza en espacios formales con otras configuraciones y niveles culturales, como se demuestra en ambientes hospitalarios. En el caso de la salud, es notable que la vocación de sus profesionales, el propósito de *arreglar la salud*, atender las personas y *salvar vidas*, desata actitudes prosociales intrínsecas, la preocupación de lo humano por lo humano.

La recursividad y el deseo de resolver problemas son motores del microacuerdo. A propósito de los hallazgos en la exploración de campo, se evidencia que en las UCI-Neonatales los

microacuerdos con recursividad resuelven problemas de los recién nacidos porque se garantiza la atención oportuna sin surtir necesariamente todos los pasos administrativos. Dentro de las reglas informales que existen en la unidad, y que fueron mencionadas por los coordinadores, se cuentan: el traslado primario, el cual indica que a un recién nacido lo trasladan para otra UCI-Neonatal de ser necesario sin seguir estrictamente los trámites administrativos; la adecuación de espacios alternativos para la atención, aun sabiendo que una cama UCI es el espacio con mayor reglamentación para la habilitación, pero se adecúan otros lugares para prestar el servicio al recién nacido y, por último, la división del trabajo entre las enfermeras. En el caso de las UCI-Neonatales es evidente que sin hacer uso de estos acuerdos informales los pacientes serían los más perjudicados. *En ambientes hospitalarios las reglas informales están reflejando el estilo de liderazgo, son muy fluidas y flexibles y permiten el cambio fácilmente.* También es observable en estos escenarios, que el cuidado de los microacuerdos por parte de los individuos se incrementa cuando hay buenos resultados, lo que a su vez desemboca en relaciones sostenibles en el largo plazo.

Las reglas nacen, se reproducen y mueren. Similar a lo que se encuentra en la literatura y el desarrollo teórico de las reglas, en el trabajo de campo se evidencia el ciclo de las reglas, en particular, de las informales, donde los interesados crean sus propias reglas, las modifican y las dejan de usar si consideran que son inútiles o inapropiadas. En este sentido, se refuerza la idea de que las reglas informales van en sincronía con la realidad de los territorios, son adecuadas, dado que responden de inmediato a los problemas de contexto vigentes y se adecuan fácilmente al no acarrear formalismos para su funcionamiento. Los expertos entrevistados se refirieron a algunas reglas que se han ido adecuando a la realidad de los territorios. Este es el caso de la distribución de cargas de trabajo entre las enfermeras de una UCI-Neonatal, donde se pasó de distribuir la atención por número de recién nacidos, a puntos de acuerdo con la gravedad de los mismos. Así las cosas, esta nueva regla reemplaza la anterior y es una solución efectiva porque logra que las enfermeras trabajen a gusto y los recién nacidos tengan una mejor atención.

Experimentos sociales como senda para entender el comportamiento humano. En el sector salud no es muy conocido el uso de metodologías experimentales que pretendan comprender y ahondar en el comportamiento de las personas en sus diferentes relaciones, negociaciones y

escenarios de decisión del sistema. Los análisis experimentales propuestos por los institucionalistas, estudiosos del comportamiento y, en particular, Elinor Ostrom, tienen gran aplicabilidad en el sector, basándose en el hecho de que el sistema puede verse como un RUC. Con el experimento deliberativo en una UCI-Neonatal, se logra evidenciar niveles de confianza superiores al 80%, con niveles de reciprocidad del 36%, hallazgo superior a los juegos de confianza que se han realizado en otros sectores. Este resultado demuestra, por una parte, que es posible el establecimiento de acuerdos extranormativos (reglas informales), que permitan subsanar los problemas que acontecen en la cotidianidad de los equipos de salud y, por otra, que los profesionales de la salud se reconocen con seres humanos con actitudes prosociales y autorreflexivas que anteponen el bienestar colectivo sobre el particular en su ejercicio profesional y ejerciendo control social, para evitar arbitrariedades.

En la investigación se presentaron algunas limitaciones relativas a la aplicación de herramientas cualitativas como, por ejemplo, la no validez externa de los resultados, en la medida en que no se tiene una “muestra representativa” o un número muy amplio de observaciones. Sin embargo, también se puede reconocer como un acierto de estos métodos la posibilidad de tener información exhaustiva a nivel de microterritorios y el detalle humano, logrando escalar y referenciar los resultados de estos a otros escenarios más macro que tengan situaciones similares.

Adicionalmente, las críticas propias de los postulados institucionalistas son también puntos de especial atención en el desarrollo de esta tesis doctoral. Así, las posibles confusiones que se manifiestan al hablar de institución e individuo, o las ambigüedades alrededor del concepto de regla informal, su existencia y funcionamiento, son algunos de los elementos que se resolvieron con claridades y aproximaciones teóricas más completas. Con respecto al concepto de autonomía profesional, que podría considerarse como un gobierno en la decisión, se evidencian ciertos vasos comunicantes con el tema de autorregulación, pero es importante entender que cuando se habla de autonomía médica o profesional, la acción está determinada por los propios conocimientos, principios y valores que al profesional atañe. Así, se trata de una acción individual, delegada por los pacientes y aceptada por los sistemas, decisión que no está influenciada por otra persona, contrario a lo que ocurre con la autorregulación de grupos y microterritorios donde los acuerdos son convenidos colectivamente.

5.2. Recomendaciones

Como se ha manifestado y argumentado de manera transversal en la tesis, existen alternativas regulatorias complementarias a la regulación formal que permiten alcanzar objetivos socialmente deseables y es precisamente la confianza, la encargada de configurar la base para los arreglos informales, facilitando la autoorganización y la cooperación de los interesados. Estos dos aspectos son fundamentales y, de ellos, se desprenden las recomendaciones del trabajo.

Las reglas informales como alternancia y complemento de los sistemas. Además de la preocupación por el estudio y la visibilidad de las diferentes formas de regulación, una de las recomendaciones del trabajo se centra en superar la idea de que los asuntos sociales y cotidianos solo se armonizan o solucionan con reglas formales, leyes o decretos y, más bien, se propone la exploración y experimentación con otras formas de regulación. A pesar de que persiste cierta incertidumbre en cómo usar las reglas informales en el sector salud, es conveniente, en este sentido, crear espacios de discusión y aprendizaje, que permitan el análisis y estudio en profundidad de la informalidad, en conjunto con la realización de experimentos (deliberativos, del comportamiento y similares) en los diferentes escenarios del sector. Lo anterior, propendiendo siempre por la sinergia entre hacedores de política pública, estudiosos de las ciencias del comportamiento y personal de salud (técnicos decisores del día a día).

Confianza en la confianza. Es necesario que los individuos, grupos y comunidades no se queden con la idea predominante de la representación egoísta de los individuos y la sociedad misma. Aunque es difícil superar los problemas planteados en los dilemas sociales y de acción colectiva, el Estado, los políticos, las comunidades y los individuos deben estimular reglas que conecten e introduzcan la confianza en los procesos de decisiones públicas. Hay que motivar a los actores del sistema para responder a las preguntas ¿Cómo construir y mantener redes de confianza en el sistema de salud? ¿Por qué estas pueden funcionar en unos contextos, territorios y ambientes y en otros no? Y, en esta lógica, estimular la creatividad, el liderazgo y las capacidades para construir un *nosotros* que propicie siempre redes de confianza. Además, demostrar cómo estas redes, además de propiciar la sociabilidad, son eficientes y disminuyen, por ejemplo, los costos que

acarrear el control y la sanción que tienen las actuaciones bajo un esquema exagerado de formalidad.

Anidando espacios para estudiar conceptos emergentes y convergentes. A partir de esta tesis, se sugiere que investigadores sociales y del sector salud amplíen el horizonte para ahondar en conceptos relativos a las reglas informales y su funcionamiento como la reputación, la reciprocidad, la cooperación y su aplicación en el campo de la salud. Igualmente, a la par de la investigación, se recomienda que, en los diferentes escenarios de docencia, en especial posgrados, las reglas informales y temáticas afines puedan ser parte de los contenidos, logrando de esta forma, incidir en las agendas públicas. Para esto se considera necesario que el autor, en conjunto con la Universidad, pueda realizar una divulgación amplia de la tesis, como una motivación para el posicionamiento de estos temas en los espacios académicos y en los ambientes hospitalarios.

Para todos los actores del sistema que tienen la percepción e, incluso, la evidencia de que el sector está desarticulado una invitación final es dejar a un lado los señalamientos hacia los formuladores de política, hacia otros sectores y otros prestadores y, más bien, reconocer las propias debilidades regulatorias y arbitrariedades que inconscientemente se cometen en el sector salud, evitando seguir cayendo en ellas y ser conscientes de que la noción de confianza incluye dos conceptos adicionales: la esperanza y oportunidades, sin las cuales no existiría el relacionamiento social, ni el bienestar colectivo que justifica y reivindica la labor en la atención en salud a las personas y familias.

Es importante reconocer que esta tesis doctoral continúa con la línea de investigación relativa a la visibilidad de las actitudes prosociales de los actores del sistema, y el potencial de las redes de confianza, donde es fundamental responder las siguientes preguntas: ¿Cómo resaltar y visibilizar la disposición a la cooperación y solidaridad que existe entre los grupos humanos que atienden la salud? y, ¿cómo construir y mantener redes confianza en el sistema de salud? ¿Por qué sistemas reglados similares tienen una apropiación y unos resultados divergentes en cada territorio? Responder a estas preguntas puede ayudar a generar aplicaciones que contribuyan al arreglo de las problemáticas en salud de Colombia. También es retador que los resultados de este tipo de trabajo sean divulgados y conocidos en los campos sociales y en el sistema de salud, para que comunidades

y grupos propositivos, autónomos y conscientes de sus problemáticas, desencadenen actuaciones para unos mejores resultados de salud en individuos y poblaciones.

5.3. Síntesis

La salud tiene arreglo. La búsqueda por tener un sistema social que permita proteger y cuidar a las personas y poblaciones de las contingencias que traen los fenómenos de la salud y la enfermedad que se presentan en nuestra experiencia vital, es permanente y aspiracional. Los sistemas de salud son complejos en su funcionamiento y están sometidos a cambios constantes y, a veces, críticos, lo cual hace que sus escenarios de actuación se enmarquen en la incertidumbre. En parte, esta incertidumbre, como se demuestra en este trabajo, intenta contrarrestarse con el diseño y la aplicación de reglas escritas o formales, reglas que surgen de contextos desconocidos y no necesariamente de las personas y comunidades que las necesitan. Por esta razón, en lugar de aportar o generar impactos positivos, generan desarreglos en los sistemas de salud. En este sentido, es claro que la verdadera regulación no se impone desde afuera, sino que surge de la consciencia, la convicción y la deliberación sobre cómo orientar nuestras decisiones y comportamientos.

Lo que se logra demostrar en este trabajo es que, a partir de pequeñas acciones autoorganizadas enmarcadas en microterritorios cercanos, aparecen acuerdos y actos espontáneos que, basados en la confianza, vienen cargados de comportamientos que estructuran relaciones cooperativas y resolutivas. A su vez, a través de la repetición, se configuran redes de confianza y se ordenan funciones sociales para atender las necesidades en salud. Historias habituales como la de Matías (citada en el comienzo del trabajo), así como testimonios y ejemplos obtenidos en la indagación empírica, son muestra de que, mediante la suma de experiencias regulatorias informales en nuestro medio, la salud tiene arreglo.

“No incumplimos leyes, salvamos vidas”. Lo que hay en una sociedad son personas, familias y grupos, motivados por sus valores y razones para desarrollar acuerdos y negociaciones, asuntos que frecuentemente pasan desapercibidos dentro de la estructura social porque no gozan de formalidad, pero ahí están, construyendo tejidos humanos. El laboratorio de las humanidades es la sociedad misma, incluyendo sus organizaciones e instituciones. Cada uno lleva al juego lo que es.

Con estos planteamientos se pretende afirmar que en la sociedad hay individuos y comunidades potencialmente prosociales, con atributos y capacidades que suelen ser desconocidas porque hacen parte del detalle humano, no de las estructuras macro socialmente preestablecidas. Sin embargo, ahí están regenerando relaciones, construyendo tejidos y redes para que los problemas de acción colectiva que aquejan la sociedad puedan encontrar soluciones viables y creativas y, sobre todo, basadas en la confianza. En el campo de la salud, manteniendo la vida, cuando se puede, salvándola y también acompañando sus procesos finales.

Ante la incertidumbre *siempre presente, nos ayudamos*. La versión final de esta tesis coincide con la aparición de la pandemia por Covid-19, que, por supuesto, ha impactado negativamente a todo el mundo y ha exigido la actuación oportuna de los gobiernos y los sistemas de salud en el marco de la emergencia sanitaria. Si bien esta se considera una problemática que implica reacciones en cada país y territorio, en el ámbito local, en particular, se ha podido identificar, en principio, elementos que coinciden con muchos de los postulados de la tesis. Por ejemplo, la flexibilidad y la oportunidad para llegar a acuerdos, la autoorganización del sector para lograr la capacitación del recurso humano y de la red de servicios de manera conjunta para atender la crisis, la articulación de políticos, decisores técnicos, empresarios y comunidades buscando propósitos comunes, comportamientos sociales convenidos, orientados y a consciencia, muchos de ellos basados en la confianza y con controles sociales donde la cooperación brilla por encima de la competencia.

La economía y cultura del cuidado una nueva realidad mundial. Aunque siempre se ha expresado que prevenir es mejor que curar, en la práctica este enunciado no se había llevado en el día a día como un comportamiento colectivo. No obstante, la pandemia, como un detonante de cambios (no todo es malo), propicia nuevas razonabilidades y, una de ellas, es el valor que los individuos y la sociedad están asumiendo sobre el cuidado: hoy se invierte y se paga de manera deliberada por obtener y usar elementos de protección personal: tapabocas, utensilios de higiene personal, vacunas, espacios saludables etc.; pero, además, se invierte y se decide que el autocuidado, el cuidado a las familias, a las organizaciones y al medio ambiente es de sumo valor y necesaria para la supervivencia de la especie humana. El aprecio por el cuidado trae nuevas formas de relacionamiento y de construir sociedad, nuevas oportunidades para comprender el valor

de la cooperación, la autoorganización, la confianza: *nuevas cosmovisiones sobre la salud y la vida.*

Lo que ha sido este viaje. Normalmente después de un viaje, se hacen balances de lo ocurrido y, como en el poema de Ítaca, la meta es importante, pero mejor el camino recorrido. En este trabajo de tesis doctoral *La salud tiene arreglo*, son muchos los aprendizajes en lo personal y en lo académico. El camino humano, teórico y práctico sobre lo que significa la regulación en una sociedad y, más específicamente, sobre el sentido de cómo autoorganizarnos para llegar a acuerdos y resolver problemas, ha sido una inversión muy valiosa. No obstante, también en este trasegar se dejan aportes que, sin duda alguna, pueden ser útiles para tomadores de decisiones y actores del sector que están preocupados por un mejor Sistema y por lograr una mejor salud.

El reconocer la confianza como una variable fundamental para la configuración de las reglas informales y, producto de ello, comprender lo trascendental y lo importante que pueden ser las redes de la confianza, descubrir cómo la aplicación de reglas informales propician escenarios para pasar de la competencia a la cooperación, concebir la importancia de lo micro, aplicar experimentos deliberativos en instituciones de salud, entender que la gente aplica reglas informales y que es posible resolver problemas colectivos, apreciar la recursividad y la vocación del personal de la salud y vislumbrar que las disciplinas humanas son de una riqueza inmensa para comprender y comprendernos, son algunos de los aciertos que ha tenido este trabajo y que asientan el reconocimiento de un resultado muy positivo. *La salud tiene arreglo y el arreglo parte de lo humano.*

¡Este viaje valió la pena!

Referencias bibliográficas

- Abimbola, S., Negin, J., Jan, S., & Martiniuk, A. (2014). Towards people-centred health systems: A multi-level framework for analysing primary health care governance in low-and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 29, ii29–ii39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu069>
- Aguirre, A. (2014). Organización y evaluación de servicios hospitalarios. In *Fundamentos de Salud Pública. Tomo II: Administración de servicios de salud* (CIB Fondo, p. 229).
- Ahn, T. K., & Ostrom, E. (2002). Social capital and the second-generation theories of collective action: an analytical approach to the forms of social capital. *Annual Meeting of the American Political Science Association*, 29.
- Alonso, J., & Garciamartín, C. (2008). Delimitando el concepto. In *Acción colectiva y desarrollo. El papel de las instituciones* (p. 316).
- Aoki, M. (2007). Endogenizing Institutions and institutional changes. *Journal of Institutional Economics*, 3(1), 1–31.
- Axelrod, R. (1984). *La evolución de la cooperación: el dilema del prisionero y la teoría de juegos*.
- Ayala, J. (1999). *Instituciones y economía: una introducción al neoinstitucionalismo económico*.
- Banco Mundial. (2015). *Informe sobre el desarrollo mundial. Mente, Sociedad y Conducta*. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648>
- Bejarano, J. (1999). El análisis económico del derecho: comentarios sobre textos básicos. *Revista de Economía Institucional*, 1(1), 155–167. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59961999000100010
- Bellieni, C. V. (2019). Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología. *Bioethics Update*, 5(1), 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.02.004>
- Benedetti, Á. (2017). El marco de análisis y desarrollo institucional (IAD), una herramienta de análisis de políticas públicas. Estudio del caso Agro Ingreso Seguro (AIS). *Estudios Políticos (Medellín)*, 50. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n50a08>
- Berg, J., Dickhaut, J., & McCabe, K. (1995). Trust, Reciprocity, and Social History. *Games and Economic Behavior*, 10, 122–142. <https://doi.org/10.1006/game.1995.1027>
- Bicchieri, C., & Casas, A. (2019). *Nadar en contra de la corriente. Cómo unos pocos pueden cambiar los comportamientos de toda una sociedad*.
- Bicchieri, C., & Mercier, H. (2014). Norms and Beliefs: How Change Occurs. *The Complexity of Social Norms*, 63(January 2014), 60–82. https://doi.org/10.1007/978-3-319-05308-0_3
- Bicchieri, C., & Muldoon, R. (2014). Normas sociales. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Black, M. (1962). *Models and Metaphors*.
- Blanco, I. (2009). Gobernanza urbana y políticas de regeneración: el caso de Barcelona. *Revista Española de Ciencia Política*, 20(4), 125–146.
- Blum, H. (1971). *A working definition of health for planners: Merging concepts*.
- Bowles, S. (2004). Microeconomics : behavior, institutions, and evolution. In *The roundtable series in behavioral economics*. <https://doi.org/10.1177/0486613406293231>

- Bowles, S. (2010). *Microeconomía. Comportamiento, instituciones y evolución*.
https://bowlesmicroeconomia.uniandes.edu.co/capitulos/Microeconomia_Bowles_Completo.pdf
- Brito, P. (2004). *Rectoría Sectorial en Salud: Desafíos Actuales*.
- Bruni, L., & Zamagni, S. (2007). *Economía cívil. Eficiencia, equidad, felicidad pública* (Bononiae 1).
- Buchanan, J. (1965). An economic theory of clubs. *Economica*, 32(125), 1–14.
- Camps, V. (2011). La falta de confianza. In *El gobierno de las emociones* (Herdee Edi).
- Cárdenas, J. (2019). Paz como tranquilidad. In A. Eslava (Ed.), *Lo mejor de las personas. Teoría, intervención y agenda de la cultura ciudadana* (EAFIT, pp. 57–59).
- Cárdenas, J. C. (2009). *Dilemas de lo Colectivo. Instituciones, pobreza y cooperación en el manejo local de los recursos de uso común* (Ediciones Uniandes (ed.)).
- Cárdenas, J. C. (2018). Paz como tranquilidad. In *¿Cómo mejorar a Colombia?* (Editorial, pp. 265–286).
- Cárdenas, J. C. (2019). Paz como tranquilidad. In *Lo mejor de las personas. Teoría, intervención y agenda de la cultura ciudadana* (Editorial, pp. 57–69).
- Chang, A., & et al. (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*, 393(10187), 2233–2260.
- Chernichovsky, D. (1995). Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 339–372.
- Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, (2007). <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Colombia Presidencia de la República. (2018). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022*.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022-Interactivo.pdf>
- Commons, J. R. (1931). Economía Institucional. *REVISTA DE ECONOMÍA INSTITUCIONAL*, 5(8), 191–201.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v5n8/v5n8a9.pdf>
- Cooper, H., & Valentine, J. (2008). Research Synthesis and meta-analysis. In *Handbook of Research on Adult Learning and Development* (Routledge, pp. 184–202).
- Dávila, L. F. (2017). *La seguridad crimen y orden: análisis de las reglas informales de la seguridad y el crimen en Medellín 2005-2015*. Universidad EAFIT. Medellín, Colombia.
- Decreto 1683 de 2019. Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2 .1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseg, (2019).
- Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). Global Health Governance A CONCEPTUAL REVIEW. *Centre on Global Change & Health Dept of Health & Development London School of Hygiene World Health Organization & Tropical Medicine*.
- Elster, J. (1989). *Tuercas y tonillos: una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales*. Press Syndicate of University of Cambridge.
- Eslava, A. (2010a). Análisis neoinstitucional de políticas públicas. In *Enfoques para el análisis de políticas públicas*

- (Digiprint, pp. 97–124).
- Eslava, A. (2010b). La idea de la justicia al servicio del desarrollo en Amartya Sen. *Revista Co-Herencia*, 7(13), 245–260.
- Eslava, A. (2011). *El juego de las políticas públicas. Reglas y decisiones sociales* (Fondo Edit, Issue November de 2011). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28611.40482>
- Eslava, A. (2012). Racionalidades en el institucionalismo: ideas desde Thorstein Veblen y Pierre Bourdieu. *Sociedad y Economía*, 22(January 2012), 289–302.
- Eslava, A. (2013). *Experimentos de campo como herramienta metodológica para el análisis institucionalista de políticas públicas*.
- Eslava, A. (2014). *Oro como Fortuna. Instituciones, capital social y gobernanza de la minería aurífera colombiana*.
- Eslava, A. (2017). *Políticos, técnicos y comunidades: una visión institucionalista del urbanismo social en Medellín* (Fondo edit).
- Eslava, A. (2019). *Experimentar para decidir. Comprensión del comportamiento prosocial para la toma de decisiones públicas*.
- Eslava, A., Orozco, H., & Valencia, G. (2011). Los nuevos institucionalismos como riqueza metodológica para el estudio de la política. *Opera*, 11, 5–28.
- Figueras, A., & Moreno, H. (2013). La teoría del consumo y de los ciclos en Thorstein Veblen. *Economía Institucional*, 15(28), 159–182.
- Fukuyama, F. (1995). *TRUST. The Social Virtues and Creation of Prosperity* (The Free P). Simon & Schuster.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa* (Fondo editorial Universidad EAFIT (ed.)).
- Gallup Colombia Ltda. (2017). #120 Colombia Agosto 2017 Gallup Poll. <https://www.elpais.com.co/especiales/encuesta-gallup-121.pdf>
- García, M. (2014). Norma social – Norma jurídica. *EUNOMÍA. Revista En Cultura de La Legalidad*, 0(2), 133–138. <https://doi.org/10.20318/EUNOMIA.2016.2076>
- Giraldo, J., Casas, A., Méndez, N., & Eslava, A. (2013). *Valores, representaciones y capital social en Antioquia*.
- Girola, L. (2005). Existen reglas que no son normas. In *Anomía e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo* (Anthropos).
- Gómez, M., Toledo, E., & Jiménez, J. (2013). Sistemas de salud. Modelos. In *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un manual para las ciencias de la salud* (pp. 419–424).
- González, J. (2005). La Economía y el Dato Novelado. In *Navegaciones. El magisterio y la Investigación* (pp. 174–187).
- Grupo de Economía de la Salud (GES). (2002). *La regulación en el sistema de salud colombiano*.
- Hardin, G. (1968). The Tragedy of the Commons. *Science*, 162(3859), 1243–1248.
- Hardin, R. (2010). Confianza y sociedad. In *Confianza y confiabilidad* (pp. 232–266).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (McGRAW-HILL & INTERAMERICANA EDITORES S.S. DE C.V. (eds.)).
- Hertwig, R., & Grüne-Yanoff, T. (2017). Nudging and Boosting: Steering or Empowering Good Decisions.

- Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 973–986. <https://doi.org/10.1177/1745691617702496>
- Hodgson, G. (2000). La ubicuidad de los hábitos y las reglas. *Revista de Economía Institucional*, 2(3), 11–43.
- Homan, P. T., Clark, J. B., Veblen, T., Marshall, A., Hobson, J. A., & Mitchell, W. C. (1928). *Contemporary economic thought*.
- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, 22, 35–45.
- Indiana University Bloomington. (1973). *History Ostrom Workshop*. <https://ostromworkshop.indiana.edu/about/history/index.html>
- Jadad, A., Serra, M., Ospina-Palacio, D., Espinal, S., & Rodríguez, D. (2018). *Redes de confianza: La clave para lograr resultados de salud de clase mundial con un presupuesto reducido*.
- Jessop, B., Bula, J., & Supelano, A. (1999). *Crisis del estado de bienestar: hacia una nueva teoría del estado y sus consecuencias sociales*. Siglo del Hombre Editores. <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=056675>
- Jonassen, D., & Kim, B. (2009). Arguing to learn and learning to argue: design justifications and guidelines. *Educational Technology Research and Development*, 58(4), 439–457.
- Kalmanovitz, S. (2004). La cliometría y la historia económica institucional: reflejos latinoamericanos. *Historia Crítica*, 27, 63–82. <http://nber.org>
- Kramer, R. M. (1999). Trust and distrust in organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. *Annual Reviews*, 50, 569–598.
- Levitt, S., & List, J. (2007). On the generalizability of lab behaviour to the field. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'économique*, 40(2), 347–370.
- Londoño, J., & Frenk, J. (1996). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Observatorio de La Salud*.
- Luhmann, N. (1996). Confianza. *Anthropos*, 996.
- Magliocca, N. R., Rudel, T. K., Verburg, P. H., McConnell, W. J., Mertz, O., Gerstner, K., Heinimann, A., & Ellis, E. C. (2015). Synthesis in land change science: methodological patterns, challenges, and guidelines. *Regional Environmental Change*, 15(2), 211–226. <https://doi.org/10.1007/s10113-014-0626-8>
- Maldonado, M. A. (2015). *Autorregulación: análisis normativo* [Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137601/Autorregulación-análisis-normativo.pdf?sequence=1>
- Mantzavinos, C., North, D. C., & Shariq, S. (2015). Aprendizaje, Instituciones y Desempeño Económico. *Economía & Región*, 9(1), 11–34. <http://www.mantzavinos.org/wp-content/uploads/2009/02/Mantzavinos-North-Shariq-Spanish.pdf>
- Massaro, M., Dumay, J., & Guthrie, J. (2016). On the shoulders of giants: undertaking a structured literature review in accounting. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29(5), 767–801. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/MRR-09-2015-0216>
- McBurney, P., Hitchcock, D., & Parsons, S. (2007). The Eightfold Way of Deliberation Dialogue. *International Journal of Intelligent Systems*, 22(1), 95–131.

- Michellini, D. (2015). Deliberación: Un concepto clave en la teoría de la democracia deliberativa de Jürgen Habermas. *Estudios de Filosofía Práctica e Historia de Las Ideas*, 17(1), 59–67.
- Miller, G. (1992). *Managerial Dilemmas. The Political Economy of Hierarchy*.
- Mitnick, B. (1989). *La economía política de la regulación*.
- Mockus, A. (1994). Anfibios culturales, moral y productividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 3, 125–135.
- Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 33(4), 287–293. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400008>
- Molina, G., Ramírez, A., & Ruíz, A. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el buen común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*.
- MSPS. (2018). *Normativa. La Salud Es de Todos*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/normativa.aspx>
- MSPS. (2019a). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018*.
- MSPS. (2019b). *Comportamiento del aseguramiento*. Indicador Del Comportamiento Histórico de La Afiliación Al SGSSS. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubsidado.aspx>
- Muñoz, I. F., Londoño, B. E., Higuera H, Y., Sarasti, D. A., & Molina M, G. (2009). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 142–152. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200005
- North, D. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 97–112. http://kysq.org/docs/North_91_Institutions.pdf
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*.
- Nowak, M. (2006). Five rules for the evolution of cooperation. *Science*, 314(6), 106–108. <https://doi.org/10.1126/science.1133755.Five>
- Nowak, M., & Highfield, R. (2012). *Super cooperadores. Las matemáticas de la evolución, el altruismo y el comportamiento humano (o por qué nos necesitamos los unos a los otros para triunfar)*.
- O'Donoghue, T., & Somerville, J. (2018). Modeling Risk Aversión in Economics. *The Journal of Economic Perspectives*, 32(2), 91–114.
- Oehmke, F., Lauer, T., Baecker, J., Mader, S., Soydan, N., Born, T., Brumhard, M., Dettmeyer, R., Staszewski, S., Heinemann, T., Kilian, U., Sarikaya, Y., Kress, H., Tinneberg, H. R., Bilgin, Y., Zimmer, K. P., & Ehrhardt, H. (2019). Ethical, legal, and religious aspects at the border of viability. *Frontiers in Pediatrics*, 7(MAY), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00175>
- Ostrom, E. (1986). An Agenda for the Study of Institutions. *Public Choice*, 48(1), 3–25.
- Ostrom, E. (1987). Building Trust to Solve Commons Dilemmas: Taking Small Steps to Test an Evolving Theory of Collective Action. *Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, 812.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons : the evolution of institutions for collective action*.

- Ostrom, E. (1998). A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action. *American Political Science Association*, 92(1), 1–22.
- Ostrom, E. (2000). *EL Gobierno de los bienes comunes: la evolución de las instituciones de acción colectiva* (Universidad Nacional Autónoma de México (ed.); Primera ed).
- Ostrom, E. (2010). A Long Polycentric Journey. *Annual Review of Political Science*, 13(1), 1–23. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.090808.123259>
- Ostrom, E. (2011). Background on the Institutional Analysis and Development Framework. *The Policy Studies Journal*, 39(1), 7–27. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2010.00394.x>
- Ostrom, E. (2014). Más allá de los mercados y los Estados: Gobernanza policéntrica de sistemas económicos complejos. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(5), 15–70.
- Ostrom, E. (2015). *Comprender la diversidad institucional* (Fondo de Cultura Económica Universidad Autónoma Metropolitana (ed.)).
- Parada, J. (2003). Economía institucional original y nueva economía institucional semejanzas y diferencias. *Revista de Economía Institucional*, 5(8), 92–116.
- Pauly, M. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3), 521–537. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1813785.pdf?refreqid=excelsior%3Ae0516b5d7112b813fd29112a521483c9>
- Peláez, J. A. (2019). Judicialización de la salud en Colombia. *El Pulso*. <https://bit.ly/2LmEozC>
- Pérez, P. (2013). Sistemas de Salud. In Corporación para Investigación Biológicas (Ed.), *Fundamentos de Salud Pública. Tomo I* (pp. 39–50).
- Peters, B. G. (2003). *El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política* (Gedisa Editorial (ed.); Primera ed).
- Poteete, A., Janssen, M., & Ostrom, E. (2012). TRABAJAR JUNTOS. Acción colectiva, bienes comunes y múltiples métodos en la práctica. In Instituto de Investigaciones Sociales (Ed.), *Estudios Agrosociales y Pesqueros* (Traducción, Vol. 22, Issue 2). <https://doi.org/10.1080/1747423X.2014.883731>
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*.
- Ragin, C. (2007). *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*.
- Rahman, H. M. T., Hickey, G. M., & Sarker, S. K. (2012). A framework for evaluating collective action and informal institutional dynamics under a resource management policy of decentralization. *Ecological Economics*, 83, 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2012.08.018>
- Real Academia de la Lengua. (2014). *Pacto*. <http://dle.rae.es/?id=QcFNGvF>
- Restrepo, J. H., Atehortúa, S., & Rodríguez, S. (2008). *Introducción a la Economía de la Salud en Colombia* (Centro de Investigaciones y Consultorías. Universidad de Antioquia (ed.)).
- Restrepo, J., & Rodríguez, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Rev Economía Institucional*, 7(12), 165–190.
- Restrepo Zea, J. H., Lopera Sierra, J. F., & Rodríguez Acosta, S. M. (2006). Integración vertical en el sistema de salud colombiano : aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. *Borradores Del CIE*, 15, 29.
- Searle, J. (2006). ¿Qué es una institución? *Revista de Derecho Político*, 66, 89–120.

- Seckler, D. (1977). *Thorstein Veblen y el institucionalismo. Un estudio de la filosofía social de la economía* (Fondo de C).
- Seligman, A. (1997). *The Problem of Trust*.
- Sell, J., & Wilson, R. (1991). Levels of Information and Contributions to Public Goods. *Social Forces*, 70, 107–124.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 14–20. file:///C:/Users/laura/Downloads/Dialnet-ElDesarrolloComoLibertad-2899993.pdf
- Seppänen, R., Blomqvist, K., & Sundqvist, S. (2007). Measuring inter-organizational trust-a critical review of the empirical research in 1990-2003. *Industrial Marketing Management*, 36(2), 249–265. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2005.09.003>
- Serra, D., Serneels, P., & Barr, A. (2011). Intrinsic motivations and the non-profit health sector: Evidence from Ethiopia. *Personality and Individual Differences*, 51(3), 309–314.
- Shymanska, O. (2020). Radical rethinking of the economics of poverty in research by A. Banerjee, E. Duflo, M. Kremer (2019 Nobel Prize in Economic Sciences). *Herald of Ternopil National Economic University*, 1(95), 213–225.
- Silva, S., Garro, J. E., López, N., & Trujillo, J. P. (2019). Confianza, normas sociales y representación del otro. La implementación la estrategia de cultura ciudadana “Medellín Está Llena de Ciudadanos Como Vos.” In A. Eslava (Ed.), *Lo mejor de las personas. Teoría, intervención y agenda de la cultura ciudadana* (EAFIT, pp. 123–133).
- Simard, M., Gagné, A. M., Lambert, R. D., & Tremblay, Y. (2014). A transdisciplinary approach to the decision-making process in extreme prematurity. *BMC Research Notes*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-450>
- Smith, V. (1976). Experimental Economics: Induced Value Theory. *The American Economic Review*, 66(2), 274–279. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1817233.pdf>
- Spencer, R., & Yohe, W. (1970). *The ‘Crowding Out’ of Private Expenditures by Fiscal Policy Actions*. *October*, i2-24.
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34–50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas* (Editorial). https://www.academia.edu/234911/Análisis_y_gestión_de_políticas_públicas_Parte_1_See_parte_2_http_igop_uab.es_
- Swales, J. (1990). *Genre analysis: english in academic and research settings*.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2017). *Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad*.
- Tilly, C. (2010). *Confianza y gobierno*.
- Tobón, A. F. (2016). *Confianza no es miedo* (Ediciones).
- Urbano, D., Casero, J., & Mogollón, R. (2007). La teoría económica institucional: el enfoque de North en el ámbito

- de la creación de empresas. In *Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM* (p. 35). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2499446.pdf>
- Vargas Madrid, A. (2011). *Coherencia entre reglas informales y reglas formales en Colombia . La Constitución de 1991 : ¿ Verdadero contrato social ?* 233–252.
- Veblen, T. (1898). Why is economics not an evolutionary science? *The Quarterly Journal of Economics*, 12(4), 373–397. <https://doi.org/10.1177/0309132512463300>
- Veblen, T. (1899). The Theory of the Leisure Class. In *Oxford World's Classics* (Oxford Uni, Vol. 7, Issue 4). <https://doi.org/10.1086/250610>
- Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis* (P. R. H. G. Editorial (ed.); Primera ed).
- Walton, D., Toniolo, A., & Norman, T. (2014). *Missing phases of deliberation dialogue for real applications*.
- Williamson, O. (1973). Markets and hierarchies. Some elementary considerations. *American Economic Review*, 63(2), 316–325.
- Williamson, O. (1975). *Markets and hierarchies*. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pg-wGL12BjUC&oi=fnd&pg=PA106&dq=Oliver+E.+Williamson+\(1975\),+&ots=vVRrmAGaak&sig=atQ5BgG5OzdUtgnFIT__Kesnch8](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pg-wGL12BjUC&oi=fnd&pg=PA106&dq=Oliver+E.+Williamson+(1975),+&ots=vVRrmAGaak&sig=atQ5BgG5OzdUtgnFIT__Kesnch8)
- World Health Organization. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/iris/handle/10665/39275>
- Wyborn, C., Louder, E., Harrison, J., Montambault, J., Montana, J., Ryan, M., Bednarek, A., Nesshöver, C., Pullin, A., Reed, M., Dellecker, E., Kramer, J., Boyd, J., Dellecker, A., & Hutton, J. (2018). Understanding the Impacts of Research Synthesis. *Environmental Science and Policy*, 86, 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2018.04.013>
- Yamagishi, T. (2001). Trust as a form of social intelligence. In *Trust in Society* (pp. 121–147).

Anexo 1. Entrevista semiestructurada visión externa

La entrevista se realiza en el marco de la investigación “LA SALUD TIENE ARREGLO. Las reglas informales y su uso en ambientes hospitalarios del departamento de Antioquia: aproximación a su comprensión desde el institucionalismo” la cual sustenta un proyecto de tesis del doctorado en humanidades de la Universidad EAFIT.

I. Objetivos

- Conocer el punto de vista del entrevistado, como actor cualificado dentro del sistema de salud, en cuanto a la regulación del sector salud, especialmente a partir de la Ley 100 de 1993.
- Identificar las reglas más importantes, sus características y su permanencia en el sistema de salud colombiano.
- Analizar la visión externa de la regulación en salud para los prestadores de servicios de salud.

II. Preguntas orientadoras

a. Marco regulatorio del sistema de salud

- Pregunta rectora: ¿cuáles son las tres palabras clave para definir el marco regulatorio del sistema?
- Pregunta complementaria: ¿cuál es el problema central que identifica en la regulación del sistema de salud?

b. Reglas informales

- Pregunta rectora: ¿qué le sugiere el concepto regla informal?
- Pregunta complementaria: ¿qué opina de la afirmación “las reglas informales son arreglos basados en la confianza”?

c. Uso de las reglas informales en ambientes hospitalarios

- Pregunta rectora: ¿qué caracteriza el uso de las reglas informales en los ambientes hospitalarios?

- Preguntas complementarias ¿existe un prejuicio?, ¿el papel de la confianza?, ¿hay predisposición a la cooperación y a la autoorganización?

d. Impacto del uso de reglas informales en el sistema de salud

- Pregunta rectora: ¿Cuál es la contribución del uso de las reglas informales al sistema de salud?
- Preguntas complementarias: ¿las reglas informales son reglas para arreglar la salud o son irrelevantes?
- ¿Desea señalar algún aspecto relevante que no haya sido abordado en la entrevista?

III. Encuesta sobre confianza e influencia

Califique de 1 (muy bajo) a 4 (muy alto):

1. El nivel de confianza que tiene en los siguientes actores
2. El grado de influencia que estos actores ejercen sobre la función de regulación en el sistema de salud.

Actores	1. Confianza	2. Influencia
ADRES		
Altas cortes		
Congreso de la República		
Contraloría general		
EPS		
Gremios de los profesionales		
Hospitales privados		
Hospitales públicos		
Jueces y Fiscales territoriales		
Ministerio de Salud y Protección Social		
Procuraduría general		
Profesionales de la salud		
Secretarías de salud territoriales		
Sindicatos del sector salud		
Super Salud		

Universidades formadoras recurso en salud		
Usuarios del Sistema		

IV. Relación respuesta expertos y gerentes del sistema de salud

- Entrevistado 1: Jairo Humberto Restrepo

Marco regulatorio:

El Estado colombiano para las fechas de inicio de la Ley 100 venía cambiando su lógica de un rol de prestador a un papel más regulador, por lo tanto, se necesitaba establecer reglas.

El nuevo sistema de salud permite la participación de nuevos actores, incluyendo los privados, al igual que nuevas funciones y mercados y para cada una de estas condiciones se deben establecer términos normativos o sea límites. En este marco se pretende desarrollar un modelo de competencia regulada para el sistema.

La regulación del sistema ha tenido fallas relacionadas con el exceso normativo, la inexistencia de reglas claras alineadas con los propósitos, normas con diferentes interpretaciones (por ejemplo, el contenido del plan de salud bucal) también han faltado normas (por ejemplo, normas que hubieran impedido la salida de Saludcoop del régimen subsidiado).

El problema central en la regulación en estos años del sistema es la brecha entre los términos normativos planteados y la regulación efectiva.

Reglas informales:

Realmente no encuentro fáciles ejemplos de reglas informales en la evolución del sistema, que seguro existen, pero sería necesario identificarlas a partir de los testimonios de actores. Aun así, en medio de la falta de confianza y el predominio de percepciones negativas sobre el sistema, pienso que se han desarrollado reglas formales más bien para ir en contra de los propósitos del sistema mismo, de ciertas normas que puedan significar limitaciones para los agentes y que en tal caso se buscaría la interacción para obtener un beneficio. Sería el caso de la corrupción, frente a la cual se desarrollan prácticas que parecen ser acuerdos en contra del sistema, como por ejemplo los denominados carteles en el caso de pacientes con hemofilia, con VIH/Sida o de síndrome de Down. Las reglas informales, como arreglos o acuerdos entre actores del sistema, corresponden a una idea central de la confianza. Incluso, podemos reconocer una cercanía con el concepto de capital social

pues dichas reglas revelan la capacidad de establecer relaciones confiables, de buscar propósitos comunes.

Uso:

Algunas características de las reglas informales tienen que ver con la reputación. Una ruptura en una relación por desconfianza descarta en el futuro una nueva relación. La regla informal es utilitarista si vamos a convivir necesitamos asumir unas conductas. Las reglas informales están asociadas a las cercanías de las personas y a la repetición (...si yo vengo a un restaurante de manera repetida, me conocen más y el comportamiento es el adecuado obtengo seguro más beneficios y voy a venir más...)

Que las reglas no funcionen en el sistema de salud colombiano a diferencia de otros contextos en parte puede explicarse desde nuestra misma historia: desde Bolívar y Santander se ha tenido la idea de la necesidad de promulgar muchas normas, incluso eficientes, pero no pensadas en la efectividad que es al fin el propósito de la regla.

Impacto:

Es difícil que en los prestadores de salud se desarrollen este tipo de reglas informales si no se cambian los incentivos actuales del sistema.

Sería de mucha utilidad para el sistema por ejemplo que a partir de unos arreglos se pudieran integrar los hospitales de una región (se reducirían costos y la prestación sería más eficiente) hay ejemplos en el pasado de autorregulación de que esto puede funcionar.

El diseño y aplicación de reglas informales basadas en la auto organización y cooperación no es fácil, algunas organizaciones de pacientes han avanzado, pero de todas maneras serían importante para el sistema y es conveniente avanzar y explorar más.

Observaciones:

- **Entrevistado 2: Martha Rivera Alvarado**

Marco regulatorio:

La regulación del sistema de salud en Colombia es el resultado de la constitución, muchas normas que pretenden garantizar la dignidad del ser humano, pero es difícil lograrlo. El sistema tiene como problema la gran cantidad de normas (que nos aporrean) y normas que a su vez se amplían en otras y que quieren resolver cada tema, casi para cada problema hay una línea jurídica. Desde el derecho nos preguntamos si esto es eficaz y no lo es.

El principal problema del sistema es la abundancia normativa y su aplicabilidad e interpretación en todo el país, en algunas partes, incluso, las normas como que no llegaran y dejamos que las cosas pasen, somos lesseferistas. En vez de tantas normas desde el gobierno se debería tener es una política de Estado que regule el sector, algo que perdure en el tiempo independientemente del gobierno de turno.

Reglas informales:

La regla informal me sugiere costumbre, la costumbre hace la ley, es algo consuetudinario. Aunque no es una ley formal, es algo que la gente cumple, no la asocio a algo ilegítimo, porque la hacen las mismas personas. Las reglas informales son a su vez un nivel de confianza que nos permite un acuerdo con el mínimo.

Estoy totalmente de acuerdo con la afirmación “las reglas informales son arreglos basados en la confianza”. Es volver a la usanza de la palabra.

Uso:

Dentro de las características de las reglas informales se encuentran la comunicación fluida, la transparencia, la credibilidad en la función del trabajo del otro, mayor apertura, no hay competencia ni deslealtad.

Es común, un pacto con una comunidad que implica integralidad, es poner las cartas sobre la mesa. Fue lo que se quiso establecer con la conciliación como mecanismo de solución de conflictos, que las partes se sentaran a conciliar sus problemas.

Con respecto al uso de las reglas en ambientes hospitalarios, es difícil ponernos de acuerdo por nuestra idiosincrasia, no estamos preparados para trabajar en conjunto, creo que existió más confianza antes, por ahora se identifican más tensiones entre los actores, porque cada uno tiene sus propios intereses, lo los debería poner a dialogar es el interés común en mejorar el sector.

Realmente, no existe una organización basada en reglas informales. De hecho, hay unas iniciativas en nuestra institución, buscando cómo articularnos internamente para no crear ineficiencias y no estar diciendo todo lo que se tiene que hacer, esto sería como unos contratos de alianza.

En general, ha habido intentos para organizar la red, pero algunos actores quisieron tomar ventaja y se generó más desconfianza.

Impacto:

Se deben comenzar a buscar de nuevo las alianzas, basarnos en principios mínimos. Estos ponerlos sobre la mesa, aunque no todo se puede mencionar cuando se trabaja con otras instituciones, hay asunto de secreto empresarial. Existe gente en el sector dispuesta a superar los temas de desconfianza, pero es necesario plantearlo desde un mínimo ético, hay que rescatar lo ético y la confianza. De esta manera, podría tener otra lógica no coercitiva y si por el querer (convicción), para todo ello se necesita avanzar en una pedagogía, encuentro necesario trabajar en un pacto de confianza por el sector, creo que en muchas regiones se ha logrado, como en Europa, ósea que se puede, es un paso necesario para salir de la coyuntura.

Observaciones:

Hay algo que no esperábamos con la Ley 100 de 1993 y es que hoy la judicialización es un factor predominante en el sector y es un elemento adicional a la desconfianza, ya no solo en el sector sino en el profesional.

La situación del sector salud hoy es el reflejo de lo que sucede a nivel macro, hoy la desconfianza en las instituciones jurídicas es general, lo cual nos vuelve más prevenidos y por ello requerimos más reglas, pero éstas pierden su valor porque son interpretadas de acuerdo con la necesidad.

Es necesario retomar la confianza como eje en las relaciones personales, sociales, comerciales.

- **Entrevistado 3: Luis Alberto Martínez Saldarriaga**

Marco regulatorio:

En el inicio del nuevo sistema de salud la figura fuerte de la regulación estaba centrada en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que era un espacio consensuado de actores, en el cual uno de sus temas centrales de discusión era el régimen subsidiado. Posteriormente alrededor del año 1998 en el gobierno de Pastrana, la regulación tomó un giro hacia decisiones de tipo económico, con énfasis en el control del gasto y búsqueda de eficiencia, regulación que estuvo liderada por el Ministerio de Hacienda acogiendo orientaciones del Fondo Monetario Internacional. En el año 2007 hay una nueva ola de legislación, como la Ley 1122 y el decreto 4747 muy centrados en todo lo relacionado con el riesgo en salud, el aseguramiento y las relaciones entre las EPS e IPS.

Por la crisis en la atención en salud aparece un nuevo actor a regular que es la Corte Constitucional y con la Sentencia T-760 impone tareas al gobierno con un enfoque de derechos y buscando mayor equidad. El gobierno reacciona e intenta contrarrestar lo planteado presentando una ley de emergencia social que generó muchas discusiones porque atentaba contra la autonomía e imponía controles, esta ley de emergencia fracasó.

En el fondo toda la regulación del sistema se ha dado por un pulso entre el negocio y el derecho, la regulación no ha sido la esperada, no ha hecho frente a los problemas fundamentales y estructurales del sistema, que están relacionados con la atención a las personas **“se queda mitigando la competencia regulada”**.

El problema central que identifica la regulación en salud en el país es **“una legislación exagerada, hasta mas no poder”** explicada por el pulso ideológico y la mercantilización de la salud.

Reglas informales:

Las reglas informales son pactos de buena voluntad que pueden lograr mejoras.

Estoy de acuerdo con la afirmación “las reglas informales son arreglos basados en confianza”, pero esto no se puede dar en el sistema de salud de Colombia, porque se evidencia un interés hacia el ánimo de lucro, estamos en una trampa entre agentes con una pugna constante, **“no hay confianza. ¿Cómo construir confianza en el sistema?”**

Uso:

Algunas experiencias positivas donde puede haber algo de confianza es el trabajo con la Cooperativa de Hospitales (COHAN), pero han sido ejercicios coyunturales. Otro intento que se está haciendo es el de los contratos con riesgo compartido, que, si bien en ellos debe haber algo de confianza, estos resultan más motivados por la crisis, como si esta fuera un fantasma **“no nos une la confianza, sino el fantasma de la crisis”**.

Impacto:

Observaciones:

El sistema necesita trabajar en la lógica de la confianza para ir a una cooperación, pero tiene que cambiar su ADN, porque hoy este está regido por la competencia. Habría unos efectos muy positivos si se trabajara diferente, habría más eficiencia, los recursos se podrían utilizar más en atención que en administración, control y auditorías, **“se evitaría el uso de mil formatos”** y se protegerían los recursos.

- **Entrevistado 4: Leopoldo Giraldo**

Marco regulatorio:

La regulación en nuestro sistema de salud está muy relacionada con la rectoría, ya que esta función se ejerce por una parte pensando en hacer normas y por otra en el énfasis para hacerlas cumplir. También es importante desde la rectoría analizar si la regulación del sistema ha dado lugar a mejorar el acceso a los servicios de salud y a la equidad, y, aunque ha habido avances y evoluciones, **los propósitos planteados a través de las reglas no se han hecho realidad.**

Si resumiéramos en pocas palabras lo que ha sido la regulación del sistema, estas serían: abundantes normas, contradictorias, expuestas a la interpretación de diferentes actores y que no logran resolver los problemas, esto se debe porque en el fondo cada uno de los actores piensa en sus intereses particulares.

Reglas informales:

Se puede identificar este concepto con algunos pactos y acuerdos que no se dan de manera formal sino de forma tácita. Esto empieza cuando decimos “*sentémonos*” porque tenemos un problema común y hay acuerdo de voluntades para resolverlo.

Uso:

Mirando un poco desde la experiencia podemos decir que las características de estos arreglos, acuerdos o mesas de trabajo son: tener claro el problema, tener claro los que participan y la apropiación entre las partes después de tener todo claro. Entre más pequeño el grupo de participantes “más fuerza”. Importante también tener sanciones morales y éticas si se falla. **Uno espera que haya ganancia de lado y lado.**

Impacto:

Este tipo de acuerdos puede resolver muchos problemas en nuestro sistema, se puede, pero hay que hacerlo cambiando gradualmente, ya que existen temas culturales muy pesados, incluso como génesis desde la misma época de los indígenas.

De darse y avanzar en estos tipos de acuerdos, dentro de los prestadores, por ejemplo, se pudieran dar ganancias como mejora en la remisión de pacientes, atención solo con base de datos, autorización sin tener que tramitar tantos documentos.

Observaciones:

- **Entrevistado 5: Álvaro Franco**

Marco regulatorio:

Para entender la regulación en el sistema de salud hay que abordarla desde varios puntos de vista. El primero es la desregulación de mercado, en otras palabras; los cambios que se dieron en el marco de la promulgación de la ley 100 en los años 90, apuntaban a que el Estado dejara actuar el mercado de forma libre, en la idea que se diera una autorregulación de los agentes del mercado de la salud en la lógica de las teorías de Adam Smith, pero como era de esperarse aparecen los fallos de mercado y es necesario establecer una competencia regulada (intervención de nuevo del Estado), una regulación de segundo nivel en la búsqueda, por ejemplo de la equidad y la solidaridad. **En síntesis, se configura una regulación posregulación.**

Otra perspectiva de la regulación es desde la función de dirección o como lo estipuló la OPS; la concepción de la autoridad sanitaria para ordenar el sistema a través de normas. En el inicio del sistema fue valiosa la figura del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), que configuró un espacio equilibrado de concertación y se establecieron acuerdos más que de un ministerio, acuerdos supraministeriales, **un organismo político de decisión que formulaba las principales políticas de salud.**

Años posteriores El CNSSS migró hacia la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual de alguna manera sacó los actores políticos y de ella (la CRES) se apoderaron los técnicos para incidir en las decisiones del sistema, cambio imperceptible, pero que a posterioridad fue evaluado como un cambio inconveniente. Años después el mismo Ministerio mediante una resolución acaba con la CRES. El Ministerio asume la potestad de la regulación en todo lo referente a las funciones, procesos y políticas principales, sobre la mayoría de los actores del sistema.

Ante la falta de efectividad y en logro de los objetivos planteados por la ley 100, las Cortes se dedican a legislar y mediante la sentencia T-760 generan órdenes para regular el sistema, desde los intereses de la salud y desde lo social. Años más tarde, aparece la Ley 1438, la cual establece muchas normas para los aseguradores y las relaciones con las IPS o sea de nuevo hacia la regulación de los mercados. En el 2015 con la aparición de la Ley Estatutaria 1751 se configura la salud como un derecho y en ella se envían mensajes por la necesidad de una autorregulación entre los actores del sistema en especial desde los médicos y los prestadores.

Reglas informales:

En resumen las normas han sido insuficientes e ineficientes para el modelo colombiano, de ahí que surge la búsqueda por otras formas de regulación, donde primen las concepciones políticas y los compromisos de actores sociales (por ejemplo pactos como acuerdos sociales ampliados) que superen la idea que si las orientaciones no se hacen mediante lo legal, no se puede ejecutar la función, en estas formas de regulación la confianza y la reputación deben estar presentes y siempre y cuando no se afecten a otros, en donde primen sanciones morales y que compensen. Con un gran nivel de concertación.

Uso:

Impacto:

El sistema de Colombia necesita alternativas para su regulación y funcionamiento, en esta línea, se puede estar dando una transición hacia una reforma. Se puede aprovechar un punto final y volver a confiar entre los actores que alinee a todos en el norte de los objetivos del sistema. Podrá lograrse una concepción de derecho de la salud y al mismo tiempo eficiencia, una nueva concepción de contrato, una forma diferente de regulación.

Observaciones:

- **Entrevistado 6: Andrés Aguirre**

Marco regulatorio:

Las palabras que pueden definir el marco regulatorio son: (1) sobreregulación, (2) incoherencia en la regulación, **no hay un cuerpo único**. Como ejemplo de ello, se encuentran las exclusiones del plan de beneficios, las cuales son interpretadas por la Corte de una manera diferente a como las regula el Ministerio, y (3) no atiende lo esencial, de manera ilustrativa se pueden mencionar las normas sobre habilitación, las cuales son muy enfocadas a la infraestructura, *“¿qué es más importante, que uno tenga un consultorio muy elegante y grande, pero una inadecuada atención o uno pequeño con lo básico, pero que el paciente salga bien atendido y logre su mejoría?”*.

Debemos seguir insistiendo que las reglas deben apuntar hacia los resultados, por encima de la estructura y los procesos. Realmente la gente no se muere por falta de acceso a los servicios, pero sí por los malos resultados, en este sentido, las normas formales desde el Ministerio no deberían preocuparse tanto por la *“media caña”*. No quiere decir esto, que en algunas áreas no se requiere ser estricto, al contrario, la evidencia ha demostrado que es muy necesario. Un ejemplo de ello son los bancos de sangre en donde la preservación de la cadena de frío es esencial.

Muchas veces pensamos que regularizando y estandarizando estamos garantizando el resultado, pero no es así, por ejemplo, alguien puede seguir una receta al pie de la letra, pero no obtuvo una buena comida, otro por su experiencia y flexibilidad no sigue estrictamente la receta y puede llegar a buenos resultados; buena comida. Estos resultados deben ser objetivizados y medidos.

Reglas informales:

El concepto de la regla informal nos lleva al campo de lo cultural: lo informal termina siendo lo más importante. La regla informal no es algo ilegal, es algo real, es la rutina de la organización, son arreglos que más que basados en la confianza, están basados en la costumbre. Es un uso cultural habitual. Se concretan en hábitos que convienen, hábitos facilitadores, hábitos que ayuden, con todo de cara al resultado. **Creemos que la legalidad de la norma se basa en que esta sea positiva: el espíritu de la norma.**

Uso:

Algunos elementos característicos de las reglas informales es que son identificadas y gestionadas por los líderes, que deben dar formación, que puedan ser sometidas al análisis (así como el ciclo PHVA) y someterse al juicio para saber si el comportamiento y decisiones si están generando mejoría. **En nuestros ambientes hospitalarios las reglas informales están reflejando el estilo de liderazgo, son muy fluidas y flexibles, permitiendo el cambio fácilmente.**

Las reglas informales propician autoorganización, pero esta se debe entender bien, porque mal manejada puede llevar al caos. No todo debe ser regido por estructuras superiores, puede haber autororganización sin que se llegue al caos; este se da cuando las cosas están fuera de control.

En nuestras organizaciones hospitalarias la mayoría de las ideas salen de las periferias, de la gente que está día a día en los servicios, siempre mirando al resultado.

De todas maneras, esto que entendemos como reglas informales, está sometido a una “metaregla” que es la reflexión sobre por qué y para qué sirven las reglas.

La confianza está ahí en las reglas, pero mucho más que en la definición; sin confianza no se puede funcionar. La confianza es un sentimiento que va surgiendo con el tiempo, que permite intuir que una conducta es predecible y con ello facilitar la actuación entre dos: **la confianza es un medio.**

Desde la filosofía, podríamos asumir las reglas formales como aquellas que demarcan el “mínimum” y las informales el “máximum” o sea lo aspiracional. **Algunas políticas públicas deberían desprenderse o crearse, desde lo aspiracional.**

Impacto:

En general sobre estos temas en el medio tenemos un lío, como una anomia: no vemos la importancia de la misma y aún más necesitamos que nos pongan un orden, buscando la necesidad de control externo. Nosotros pensamos que las organizaciones deben tener un orden, un orden para

hacer las cosas desde lo particular o desde lo singular, en este sentido el hospital se ha apoyado en el método de investigación *positive deviance*, que nos permite reflexionar y comprender por qué en dos medios iguales unos prosperan y logran resultados, mientras, otros no. Con este método hemos podido introducir cambios positivos en el hospital.

La reflexión de las reglas tiene su importancia cuando nos permite entender y trabajar por un propósito superior sin tantas reglas, superando un poco el imperativo categórico de KANT que conducía a que todo debía tener un patrón universal a estandarizarse. **La salud no es estandarizable, cada paciente es un mundo.** La autonomía es necesaria para atender algo tan complejo como la salud.

Observaciones:

- **Entrevistado 7: Luis Eliseo Velásquez**

Marco regulatorio:

Una primera palabra para describir el sistema regulatorio de salud en Colombia es “*hibrido de racionalidades*” porque recoge elementos neoliberales de la corriente de Entoven, la escuela de Chicago con Juan Luis Londoño y Julio Frenk (managed competition), la economía de la salud y los postulados de Philip Mugrove, con la corriente socialdemócrata expresada en la experiencia del seguro social, a la cual le debemos la existencia del POS y el manual tarifario. En este sentido, la regulación se ha desarrollado con dos lógicas, que presentan tensiones permanentes *mercado* y *enfoque social* (solidaridad). La segunda palabra clave es *integral*, pocos países han logrado un plan de beneficios tan completo y hacia ello ha apuntado la regulación. La última palabra es *fragmentado*, ya que la regulación ha generado un exceso de autonomía en algunos actores del sistema estimulando la competencia, (EPS, ESE y libre escogencia), parece contradictorio, pero ha separado y atomizado los actores.

En el fondo hay un problema grave de gobernanza, el modelo parece congelado en el tiempo, desde que se perdió el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) y la CRES, que lo reemplazo. La desaparición de estas instancias, se dio por una necesidad ministerial de autoridad y simplificación del gobierno.

Reglas informales:

La regla informal es una realidad que se da ante un vacío de *enforcement*, que hace referencia a la aplicación de la norma por parte del Estado. En algunos casos la regla informal se reconoce como “ley de selva”, aunque se puede seleccionar lo que de estas reglas sirve, entendiendo que las políticas necesitan surgir de abajo hacia arriba. En este sentido, no se pueden desconocer, ni dejar de lado.

Una gran diferencia de las reglas informales con las reglas formales, es que estas últimas tienen un período de tiempo no sincronizado con la realidad, “son más lentas”, cuando llegan nos son tan oportunas, ni pertinentes. Por ejemplo, el actual gobierno, saca una resolución sobre el MIAS aplazando su inicio y casi al mismo tiempo otra girando al MAITE. **Las reglas informales si son más oportunas y responden a la realidad.**

Uso:

La articulación con actores del sistema depende de la creatividad, el liderazgo y las capacidades de congregar para actuar. Un ejemplo de autoorganización parcial se evidencia en la organización de la red de servicios en Bogotá, formándose rutas integrales no por la fuerza, si no con procesos de creatividad, innovación sin que nadie lo esté diciendo. Hospitales que antes eran autónomos hoy se tratan como hermanos. Esto se puede estar dando porque hay incentivos no solo económicos sino motivacionales que son más importantes, también incentivos de calidad. Se puede oír mensajes como: “*vamos a trabajar en red*”, o “*el otro hospital ya no es mi competidor*”.

Impacto:

Hay un potencial muy grande, pero las reglas informales estarán vigentes en lo que funcionen, si no se reemplazan por formales u otras informales.

Observaciones:

- **Entrevistado 8: Carlos Enrique Cárdenas**

Marco regulatorio:

La regulación del sistema de salud se ha caracterizado por tener un gobierno nacional que ha tratado de ordenar todo con normas y se ha desconocido el rol de las personas para concertar, aun sabiendo que “a uno no lo acuestan por decreto”. El Sistema creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con el fin de tener una regulación más equilibrada, pero el mismo gobierno lo eliminó. Inicialmente la regulación estuvo centrada sobre el régimen subsidiado y el régimen contributivo estuvo sin control.

La regulación del sistema ha sido poco práctica, enredada, basada en la desconfianza, sin reconocimiento a las autoridades, con falta de credibilidad y legitimidad, y con el tiempo se ha perdido el liderazgo el Ministerio.

En el fondo, la regulación debe ser un asunto cultural, con la participación de las comunidades, de no ser así, se centralizan todas las decisiones y “se cuadra todo desde el escritorio, sin claro conocimiento del territorio”. En esta línea, el papel del gobierno debería ser la propuesta y puesta en marcha de un marco normativo, que a su vez permita formas de autorregulación y autoorganización. “Una inversión difícil, pero donde la gente se la juega, se casa, se compromete”.

Reglas informales:

La regla informal se vuelve una costumbre y una práctica que todos respetan y aplican (Sugiero verificar en Cámara de Comercio de Medellín un estudio sobre costumbres mercantiles que en este sentido estaba realizando en 2010). Una práctica de lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer y lo aceptado. Las reglas informales no son ilegales, ni ilegítimas, son una forma de buscar salida legal, pero práctica y de común acuerdo, a través de relaciones de confianza a los procesos y/o problemas.

Uso:

En el sector salud en Antioquia han habido experiencias que se han desarrollado sin marco normativo específico y con algunas características de reglas no formales, todo basado en un trabajo conjunto en red: Ejemplo el clúster de la salud - Medellín, health city, la red metropolitana de salud - Remes y actualmente la Integración Red Medellín en donde la Secretaría de salud de Medellín con Savia Salud EPS y las empresas sociales del Estado ESE de orden municipal de Medellín

trabajan conjuntamente para mejorar el acceso y la resolutiveidad a los afiliados que consultan por Urgencias.

Este tipo de experiencias surgen como respuesta a que lo formal no cumple las expectativas, porque entre los actores se tienen atributos de concepción al trabajo en equipo, donde se pueden crear autoincentivos y automotivaciones. Los logros se retroalimentan, se vuelven propositivos.

La integración de la red de Medellín se da porque alcanzamos a ver que trabajar de manera individual era un problema para todos y no se estaban obteniendo logros efectivos, por tal motivo nos enmarcamos a hacer una propuesta de trabajo conjunto y llegamos a unos acuerdos básicos como el acceso, la resolutiveidad y el mejoramiento del flujo de recursos para las ESE, definimos reglas de juego y la forma como íbamos a medir el desempeño. Nos reunimos cada 15 días, si se falla, todavía nos ayudamos, pero hay momentos en que hay que “llamar la atención, ser más estrictos” sin pelear, lo más importante es demostrar que cada uno está o no comprometido y lo demuestre; hay que hacer evidente el compromiso. Hasta ahora funciona porque es un grupo pequeño, que mantiene la comunicación por WhatsApp, reunión semanal, un acta sencilla pero muy clara de los compromisos de todos para hacer seguimiento. A la reunión vienen los que se comprometieron, no se permite delegar, hay reciprocidad y en unos momentos se apoya a unos y luego a otros dependiendo de la necesidad. Cada vez se va ganando en confianza. El papel de la Secretaría de Salud de Medellín es de promotor y garante y eso es fundamental en estos procesos.

Impacto:

Las ganancias que se tienen son de resolutiveidad en la atención de los pacientes y acceso a flujos de recursos oportunamente. Este tipo de arreglos son el camino, son viables, pero exigen mucho esfuerzo, trabajo y disciplina. El Ministerio debería acompañar estas iniciativas y sembrar las buenas experiencias en otras partes de manera que le sirva como un muy buen complemento a su papel regulador.

Recordar que “a uno no lo acuestan por decreto”

Observaciones:

- **Entrevistado 9: Eduardo Guerrero**

Marco regulatorio:

A partir de la Ley 100, inicialmente se dio una apertura de libre de mercado total-irracional para beneficio de aseguradores, prestadores, industria farmacéutica y de tecnologías en salud. Luego, después de un buen tiempo, el Estado sintió la necesidad de hacer una regulación más estricta, para estos actores y para las EPS, ya que éstas últimas estaban realizando afiliaciones y negociaciones ficticias e ilegales con recursos públicos. A pesar de este intento de regulación el mercado de la salud entre IPS y Aseguradoras siguió creciendo en especial en las IPS de carácter privadas y especializadas, ya que las tarifas y precios para todas estas transacciones no estaban reguladas. Se estimuló el pago por tarifas para el cuidado de la enfermedad.

Todas estas características cambiaron la idea inicial de lo que era un modelo de salud, pensado en la solidaridad, en la atención primaria en salud y la salud pública, por un modelo mercantil con regulación deficiente. En resumen, el Estado y sus instancias de representación local las Secretarías de Salud se han quedado “sin dientes” y funciones, para regular efectivamente.

Las palabras que describen el marco regulatorio colombiano podrían ser:

- Acomodaticias, hecha la ley, hecha la trampa.
- Reglas no basadas en la transparencia: las reglas no son efectivas, porque no hay un sistema de información único que permita que todo el mundo acceda a los datos en tiempo real.
- Reglas en juego: hay muchos actores e intereses.

Reglas informales:

El término regla informal lo asumo como si el Estado dijera a las personas “arréglense entre ustedes”.

En nuestra cultura no hay confianza, si no hay confianza, no hay transparencia y si no hay transparencia es porque no hay información en tiempo real. La experiencia es muy importante “yo confío en mi banco porque sé que no me ha tocado un peso”.

Uso:

Por ahora, las redes de servicio y las relaciones entre los actores del sistema no funcionan adecuadamente porque no hay confianza y porque no hay reglas claras. Además, se ha perdido la idea de cooperar sanamente, al final entre los actores de las redes, lo que se evidencia es que cada uno está por su lado y aplicando la ley del más fuerte, la competencia entre los actores generó un gran perdedor el actor público.

Algunas experiencias del sistema cooperativo en salud que deberían ser ejemplo no lo fueron, sacrificaron sus principios y valores. Ejemplo: SaludCoop y Coomeva falló la solidaridad. Por esto seguimos siendo persistentes en la necesidad de tener reglas formales.

En otros países hay cultura del ahorro y sus sistemas son solidarios y cooperativos. Mientras, para nuestro sistema de salud se necesita recuperar la confianza, entender que estos sistemas deben tener cultura de ahorro y conciencia de patrimonio. Además, recuperar la cultura institucional. Estas cosas se han perdido porque el Estado lo ha permitido. Es necesario recuperar la idea de la calidad y uso racional de todos nuestros recursos, para todos los actores del sistema. Igual más prevención, más promoción, más detección precoz y tratamiento oportuno.

Para recuperar la confianza en el sistema hay que tomar decisiones y seguir unos pasos:

1. Hacer transparentes todas las decisiones financieras.
2. Hacer un análisis en conjunto de los actores de los riesgos en salud, de los riesgos financieros e incluso delimitar para no gastar lo que no tenemos. Uso racional de los recursos.
3. La rentabilidad del sistema a mediano plazo está en mantener la gente sana, por lo tanto, más cuidado preventivo y promocional es el camino del cambio y un sistema abierto al tratamiento integral e integrado de la enfermedad.

A pesar de estas circunstancias culturales, se cuenta con recursos humanos, técnicos, tecnológicos, universitarios y comunitarios para ajustar el modelo hacia un modelo solidario, basado en la atención primaria en salud, con uso adecuado de los servicios por niveles de atención, sostenible financieramente y con instituciones que reciban oportuna y adecuadamente sus presupuestos para funcionar.

Impacto:

Observaciones:

- **Entrevistado 10: Carlos Alberto Restrepo**

Marco regulatorio:

La regulación del sistema de salud y su normatividad ha sido necesaria para dar respuesta al mandato constitucional de la salud como un servicio esencial y un derecho. La materialización de este derecho se ha dado a través de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, normas que dejaron zonas grises en sus inicios, por ejemplo, los comportamientos actuariales para definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Después de estos vacíos del principio, se ha tenido una línea normativa más concreta y práctica, cerrando tantas posibilidades a la interpretación. Aun así, el ejercicio regulatorio y de los actores ha girado más a los temas financieros que a la gestión del riesgo en salud.

Considero en tres palabras que la regulación y reglamentación del sistema ha sido buena, necesaria y complementaria.

Reglas informales:

Los arreglos informales pueden estar representados en los pactos, que en su gran mayoría están en marcos de incertidumbre, ya que en ellos predominan los intereses de sus participantes. Sin embargo, estos pactos y acuerdos pueden ser viables cuando se parte de la premisa que lo más importante es que a los pacientes y comunidades les vaya bien. Cuando alguno de los actores involucrados incumple con lo pactado, no solo se complica la gestión, sino que hay pérdida de confianza entre los actores.

Uso:

Los principales elementos que se tienen en cuenta para proponer arreglos entre actores del sistema son: reputación basada en los antecedentes de cada uno de los actores, comportamientos anteriores y evaluación de experiencias en intentos previos.

Los actores del sistema se pueden organizar para obtener beneficios colectivos, para ello se debe contar con voluntad política, gobernantes con claridades y competencias, generar motivación pensando primero en la salud, trabajo intersectorial con la comunidad y fundamentalmente liderazgo.

Impacto:

Al principio pareciera que estas formas de trabajar de manera articulada, además de ser difíciles y poco prácticas, son escasas. Sin embargo, en el marco del reconocimiento a las instituciones acreditadas en calidad, el Ministerio mostró ejemplos y experiencias de cómo actores del sistema vienen trabajando de manera colaborativa y participativa pensando en el bienestar colectivo de regiones y municipios. Algunos ejemplos son: *i) Toribío tiene una organización en su territorio para la atención en salud de su comunidad, uno de sus proyectos bandera es la atención del parto “en cuclillas” acorde a sus tradiciones, ii) Aguadas Caldas reunió a todos sus actores y llegaron a acuerdos para mejorar la calidad de vida de su comunidad, con uso de modelos de tipo ecológico, todo esto bajo el liderazgo del hospital.*

Estas iniciativas son muestra de que es posible lograr la auto organización y formación de redes en territorios para la solución de problemas de interés público, en particular de salud. Por esto se debe trabajar en pro de recuperar la confianza entre los actores del sistema, donde las autoridades sanitarias juegan un rol crucial de liderazgo y para sumar voluntades, sin que se pierda el foco; “los pacientes y su familia”.

Observaciones:

- **Entrevistado 11: Carlos Mario Ramírez**

Marco regulatorio:

En términos prácticos yo diría que es un sistema lógico, pero muy hemorrágico, aquí creemos que por normas todo lo vamos a solucionar, entonces tenemos una cantidad de normas que son una frustración para lo cual se genera una nueva ley esperando que cumpla los propósitos de la anterior. Mirando desde la normativa superior, plantearía la Ley Estatutaria, que era una gran aspiración de todos los agentes del sector incluyendo la ciudadanía, de la cual uno podría decir que fue un buen producto vista desde el resultado del congreso, pero que paradójicamente la corte cambió. Lo que siempre se ha planteado en la jurisprudencia es dirigir las acciones para que se dé el derecho al servicio o al medicamento con el criterio de necesidad, lo que no siempre ocurre en esta dirección. Esto lleva a que a pesar de que haya unas exclusiones explícitas, los mismos jueces se apartan de la Ley Estatutaria para ordenar medicamentos.

En este sentido, si desde la máxima ley ya se generan esas filtraciones ya se puede vislumbrar la problemática con las demás, ya que “somos muy creativos para crear leyes, pero más aún para

incumplirlas". Así, defino el sistema normativo en salud colombiano, como un sistema profuso, hemorrágico y frustrante.

Por otra parte, hay dos períodos que llaman la atención de manera razonable sobre la regulación: Ministerio de Sara Ordoñez que fue de aproximadamente dos años, donde sí se expidieron tres decretos fue mucho, porque su premisa como jurista era en el sistema de salud lo que hay que hacer es desdecretar y planteó que había que hacer una compilación de normas. Hecho que se logró años después con el decreto 780 de la época del Ministerio de Alejandro Gaviria, Hay una crisis no solo en salud, sino en general, la reticencia jurídica es precisamente porque creemos que todo se resuelve con normas. En el período de Alejandro Gaviria todo el sector pidió reforma al sistema y él inicialmente dijo que sí, pero luego se dio cuenta que difícilmente una nueva reforma iba a hacer más que la reglamentación y demostró que por esta última se hizo mucho más que lo que muchas leyes hubiesen podido hacer, no solo en temas de medicamentos, sino en temas de habilitación financiera, entre otras. Las leyes de Gaviria fueron relativamente sencillas y muchas resoluciones profundas.

En salud el regulador debería ser solo el MSPS y en Colombia ya se ven regulaciones desde la superintendencia de salud, los jueces, etc., desvirtuando lo que llaman la pirámide jurídica de Kelsen, ya que cuando muchos actores regulen se pierde la jerarquía y correspondencia de las reglas.

Favorecería al sector que no solo se promulguen leyes o normas, sino que se tenga en cuenta el tema de incentivos, para que se pueda evidenciar el trabajo en red que ha sido propuesto desde la ley 1438 de 2011 y aún no es tangible en nuestro sector. Con respecto al tema de habilitación, se debe tener en cuenta la racionalidad de la norma, ya que ahí hay unos temas de orden burocrático que se van volviendo pesados y dificultan el trabajo, en los últimos diez años la posibilidad de migrar a normas más prácticas que reconozcan la realidad del territorio ha sido grande, pero en el momento en que llega la firma de resolución eso se traspapela (hay una situación de orden burocrático, que no tiene justificación, pero que es real).

Reglas informales:

El asunto con las reglas informales, es que no es tanto un asunto de buena voluntad, sino de las personas. Uno no puede hablar de todos los actores, sino desde los actores que están dispuestos a realizar un pacto.

Uso:

Llevamos treinta años donde desafortunadamente se viene dando desde las mismas facultades la proliferación de que las posibilidades de un médico general son mínimas, entonces quién está estudiando medicina ya está pensando en una especialidad. Cuando una persona tiene que invertir diez años de su vida en formarse y los costos que eso acarrea, está en caldo de cultivo para entregar su autonomía médica al mercado. En primer lugar, si el esfuerzo es menor, si el salario para los residentes mejora, si tenemos especialistas en zonas apartadas, yo creo que podemos recuperar un terreno. Pero como estamos “aquí la frecuencia de la enfermedad o la frecuencia de un diagnóstico no la da la epidemiología, sino el mercado”. Esto requiere un trabajo de largo plazo, pensado en los estímulos que habría para fortalecer el desempeño del nivel básico. Y, en segundo lugar, pasamos del CTC donde el prescriptor simplemente firmaba una fórmula, pero hoy con el MIPRES el prescriptor es quien responde por lo que formula. Esto tiene un propósito y es no solamente tener la data, sino poderle decir a la IPS cuál es el modelo.

No era muy convencido hace un año del tema, pero me parece bien que el MSPS trabaje por un lado las exclusiones explícitas y los techos para las IPS. El día en que en las EPS digan yo soy el que voy a manejar este riesgo van a ser mejor (se va priorizar). En el caso de los intermediarios, los precios de la industria son exorbitantes, pero no hay derecho que un intermediario por entregable se gane el 40% o más del valor del medicamento.

Impacto:

Observaciones:

- **Entrevistada 12: Martha Ramírez**

Marco regulatorio:

La función regulatoria del sistema de salud en los últimos años ha sido ejercida principalmente por el Ministerio de Salud y las Direcciones territoriales, basadas en las facultades de la ley 100 de 1993 y de la Ley 715 de 2001. Esta regulación ha estado en un permanente conflicto entre la intención por una regulación efectiva desde estos actores y la autonomía que se ha dado más como un libertinaje a muchos actores. Dando la impresión de “cada actor hace lo que quiere defendiendo sus intereses”. Ante esta situación, el mecanismo alternativo que ha surgido es un relacionamiento de los actores mediante contratos.

En esta lógica los actores toman sus decisiones por las reglas del mercado, y sus estímulos hacen, por ejemplo, que se desarrolle una mayor oferta de servicios de mayor complejidad y un menor desarrollo de la atención primaria y la prevención. **Una regulación efectiva no hubiera permitido esto.** Estas reglas del mercado permiten un nivel de relacionamiento asimétrico, hay un actor con ejercicio de poder; el que maneja el dinero. Con este tipo de relación lo que se maneja es desconfianza, inconformidad e ineficiencia.

En este tipo de relaciones no se evalúan los resultados en salud, si no los resultados económicos y comerciales, esta ineficiencia se refleja en falta de calidad y oportunidad de la atención en salud. El centro del servicio se desplaza de las personas a la factura, se generan glosas e incentivos comerciales más que resultados en salud favorables.

Un mecanismo que pudo haber aportado a una mejor regulación del sistema fue el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y los Territoriales, pero lamentablemente el CNSS se acabó y los territoriales no se perciben, hay poca acción sobre los aseguradores y los prestadores. Los consejos podrían direccionar del sistema y articular los actores, desarrollando redes y rutas, de manera que cada actor contribuya desde sus capacidades con lo que se necesita. Por otra parte, no se debería permitir el cierre de servicios, más bien impulsar reconocimientos económicos por resultados y presupuestos por pagos poblacionales.

Reglas informales:

Uso:

El sueño es sentar a todos a todos los actores en la misma mesa y que el paciente este en el centro; hacer salud poblacional. Sería conveniente trabajar desde una perspectiva de economía solidaria hacia los bienes comunes, pensar en entornos colectivos. Hay ejemplos de que esto es posible, pero hay que hacer grandes esfuerzos desde la educación para enseñar la importancia de la cooperación por encima de la competencia, hay que dar un vuelco para dejar de ser individualistas, la civilización debe pensar en el bien común, recuperar confianza y valores, sin ser conductistas. Estas formas de arreglos son necesarias para afrontar retos. Otro aspecto para que se logre trabajo cooperativo es cerrando brechas de inequidades, lograr piso mínimo de calidad de vida.

La institución que yo represento, está pensando y avanzando actualmente en el trabajar en este tipo de acuerdos colaborativos, esta esbozado en el plan estratégico; ahí se estableció un modelo de construcción propio, con las siguientes características: modelo personalizado, con abordaje integral, integrado en red, basado en la confianza, en la ética y con el uso adecuado de tecnología. Para plasmar este propósito ha venido consolidando este modelo con la Nueva EPS, empezando con una corte de pacientes crónicos. Esta relación se construye día a día entre las partes, buscando un gana a gana para todas las partes.

El enfoque es gerenciar a las personas más que los mismos procesos y las instituciones. Incluso hay cambios en la concepción del pago más que pago por evento y de capitación se realiza un pago global a manera de compensación. Todo el ejercicio se basa en una “relación de libros abiertos”, las cifras y estadísticas son conocidas, hay mecanismos establecidos para equilibrar los desbalances económicos de las partes y reglas ética y con transparencia para el avance en los propósitos comunes. El método de trabajo se ha construido entre las dos partes, teniendo en cuenta sistemas de información, mejores evidencias, con equipos hospitalarios y también ambulatorios, aplicación de tecnologías, mesas de ayuda, participación de cuidadores y los mismos pacientes. Hay una comunicación permanente éntrelos tres partes fundamentales, la Clínica, la IPS y los pacientes. Cercanía total. En el fondo esta red de servicios de salud al entendemos no como una red de normas sino más bien como una red de voluntades políticas. Reglas claras concertadas basadas en confianza.

Impacto:

Observaciones:

- **Entrevistada 13: Gabriel Mesa**

Marco regulatorio:

En Colombia hay un sistema **excesivamente regulado** con ausencia en la rectoría del gobierno (en el liderazgo y en generar confianza entre los actores), donde se pretendió llenar esa falta de liderazgo con normas y con leyes, y estas últimas son de interpretación diversa por parte de los actores y abogados y “dicen que donde hay dos abogados hay tres conceptos”. Yo creo que esta problemática surge al desviarse de que el centro del sistema deben ser los pacientes y que el sistema existe es para los pacientes, y que se debe buscar que es lo que es bueno para estos y no para los demás actores.

Este sistema ha operado con competencia Darwiniana, donde cada uno se defiende como puede y donde si los pacientes se benefician se asume como un efecto secundario, no como la consecuencia esencial. En esta línea, se podría afirmar que estas leyes y normas del sistema no han sido efectivas, ejemplo de ello la regulación para EPS-IPS, donde se evidencian reglas que ni siquiera son realistas, lo cual ha generado un doble efecto negativo, primero se incumple la ley porque no se podría dar trámite a lo que la ley dispone en muchos casos (i.e. que la EPS deben pagarle a la IPS a los 5 días hábiles luego de la prestación del servicio), y segundo, se genera un situación desmoralizante, porque la sensación general es que “aquí nada se cumple”.

Reglas informales:

Para que estas reglas funcionen debe haber canales de comunicación permanente, además, se debe garantizar compromiso de todos.

La confianza tiene tres componentes: competencia, confiabilidad y sinceridad, donde hay que entender estos últimos para reparar la confianza. Por ejemplo:

“Yo te digo, Gabriel vos tienes un vuelo ahora a las 7:00 pm, entonces tranquilo que yo te llevo al aeropuerto en moto, entonces tú piensas, bueno, Gabriel M. sabe manejar moto, sí, hay que evaluar primero la competencia, luego piensas, realmente Gabriel M. me quiere llevar, o sea, es sincero, sí, pero cuando evaluas si es confiable, te acuerdas que las últimas tres veces que he quedado en algo contigo, aparezco una hora tarde. En esta línea, tendría la competencia, soy sincero, pero no soy confiable”.

Uso:

Desde el año 2007, en SURA tenemos un sueño, que es pasar de proveedores a socios estratégicos, de dirección por instrucciones a orientación por valores, de menor tarifa a costo médico, de menor precio a mayor impacto en salud, de impongo condiciones a busco objetivos comunes, de contrato de corta duración a una relación de largo plazo, de diseño de estrategia de negociación por parte de SURA a diseñar juntos la estrategia de negociación, de comunicar lo necesario a una comunicación abierta y transparente, de oculto mis problemas a mis problemas son nuestros problemas y, por último, de entiendo mis necesidades a entendemos nuestras necesidades.

Todas estas estrategias hacen parte del proyecto que se llama *Redes responsables de cuidado*, que busca garantizar una red donde el paciente no tenga que hacer trámites, sino que lo cuidemos entre todos. Hoy tenemos varias de esas redes caminando, una en San Rafael en Bogotá y otra con la Cardioinfantil, con dinámica, la IPS Olaya de Sura y la EPS Sura, estos cuatro actores tenemos una población de 50.000 afiliados, que con un costo asociado a su ciudad de aproximadamente 1.100 millones, pero que trabajando juntos nos gastamos 900 millones y nos repartimos el dinero sobrante, todo esto con la condición de que si perdemos no queremos quebrar el hospital, pues no sería viable si decimos todos perdemos igual, porque es distinto que Sura pierda 1.000 millones a que un hospital pierda 1.000 millones.

Las características para garantizar lo planteado anteriormente son: comunicación permanente y constante, donde halla oportunidad para manifestar situaciones que no estén siendo beneficiosas para una de las partes, etc., y reglas de juego claras y bien definidas (en Sura llamamos los contratos, acuerdo de cuidado).

Impacto:

Solo a través de arreglos entre los actores será posible por ejemplo controlar lo no PBS, pues todos los sistemas de salud del mundo tienen conflictos con la introducción de nuevas tecnologías, por lo que solo por medio de redes responsables de cuidado, donde todos asumamos los costos asociados a una mejor atención y servicios para los pacientes.

Malcolm Gladwell, afirma en su libro *Talking to Strangers*, que los seres humanos tenemos un sesgo hacia la confianza, y siempre de alguna forma comenzamos a confiar. Leyendo esto, se podría cuestionar por qué en el sistema de salud tenemos un sesgo, pero hacia la desconfianza.

Un ejemplo que se presenta en el libro es que había un hombre que vendía pan de quesos en New York, él debía entregar el producto con guantes, luego quitarse los guantes, recibir la plata, contar

la plata, luego volverse a poner los guantes, etc. Y luego implementó una caja automática, donde las personas pagaban y tomaban el cambio, ellos mismo y el vendedor solo entregaba el producto. Esto es un acto de confianza, donde ganaron todos.

Observaciones:

Anexo 2. Entrevista semiestructurada visión interna

I. Preguntas orientadoras

a. Marco regulatorio del sistema de salud

- Pregunta rectora: ¿cuáles son las tres palabras clave para definir el marco regulatorio del sistema?
- Pregunta complementaria: ¿cuál es el problema central que identifica en la regulación del sistema de salud?

b. Reglas informales

- Pregunta rectora: ¿qué le sugiere el concepto regla informal?
- Pregunta complementaria: ¿qué opina de la afirmación “las reglas informales son arreglos basados en la confianza”?

c. Uso de las reglas informales en ambientes hospitalarios

- Pregunta rectora: ¿qué caracteriza el uso de las reglas informales en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal?
- Preguntas complementarias: ¿existe un prejuicio?, ¿el papel de la confianza?, ¿hay predisposición a la cooperación y a la autoorganización?, mencione algunos ejemplos de reglas informales en su unidad, mencione algunas características de la UCI que representa, tales como el número de camas, el tipo de personal que tienen, los años que llevan en el mercado, etc.

d. Las reglas informales en el IAD

- Pregunta rectora: ¿cuál es la contribución del uso de las reglas informales en el funcionamiento de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y la Red Neonatal del Departamento?
- Preguntas complementarias: ¿las reglas informales son reglas para arreglar la salud o son irrelevantes?, ¿cómo toman decisiones en la UCI (arena de juego) ?, ¿cómo crean los acuerdos dentro de su unidad?, ¿cómo resuelven los problemas del sistema y la atención en salud?

¿Desea señalar algún aspecto relevante que no haya sido abordado en la entrevista?

Anexo 3. Protocolo juego de la confianza

Llegada de participantes

- Se espera que durante la sesión se logre convocar un máximo de 20 participantes.
- En el momento de su llegada estos se dirigirán a la mesa de registro, allí se tomarán los siguientes datos: nombre, documento de identidad y el teléfono.
- Nota: La idea para acortar tiempos es que este primer formato de registro sea útil también para los pagos, por eso se les pide desde el inicio el documento de identidad. Así los últimos rótulos de la matriz corresponderán al número de Jugador, el valor que ganó y una última casilla para la firma³⁵ y se diligenciarán al finalizar la actividad. Esto nos evita tener que volver a diligenciar nombres y números de Jugador, así mismo nos reduce el número de impresiones.
- El formato prejuego lo conserva el líder del registro, para ahorrar tiempo esta persona debe ir almacenando por un lado los formatos impares y por el otro los pares.
- Después de veinte minutos de espera y de haber diligenciado los anteriores datos, se procede a iniciar la actividad.

Actividad 1 – Juego de la Confianza

En caso de que decida continuar en la actividad, lo invitamos a ver qué número le fue asignado cuidando que otros participantes no lo vean.

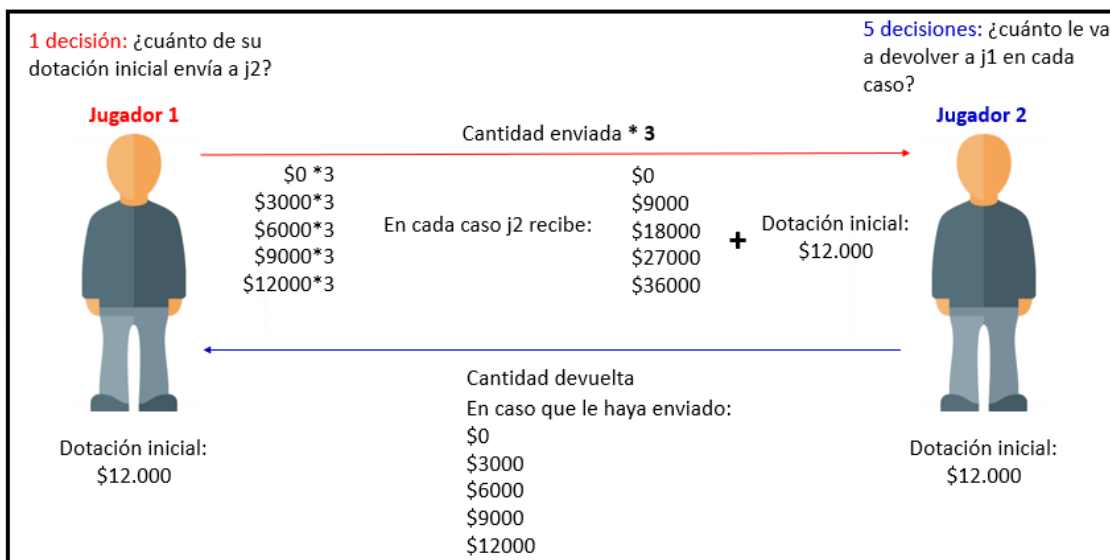
Si tiene un número impar como: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, le pedimos que pase con _____ (nombre del integrante del equipo que explicará el juego de J2) a un nuevo espacio.

Si tiene un número par como: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, le pedimos permanecer donde está.

³⁵ La firma se diligencia una vez se paga efectivamente el ejercicio cuando el mismo ha finalizado. No en el inicio de la sesión.

A partir de este momento les solicitamos que por favor no realicen comentarios de las actividades con sus compañeros. Recuerden que es un ejercicio individual. Ante cualquier inquietud háganoslo saber.

Esquema. Resumen Juego de la Confianza



Fuente: elaboración propia con base en: Cárdenas et al (2008), Giraldo, Casas, Méndez y Eslava (2013) y Eslava (2013)

Jugador 1 IMPARES

Vamos a iniciar con la primera actividad. En este juego usted deberá tomar una única decisión.

Este juego se realiza entre parejas. La pareja se encuentra conformada por un Jugador 1 -que es usted- y un Jugador 2 -con quien usted va a interactuar- y quien se encuentra con otro coordinador quien le está explicando este mismo ejercicio. Tenga en cuenta que usted y el otro Jugador se encuentran decidiendo de forma simultánea.

En este punto el rol de apoyo entrega al jugador el formato prejuego correspondiente a J2, con el librito.

La tarjeta que le acaba de ser entregada³⁶ cuenta con algunas características del individuo con el que está jugando, allí puede conocer si es hombre o mujer, hasta que año alcanzó sus estudios y finalmente su edad. Vamos a comenzar:

Por el hecho de estar acá le entregamos \$12.000 a cada uno de ustedes. En tanto usted es el Jugador 1, tendrá la oportunidad de decidir si le quiere enviar una parte de sus \$12.000 al Jugador 2. Las opciones de envío son cinco:

- \$0
- \$3000
- \$6000
- \$9000
- \$12000

Esa cantidad que usted decida enviarle al Jugador 2 le será triplicada a él, es decir se va a multiplicar por tres. Ello significa que el Jugador 2 va a recibir 3 veces más de lo que usted le envíe, más los \$12.000 que había recibido al inicio. Con esta cantidad, lo que usted le envía multiplicado por tres, más los \$12.000 iniciales, el Jugador 2 deberá decidir cuánto de esto desea devolverle. Esa cantidad que el Jugador 2 le va a devolver no será triplicada.

Antes de conocer lo que usted le envió, el Jugador 2 deberá decidir cuánto le envía de vuelta a usted dadas las cinco opciones que usted le envió. Es decir, el Jugador dos va a decidir:

- Cuánto le devuelve si usted le mandó \$0;
- Cuánto le devuelve si usted le envió \$3000;
- Cuánto le devuelve si usted le envió \$6000;
- Cuánto le devuelve si usted le envió \$9000 y
- Cuánto le devuelve si usted le envió \$12000.

Recuerde la cantidad que le devuelva el Jugador 2 **NO** será triplicada.

³⁶ Estas tarjetas son entregadas al azar

Si al terminar todas las actividades este ejercicio es el elegido al azar para pagar, las ganancias de cada Jugador serán así:

Usted que es el Jugador 1, se llevará lo que guardó de los \$12.000 más lo que el Jugador 2 le devolvió.

El Jugador 2, se llevará sus \$12.000 iniciales, la cantidad que usted le envió triplicada, menos lo que él le envió de vuelta a usted.

Note que entre mayor sea su envío, mayor será el monto para triplicar y por ende el Jugador 2 podría retornarle más dinero. Sin embargo, dado que el Jugador 2 es autónomo para decidir cuánto le devuelve, su riesgo de quedar con poco dinero al enviarle más, será más alto.

A continuación, haremos algunos ejemplos:

- Suponga que usted decide enviarle \$0 al Jugador 2. Cero triplicado da cero entonces usted conserva sus \$12.000 y el otro jugador decide cuánto le quiere devolver de los \$12.000 con los que él cuenta.
- Suponga que usted decide enviarle \$3.000 al Jugador 2, esos \$3.000 salen de su dotación inicial, entonces $\$12.000 - \$3.000 = \$9.000$, nueve mil sería el monto con el que usted queda, mientras el Jugador 2 recibe $\$3.000 * 3 = \9.000 más su dotación inicial lo que sumaría \$21.000. El Jugador dos decide entonces cuánto de esos \$21.000 quiere enviarle: por ejemplo \$0, caso en el que usted ganaría \$9.000 y el \$21.000. También podría devolverle \$3.000, ante lo cual él quedaría con \$18.000 y usted recuperaría su dotación inicial (\$12.000).
- Suponga que usted decide enviarle \$9.000 al J2, esos \$9.000 salen de su dotación inicial, entonces $\$12.000 - \$9.000 = \$3.000$, tres mil sería el monto con el que usted queda mientras el J2 recibe $\$9.000 * 3 = \27.000 más su dotación inicial de \$12.000 lo que sumaría \$39.000. El J2 decide entonces cuánto de esos \$39.000 quiere enviarle: podría ser 0, allí quedaría usted ganando \$3.000 o bien podría enviarle \$12.000, quedando usted con \$15.000 y él con \$27.000.

Realizar varios ejemplos, preguntarles a los participantes por un escenario y explicar paso a paso las veces que sea necesario.

Ahora tome su decisión.

¿Cuánto desea enviarle de \$12.000 al Jugador 2?

Para escoger una opción, marque con una X el círculo que se encuentra a la izquierda de la opción.

Por favor marque una única opción.

Ahora, ¿cuánto cree que el Jugador 2, le va a enviar de vuelta?

Ejemplificar. Si usted decidió enviar _____, el Jugador 2 tiene _____. Recuerde que su respuesta no va a afectar lo que el Jugador 2 decida, puesto que en este momento él ya ha contestado.

Para escoger una opción, marque con una X el círculo que se encuentra a la izquierda de la opción.

Jugador 2 PARES

En este punto el rol de apoyo entrega al jugador el formato prejuego correspondiente a J1, con el librito.

Vamos a iniciar con la primera actividad. En este juego usted deberá tomar varias decisiones. Este juego se realiza entre parejas. La pareja se encuentra conformada por un Jugador 1 -y un Jugador 2 -usted es este Jugador-. En este momento el Jugador 1 se encuentra en el otro espacio con otro coordinador quien le está explicando este mismo ejercicio. Tenga en cuenta que usted y el otro Jugador se encuentran decidiendo en simultánea.

La tarjeta que le acaba de ser entregada³⁷ cuenta con algunas características del individuo con el que está interactuando, allí puede conocer si es hombre o mujer, hasta que año alcanzó sus estudios y finalmente su edad.

Vamos a comenzar.

Por el hecho de estar acá le entregamos \$12.000 a cada uno de ustedes. El Jugador 1 tomará la decisión de enviarle a usted una parte de sus \$12.000. Tiene cinco opciones de envío:

- \$0
- \$3000

³⁷ La del Jugador 2 se le entrega al Jugador 1; la del Jugador 4 al Jugador 3 y así sucesivamente.

- \$6000
- \$9000
- \$12000

Esa cantidad que el Jugador 1 decide enviarle a usted será triplicada, es decir se va a multiplicar por tres. Ello significa que usted va a recibir 3 veces el monto enviado más los \$12.000 que había recibido al inicio. Previo a conocer la cantidad triplicada que el Jugador 1 le envía, usted deberá decidir cuánto desea enviarle de vuelta a este Jugador en cada caso. Es decir, usted va a decidir cuánto le devuelve al Jugador 1 en caso de que le haya enviado:

- \$0
- \$3000
- \$6000
- \$9000
- \$12000

Si al terminar todas las actividades este ejercicio es el elegido al azar para pagar, las ganancias de cada Jugador serán así:

El Jugador 1, se llevará lo que guardó de los \$12.000 más lo que usted, el Jugador 2, le devolvió.

El Jugador 2, usted, se llevará los \$12.000 iniciales más la cantidad triplicada que el Jugador 1 le envió, menos lo que usted decida enviarle de vuelta.

Realizar ejemplos, preguntarles a los participantes por un escenario y explicar paso a paso: envío del Jugador 1, valor con el que queda Jugador 1, valor triplicado que llega a Jugador 2, valor con el que queda Jugador 2, decisión de Jugador 2 y resultados finales para ambos Jugadores.

- En caso de que el Jugador 1 le haya enviado 0 pesos, la cantidad triplicada sería $0 * 3$ que sería igual a 0. Esto sumado a su dotación inicial sumaría \$12.000. En este caso usted tendría que decir cuánto de esos \$12.000 que tiene, quiere devolverle al Jugador 1.
- En caso de que el Jugador 1 le haya enviado \$3000 pesos, la cantidad triplicada sería $3000 * 3$ que sería igual a 9000. Esto sumado a su dotación inicial sumaría \$21.000. En este caso usted tendría que decir cuánto de esos \$21.000 que tiene, quiere devolverle al Jugador 1.

- En caso de que el Jugador 1 le haya enviado \$6000 pesos, la cantidad triplicada sería $6000 * 3$ que sería igual a 18000. Esto sumado a su dotación inicial sumaría \$30.000. En este caso usted tendría que decir cuánto de esos \$30.000 que tiene, quiere devolverle al Jugador 1.
- En caso de que el Jugador 1 le haya enviado \$9000 pesos, la cantidad triplicada sería $9000 * 3$ que sería igual a 27000. Esto sumado a su dotación inicial sumaría \$39.000. En este caso usted tendría que decir cuánto de esos \$39.000 que tiene, quiere devolverle al Jugador 1.
- En caso de que el Jugador 1 le haya enviado \$12000 pesos, la cantidad triplicada sería $12000 * 3$ que sería igual a 36000. Esto sumado a su dotación inicial sumaría \$48.000. En este caso usted tendría que decir cuánto de esos \$48.000 que tiene, quiere devolverle al Jugador 1.

Ahora por favor marque la cantidad de dinero que desea enviar de vuelta al Jugador 1 en cada uno de los cinco casos. Para escoger una respuesta, márkela con una X.

Por favor marque solo una respuesta en cada uno de los cinco casos.

Ahora, ¿Cuánto cree que el Jugador 1, le va a enviar?

Recuerde que su respuesta no va a afectar lo que el Jugador 1 decida, puesto que en este momento está contestando en este instante. Para escoger una respuesta, márkela con una X.

- **Librillo jugador 1**

A1. ¿Cuánto desea enviarle de \$12.000 al Jugador 2 y con cuánto desea quedarse de los \$12.000? *Para escoger una opción, marque con una X el círculo que se encuentra a la izquierda de la opción. Por favor marque solo una opción.*

O 1. Usted decide enviarle \$0 al jugador 2.

Entonces, usted se queda con \$12.000. Y el jugador 2 recibe \$0.

Luego, el jugador 2 decide cuánto de los \$12.000 iniciales quiere enviarle de vuelta.

O 2. Usted decide enviarle \$3.000 al jugador 2.

Entonces, usted se queda con \$9.000. Y el jugador 2 recibe \$9.000.

Luego, el jugador 2 decide cuánto de \$9.000 más \$12.000 quiere enviarle de vuelta.

O3. Usted decide enviarle \$6.000 al jugador 2.

Entonces, usted se queda con \$6.000. Y el jugador 2 recibe \$18.000.

Luego, el jugador 2 decide cuánto de \$18.000 más \$12.000 quiere enviarle de vuelta.

O4. Usted decide enviarle \$9.000 al jugador 2.

Entonces, usted se queda con \$3.000. Y el jugador 2 recibe \$27.000.

Luego, el jugador 2 decide cuánto de \$27.000 más \$12.000 quiere enviarle de vuelta.

O5. Usted decide enviarle \$12.000 al jugador 2.

Entonces, usted se queda con \$0. Y el jugador 2 recibe \$36.000.

Luego, el jugador 2 decide cuánto de \$36.000 más \$12.000 quiere enviarle de vuelta.

A2. ¿Cuánto cree que el Jugador 2, le va a enviar devuelta? *Para escoger una opción, marque con una X el círculo que se encuentra a la izquierda de la opción. Por favor marque solo una opción.*

O 1. \$0

O 2. \$3.000

O 3. \$6.000

O 4. \$9.000

O 5. \$12.000

O 6. \$15.000

O 7. \$18.000

O 8. \$21.000

O 9. \$24.000

O10. \$27.000

O11. \$30.000

O12. \$33.000

O13. \$36.000

O14. \$39.000

O15. \$42.000

O16. \$45.000

O16. \$48.000

- **Librillo jugador 2**

A1. Por favor marque la cantidad de dinero que desea enviar de vuelta al jugador 1 en cada caso.

Para escoger una respuesta, marque con una X el círculo que se encuentra a la izquierda de la opción.

Por favor marque solo una opción.

1. Si el jugador 1 decidió enviarle a usted \$0. Entonces, el jugador 1 se queda con \$12000. Y usted recibe \$0. Si esta fuera la decisión del jugador 1, ¿cuánto quisiera enviarle devuelta al jugador 1 de sus \$12000 iniciales?

- O 1. \$0
- O 2. \$3000
- O 3. \$6000
- O 4. \$9000
- O 5. \$12000

2. Si el jugador 1 decidió enviarle a usted \$3000. Entonces, el jugador 1 se queda con \$9000. Y usted recibe \$9000. Si esta fuera la decisión del jugador 1, ¿cuánto quisiera enviarle devuelta al jugador 1 de \$21000 (\$9000 más \$12000 iniciales) que recibió?

- O 1. \$0
- O 2. \$3000
- O 3. \$6000
- O 4. \$9000
- O 5. \$12000
- O 6. \$15000
- O 7. \$18000
- O 8. \$21000

3. Si el jugador 1 decidió enviarle a usted \$6000. Entonces, el jugador 1 se queda con \$6000. Y usted recibe \$18000. Si esta fuera la decisión del jugador 1, ¿cuánto quisiera enviarle devuelta al jugador 1 de \$30000 (\$18000 más \$12000 iniciales) que recibió?

- O 1. \$0
- O 2. \$3000
- O 3. \$6000
- O 4. \$9000
- O 5. \$12000
- O 6. \$15000
- O 7. \$18000
- O 8. \$21000
- O 9. \$24000
- O10. \$27000
- O11. \$30000

4. Si el jugador 1 decidió enviarle a usted \$9000. Entonces, el jugador 1 se queda con \$3000. Y usted recibe \$27000. Si esta fuera la decisión del jugador 1, ¿cuánto quisiera enviarle devuelta al jugador 1 de \$39000 (\$27000 más \$12000 iniciales) que recibió?

- O 1. \$0
- O 2. \$3000
- O 3. \$6000
- O 4. \$9000
- O 5. \$12000
- O 6. \$15000
- O 7. \$18000
- O 8. \$21000
- O 9. \$24000
- O10. \$27000
- O11. \$30000
- O12. \$33000
- O13. \$36000
- O14. \$39000

5. Si el jugador 1 decidió enviarle a usted \$12000. Entonces, el jugador 1 se queda con \$0. Y usted recibe \$36000. Si esta fuera la decisión del jugador 1, ¿cuánto quisiera enviarle devuelta al jugador 1 de

\$48000 (\$36000 más \$12000 iniciales) que recibió?

- O 1. \$0
- O 2. \$3000
- O 3. \$6000
- O 4. \$9000
- O 5. \$12000
- O 6. \$15000
- O 7. \$18000
- O 8. \$21000
- O 9. \$24000
- O10. \$27000
- O11. \$30000
- O12. \$33000
- O13. \$36000
- O14. \$39000
- O15. \$42000
- O16. \$45000
- O17. \$48000

6. Ahora, ¿usted cuánto cree que el jugador 1 le envió de \$12000?

- O 1. \$0
- O 2. \$3.000
- O 3. \$6.000
- O 4. \$9.000
- O 5. \$12.000

Anexo 4. Formato encuesta posjuego

Comprendo que mi decisión de participar es personal, voluntaria, confidencial, anónima y la información es solo de uso académicos.

SI _____ NO _____

A. Número del jugador: _____

Fecha: _____

B. Características básicas (marque con X)

<p>B1. Sexo: _____ Femenino _____ Masculino</p>
<p>B2. Edad: _____ años</p>
<p>B3. ¿Cuántos años continuos hace que trabaja en esta institución? _____ años</p>
<p>B4. Su perfil profesional es:</p> <p>_____ Médico o enfermera con posgrado</p> <p>_____ Profesional administrativo con posgrado</p> <p>_____ Médico o enfermera profesional</p> <p>_____ Profesional administrativo</p> <p>_____ Auxiliar de enfermería</p> <p>_____ Auxiliar administrativo</p> <p>_____ Servicios generales</p> <p>_____ Otro</p>
<p>B5. Si en un juego de moneda de “cara y sello” se ganara \$100.000 y se le propusieron seguir jugando qué haría:</p> <p>_____ Se queda con los \$100.000 y no juega más.</p> <p>_____ Arriesga los \$100.000, buscando ganar otros \$100.000, pero con el riesgo de perderlo todo si no acierta en la nueva ronda.</p>

C. Relaciones sociales (marque con X)

<p>C1. ¿Participa en alguno de los siguientes grupos u organizaciones?</p> <p>_____ De caridad (no como beneficiario)</p> <p>_____ Organización Comunitaria o de barrio</p> <p>_____ Religiosa</p> <p>_____ Instancias de participación del Estado</p> <p>_____ Cultural o deportiva</p> <p>_____ Asociaciones de padres de familia</p> <p>_____ Sindicato, cooperativa de trabajo</p> <p>_____ Movimiento o partido político</p> <p>_____ Otro</p> <p>_____ Ninguno</p>																																			
<p>C2. En términos generales, ¿diría usted que se puede confiar en la mayoría de las personas o que es necesario ser muy cuidadoso al tratar con la gente?</p> <p>_____ Se puede confiar en la mayoría de las personas.</p> <p>_____ Es necesario ser cuidadoso al tratar con la gente.</p>																																			
<p>C3. ¿Cuánto confía en los siguientes grupos?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Grupos</th> <th style="padding: 5px;">Confía mucho</th> <th style="padding: 5px;">Confía algo</th> <th style="padding: 5px;">Confía poco</th> <th style="padding: 5px;">No confía nada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Su familia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sus vecinos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Gente que conoce por primera vez</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sus compañeros de trabajo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Padres de los niños hospitalizados</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Personas de otras regiones que están formadas en su área de trabajo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Grupos	Confía mucho	Confía algo	Confía poco	No confía nada	Su familia					Sus vecinos					Gente que conoce por primera vez					Sus compañeros de trabajo					Padres de los niños hospitalizados					Personas de otras regiones que están formadas en su área de trabajo				
Grupos	Confía mucho	Confía algo	Confía poco	No confía nada																															
Su familia																																			
Sus vecinos																																			
Gente que conoce por primera vez																																			
Sus compañeros de trabajo																																			
Padres de los niños hospitalizados																																			
Personas de otras regiones que están formadas en su área de trabajo																																			

C4. Por favor marque con una X si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	De acuerdo	En desacuerdo
En esta unidad se puede confiar en la mayoría de las personas.		
La mayoría de las personas de esta unidad buscan su propio beneficio.		
Las personas de esta unidad están dispuestos a compartir sus conocimientos e instrumentos de trabajo.		
Las personas de esta unidad se prestan para organizar y participar en actividades sociales o por fuera de la unidad (paseos, eventos, etc.).		

C5. Suponga que hay dos proyectos vigentes en la UCI Neonatal en los que podría trabajar, ¿en cuál de ellos preferiría trabajar?

___ Primer proyecto: trabaja solo y obteniendo resultados favorables se gana la asistencia a un congreso internacional cinco días

___ Segundo proyecto: trabaja con otras tres personas y obteniendo resultados favorables se ganan la asistencia a un congreso en Bogotá cinco días

C6. Prefiere recibir instrucciones u órdenes de forma:

___ Escrita

___ Verbal

C7. Cuando un compañero de trabajo no cumple con una tarea que ha sido asignada previamente y este incumplimiento lo perjudica a Ud. ¿Qué hace?:

___ Reportarlo en el formato de incumplimientos para entregar al jefe

___ Vengarse y no hacer la próxima tarea que le corresponda a usted

___ Dejarle de hablar

___ No compartir próximos eventos sociales con él

___ Hacerle ver su error y manifestarle lo molesto que está

___ No hace nada

C8. Ud. se da cuenta que la madre y el paciente tienen una enfermedad de transmisión sexual y al dar a conocer esta situación se puede presentar un problema con el padre del niño, ¿qué hace?:

___ Reportarlo en la historia clínica y no compartirlo con nadie

___ Buscar asesoría en el comité de ética médica del hospital

___ Buscar asesoría con un compañero de trabajo

___ Orienta a la madre para que hable con el padre del niño

___ No lo reporta, ni consulta

C9. Califique de 1 (muy bajo) a 4 (muy alto): 1) El nivel de confianza que tiene en los siguientes actores y 2) El grado de influencia que estos actores ejercen sobre la función de regulación en el sistema de salud:

Actores	Confianza	Influencia
ADRES		
Altas cortes		
Congreso de la República		
Contraloría general		
EPS		
Gremios de los profesionales		
Hospitales privados		
Hospitales públicos		
Jueces y Fiscales territoriales		
Ministerio de Salud y Protección Social		
Procuraduría general		
Profesionales de la salud		
Secretarías de salud territoriales		
Sindicatos del sector salud		
SuperSalud		
Universidades formadoras recurso en salud		
Usuarios del Sistema		

C10. Elija una sola opción. Marque con una X la respuesta

	¿Qué influye más sobre su comportamiento?	¿Qué influye más sobre el comportamiento de los demás?
Admiración por la ley		
Placer por cumplir con la propia conciencia		
Reconocimiento social, aceptación		
Temor a la multa o a la cárcel		
Temor a la culpa		
Temor a la censura social o el rechazo		

D. Preguntas de cierre (marque con X)

Gracias por participar en este ejercicio. Recuerde que esta información es anónima y confidencial, de la misma manera sus decisiones y resultados en el ejercicio.

D1. ¿Qué motivó las decisiones en el juego?

- Beneficio propio
- Beneficio del grupo
- Confianza en los demás
- Incertidumbre
- Emociones

D2. ¿Entendió las instrucciones de las actividades?

Sí ____ No ____

Fuente: elaboración propia con base en Cárdenas et al. (2008), Giraldo, Casas, Méndez y Eslava (2013) y Eslava (2013).

Anexo 5. Protocolo deliberativo

Temática	Etapa	Pregunta rectora	Pregunta regida
Marco regulatorio del sistema de salud	Apertura	¿Cuáles son las principales limitaciones que presenta el marco regulatorio del sector salud?	<p>Enumere las tres principales problemáticas del marco regulatorio de la salud:</p> <p>___ Creer que la ley resuelve el problema</p> <p>___ Exceso de normatividad</p> <p>___ Omisión del potencial de los acuerdos informales</p> <p>___ Falta de claridad para aplicar la norma</p> <p>___ Desconfianza en los actores que regulan el sistema</p> <p>___ El acto médico instrumentalizado por las normas</p> <p>___ La salud en manos de los jueces</p> <p>___ La complejidad normativa afecta la calidad del servicio</p>
Reglas informales	Argumentación	¿Cuáles son aquellos comportamientos o pactos que favorecen las interacciones en los ambientes hospitalarios?	¿Cuáles son los beneficios de cooperar para resolver estos limitantes?
Uso de reglas informales en ambientes hospitalarios	Cierre	¿Cuáles son las consecuencias de estos comportamientos o pactos en las UCI neonatales	¿Cómo garantizar la permanencia de estas iniciativas? Resultado J1

Fuente: elaboración propia con base en Cárdenas et al (2008), Giraldo, Casas, Méndez y Eslava (2013) y Eslava (2013).