

CREACIÓN, MANTENIMIENTO Y DISRUPCIÓN DE PRÁCTICAS INSTITUCIONALIZADAS EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN LA ESE LADERA, CALI-COLOMBIA

VIVIANA GUTIÉRREZ RINCÓN, PhD©

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Departamento de Gestión de Organizaciones, Colombia
vgutierrez@javerianacali.edu.co

JOSE JAVIER AGUILAR ZAMBRANO, PhD

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Artes, Escuela de Diseño Industrial, Colombia
jjaguila@unal.edu.co

JAVIER MEDINA VASQUEZ, PhD

Universidad del Valle, Vicerrectoría de Investigaciones, Colombia
javier.medina@correounivalle.edu.co

RESUMEN

Uno de los desafíos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es el acceso a los servicios médicos (Vargas, Vázquez & Mogollón, 2010 en Ayala, 2014). En este contexto autores como Kopec y Salazar (2006) y Cáceres-Méndez, Castro-Díaz, Gómez-Restrepo y Puyana (2011) han identificado la telemedicina como respuesta a esta problemática. A pesar de esto, se reconocen una serie de factores que impiden el completo desarrollo de la telemedicina en Colombia, entre los que se encuentran la legalización de prácticas de salud, las limitaciones en el conocimiento y la experiencia (Cáceres-Méndez et al., 2011), ya que la interrelación entre tecnologías de telemedicina, médicos y pacientes genera nuevas prácticas, tanto a nivel de la organización como del sector, y a pesar de que Colombia cuenta con una regulación sobre telemedicina, muchas de estas nuevas prácticas no se han institucionalizado o van en contra de las prácticas institucionalizadas en el sector (Lawrence & Suddaby, 2006; Lawrence, Suddaby & Leca, 2009).

En este sentido, y con el fin de analizar el rol de los actores en la creación, mantenimiento o disrupción de las prácticas institucionalizadas en la ESE Ladera del municipio de Cali a partir de la implementación de la telemedicina, se realiza una investigación de tipo explicativo con metodología cualitativa a partir de un estudio de caso en profundidad. Como resultado de esta investigación se identifican los actores y acciones, tanto de humanos como no-humanos, que se interrelacionan con la telemedicina apoyando y obstaculizando su implementación, además de identificar las formas de trabajo institucional y mecanismos institucional que utilizan los actores humanos y no-humanos en la creación de nuevas prácticas, y el mantenimiento, modificación o disrupción de las prácticas institucionalizadas.

Palabras clave: trabajo institucional, telemedicina, implementación de nuevas tecnologías, prácticas institucionalizadas

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso a los servicios médicos (Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010 en Ayala, 2014), lo cual según diferentes autores se debe a que a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56.9% al 90.8% registrado entre 1997 y 2012 (Céspedes, 2000; Restrepo, Zambrano, Vélez & Ramírez, 2007 en Ayala, 2014), el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79.1% a 75.5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV (Ayala, 2014). En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con características de los usuarios y del sistema de salud, y se ha encontrado una fuerte relación entre el acceso realizado y variables socioeconómicas y del sistema de salud, entre las que se encuentra la ubicación geográfica (Ayala, 2014), y según estadísticas del ministerio de salud, el 60% de la población de cada municipio en Colombia se encuentra en el sector rural, la que puede dificultar el acceso a los servicios de salud para esta población debido a que algunos municipios presentan aislamiento por la falta de vías y por la oferta limitada de salud (Salamanca, Jaramillo & Franco, 2014).

En este contexto autores como Kopec y Salazar (2006) y Cáceres-Méndez et al. (2011) han identificado la telemedicina como respuesta a esta problemática, puesto que permitiría la descentralización de la prestación de servicios de salud, aumentando el acceso sobre todo para aquellas poblaciones alejadas de las zonas urbanas y/o con problemas de violencia, mejorando la calidad y oportunidad de la atención al poner a disposición del paciente el personal y/o equipo médico en el momento indicado y acorde a su patología y la epidemiología de la zona, y disminuyendo los costos para los pacientes que evitan desplazamientos innecesarios a los centros de atención en salud.

A pesar de esto, se han identificado una serie de factores que impiden el completo desarrollo de sistemas de telemedicina en Colombia, entre los que se encuentran la legalización de prácticas de salud (Cáceres-Méndez et al., 2011), ya que la interrelación entre las tecnologías de telemedicina, los médicos y los pacientes genera nuevas prácticas, tanto a nivel de la organización como del sector, y a pesar de que en Colombia se cuenta con una regulación sobre la telemedicina, donde se definen las condiciones de habilitación de las IPS que prestan los servicios de telemedicina y establece que el profesional que pide la opinión terapéutica es el único responsable del tratamiento (Ministerio de la Protección Social [MPS], 2006), muchas de estas nuevas prácticas no se han institucionalizado o van en contra de las prácticas institucionalizadas en el sector (Lawrence & Suddaby, 2006, 2009).

Un caso que muestra el proceso de implementación de la telemedicina en organizaciones de salud pública es el de la ESE Ladera de Cali. La Red de Salud de Ladera ESE es categorizada como una institución de baja complejidad, que tiene adscrita 38 Instituciones Prestadoras de Salud [IPS], siendo la ESE más extensa en su área de influencia con 697.022 habitantes como beneficiarios, de estos 661.406 habitantes de las comunas de la cabecera municipal y 35.616 habitantes de la zona rural del municipio, que reflejan una amplia diversidad social, cultural y epidemiológica (Empresa Social del Estado [ESE] Ladera, 2013), además algunas de estas zonas son categorizadas como zonas en conflicto, por la presencia de paramilitares, bacrins y narcotráfico, que dificulta la movilización de médicos especialistas a estas zonas (Duran, 2014).

En la prestación de sus servicios la ESE Ladera se enfrenta a una serie de problemáticas, por un lado de acceso debido a la dispersión de la población afiliada y su vulnerabilidad social, por otro lado por la poca oportunidad en la atención debido a cantidad de actividades que tiene que realizar

el paciente para la solicitud de citas, exámenes, medicamentos, entre otros, y por la baja capacidad resolutoria de los puestos de salud rurales (IPS) y finalmente por la congestión en el Hospital Cañaveralejo, que es la principal IPS de la Red de Salud Ladera. Para afrontar estas problemáticas, la gerencia y su equipo, definieron un nuevo modelo de prestación de servicios híbrido, con médicos en algunos de los territorios y telemedicina, el cual se viene implementado desde el año 2012, contado con la participación de diversos actores, que han apoyado o controvertido el proceso de implementación de la telemedicina.

En este sentido, y con el objetivo de analizar el rol de los actores humanos y no-humanos en la creación, mantenimiento o disrupción de las prácticas institucionalizadas en la ESE Ladera del municipio de Cali y en el sector salud a partir de la implementación de la telemedicina, se realiza una investigación de tipo explicativo con metodología cualitativa a partir de un estudio de caso en profundidad. Para dar cuenta de esto, se presenta primero el marco teórico de la investigación, la cual se apoya en la teoría institucional, específicamente, en el trabajo institucional; posteriormente se muestra la metodología con la cual se aborda la investigación, para continuar con la discusión de los hallazgos, los cuales se encuentran divididos en cuatro apartados: i) se da cuenta del proceso de implementación de la telemedicina, que incluye las fases y actores que participaron tanto apoyando como oponiéndose al proceso; ii) se identifican las formas de trabajo institucional y mecanismos institucionales que utilizaron los actores en el proceso de implementación; iii) se analiza la interrelación que se genera entre actores, prácticas y formas y mecanismos institucionales; iv) para terminar con el análisis y ejemplificación de las nuevas prácticas que se crearon, las prácticas modificadas y las que desaparecieron, en una de las fases de implementación. Finalmente se muestran las conclusiones de la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trabajo Institucional

El estudio del trabajo institucional busca reorientar la atención de la relación entre las organizaciones y su campo organizacional a entender cómo las acciones de los actores afectan las instituciones (Lawrence, Suddaby & Leca, 2009) tanto a nivel organizacional como de campo organizacional (Gawer & Phillips, 2013), resignificando la agencia humana en la relación con las instituciones, al promover el entendimiento de como los actores pueden tanto reproducir como desafiar las instituciones, ya que se consideran las instituciones como el producto (intencional o no) de acciones específicas tomadas por actores para reproducir, alterar o destruir las instituciones, las cuales son denominadas por Lawrence y Suddaby (2006) como formas de trabajo institucional (ver Tabla 1).

Las instituciones como construcciones sociales requieren una interacción permanente entre sus actores para mantener la estabilidad institucional (Berger & Luckman, 1967) mediante el apoyo, corrección y recreación de los mecanismos que garanticen su cumplimiento social (Lawrence & Suddaby, 2006). Estos mecanismos institucionales son el resultado de una serie de acciones a través de las cuales las instituciones afectan a las organizaciones y las organizaciones afectan los arreglos institucionales en los que operan (Greenwood & Suddaby, 2006; Lawrence et al., 2009).

Los mecanismos institucionales se pueden dividir en elementos regulatorios, normativos y cognitivos-culturales que proveen estabilidad y significado a la vida social (Maguire & Hardy, 2009; Scott, 2001). El elemento regulativo se refiere a la autoridad que ciertos actores utilizan para limitar el comportamiento de los actores (Caronna, 2004 en Maguire & Hardy, 2009) de un campo

organizacional, y que además comparten un sistema de significados, e interactúan frecuentemente entre ellos (Hoffman, 1999; Scott, 1994-1995 en Galvin, 2002). Este elemento regulativo requiere la habilidad para establecer reglas, políticas de conformidad y, si es necesario, coaccionar su cumplimiento (Scott, 2001 en Maguire & Hardy, 2009). Por otro lado, el elemento normativo influencia el comportamiento, al definir qué es lo apropiado o esperado en una situación social dada (Wicks, 2001 en Maguire & Hardy, 2009), más específicamente consiste en los valores y normas que producen la conformidad (Caronna, 2004 en Maguire & Hardy, 2009) como resultado de una expectativa social y obligaciones morales (Scott, 2001). Finalmente, el elemento cognitivo es basado en las concepciones compartidas que constituyen la naturaleza social de la realidad (Scott, 2001 en Maguire & Hardy, 2009). Los elementos cognitivo-cultural incorporan símbolos (palabras, signos, gestos, imágenes) como reglas culturales, que promueven los significados compartidos y la internalización del comportamiento (Hoffman, 1999).

Lawrence y Suddaby (2006) identifican las reglas y los símbolos como mecanismos de mantenimiento o conservación institucional. Las reglas son definidas como técnicas y, en general, procedimientos que son aplicados en la disrupción o transformación de las prácticas sociales (Lawrence & Suddaby, 2006). Estas están relacionadas con los elementos regulativos y normativos de las instituciones y su mantenimiento requiere de acciones disciplinares para mantener los sistemas de recompensa y castigo (Zilber, 2009). Los símbolos se relacionan con los elementos cultural-cognitivo de las instituciones y su mantenimiento requiere el esfuerzo de dar sentido al orden institucional y la reproducción de sus valores y significados (Zilber, 2009).

Tabla 1 Trabajo institucional y mecanismos institucionales

Trabajo	Formas de trabajo institucional
Creación	<p><i>Mecanismos regulatorios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de derechos: creación de estructuras de reglas que confieren derechos de propiedad <p><i>Mecanismos normativos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción de redes normativas: construcción de conexiones inter-organizacionales a través de las cuales las prácticas se sancionan normativamente <p><i>Mecanismos cognitivo-cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mimetismo: asociación de las nuevas prácticas con el conjunto de prácticas, tecnologías y reglas existentes que se dan por sentadas, para facilitar su adopción. • Educación: educar a los actores en habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar las nuevas prácticas
Mantenimiento	<p><i>Mecanismos regulatorios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuasión: establecimiento de barreras coercitivas al cambio institucional • Permisivo: creación de reglas que faciliten y complementen las instituciones existentes <p><i>Mecanismos normativos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia: garantizar el cumplimiento a través de la aplicación, auditoria y monitoreo • Rutinización: infundir activamente los fundamentos normativos dentro de las rutinas del día a día y las prácticas organizacionales. <p><i>Mecanismos cognitivo-cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitificación: preservar el respaldo normativo con la creación y mantenimiento de mitos • Valorizar y demonizar: proveer ejemplos positivos y negativos que ilustren los fundamentos normativos de la institución
Disrupción	<p><i>Mecanismos regulatorios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconexión de sanciones: desconectar las recompensas y sanciones de un conjunto de prácticas, tecnologías y reglas <p><i>Mecanismos cognitivo-cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Minar supuestos: minar los supuestos centrales y las creencias incrementando el riesgo percibido

Fuente: Adaptada de Lawrence y Suddaby (2006) y Scott (2001).

3. METODOLOGÍA

3.1 Recolección de datos: técnicas y fuentes

Se realiza una recolección de múltiples fuentes de datos (Denzin, 2006), a través de entrevistas, análisis documental y observación, con el propósito de obtener una descripción más completa de la interacción de la materialidad de la nueva tecnología con los actores humanos y los procesos de trabajo institucional en los que se involucran. Se realiza una serie de entrevistas semi-estructuradas a diferentes actores de la organización, que comprende directivos y administrativos de la organización, médicos generales y rurales, especialistas, otros profesionales de la salud y pacientes. Las entrevistas se llevan a cabo a actores que han interactuado con la modalidad de telemedicina para la prestación de servicios de salud.

También se utilizan técnicas de observación y análisis documental (McKechnie, 2008). La primera con el objetivo de observar las interrelaciones entre los actores humanos y la telemedicina. Y la segunda, para dar cuenta de los discursos que rodean la interacción entre la telemedicina y las prácticas institucionalizadas en la organización y el sector, a partir de fuentes internas como los planes organizacionales, mapas de procesos y fuentes externas como planes sectoriales, política pública, entre otros. La comparación entre los discursos de las entrevistas, notas de campo y los documentos arrojan entendimientos acerca de la congruencia o falta de ella, entre las palabras y las acciones (Charmaz, 2006).

3.2 Análisis de datos

A partir del material empírico recolectado se mapearon los actores y acciones que han intervenido en el proceso de implementación de la telemedicina en la ESE Ladera. Latour (2015) plantea que hay de tratar las tecnologías como proyectos, no como objetos, ya que para que una tecnología llegue a convertirse en un objeto naturalizado, tuvo que pasar por una serie de interacciones entre actores y acciones. En este sentido, es importante identificar los actores y acciones, tanto de humanos como no-humanos, que se interrelacionan con la telemedicina apoyando (y) y obstaculizando (o) su implementación en las diferentes fases en un diagrama traslacional. Posteriormente se codificaron los textos del material recolectado, categorizando segmentos de datos con un nombre corto que simultáneamente resume y describe cada segmento de datos (Charmaz, 2006). En este proceso se realizaron tres tipos de codificación: primero, una codificación inicial donde se mantiene una cercanía con los datos tratando de identificar acciones en cada segmento. En esta primera etapa de la codificación se identificaron 1359 códigos, algunos ejemplos de estos códigos son “manos remotas” y “binomio humano-tecnología”. Adicionalmente, este proceso ayudó con la identificación no solo de los actores claves, sus acciones de apoyo u oposición, sino también de entender los diferentes momentos del proceso de implementación de la telemedicina en la ESE Ladera.

Segundo, se realizó una codificación focalizada a partir de la utilización de los códigos más significativos y/o frecuentes que ayudaron a sintetizar y explicar segmentos de datos más amplios, generando códigos más directos, selectivos y conceptuales (Glaser, 1978 en Charmaz, 2006), denominados conceptos. Tercero, se realizó una codificación teórica, es decir, una codificación que especifique la posible relación entre los conceptos que se han desarrollado en la codificación focalizada para desarrollar las categorías e identificar las relaciones entre estas categorías (Charmaz, 2006), en este proceso se vinculan categorías teóricas existentes como las formas de

trabajo institucional, a las cuales se integraron nuevas categorías como identificación de vacíos en la regulación, la disponibilidad de tecnologías y las manos remotas, también se vincularon las categorías de los mecanismos regulatorios, normativos y cognitivo-culturales, al cual se integra la categoría de mecanismos materiales.

Es necesario resalta que este proceso iterativo de etiquetamiento-desagregación-reagregación es promovido por una tarea de interpretación que es reflexiva, debido a que es necesario evaluar de manera constante la validez de las semejanzas y diferencias reconocidas entre los códigos, conceptos y categorías que se van generando.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Proceso de Implementación: Fases y Actores

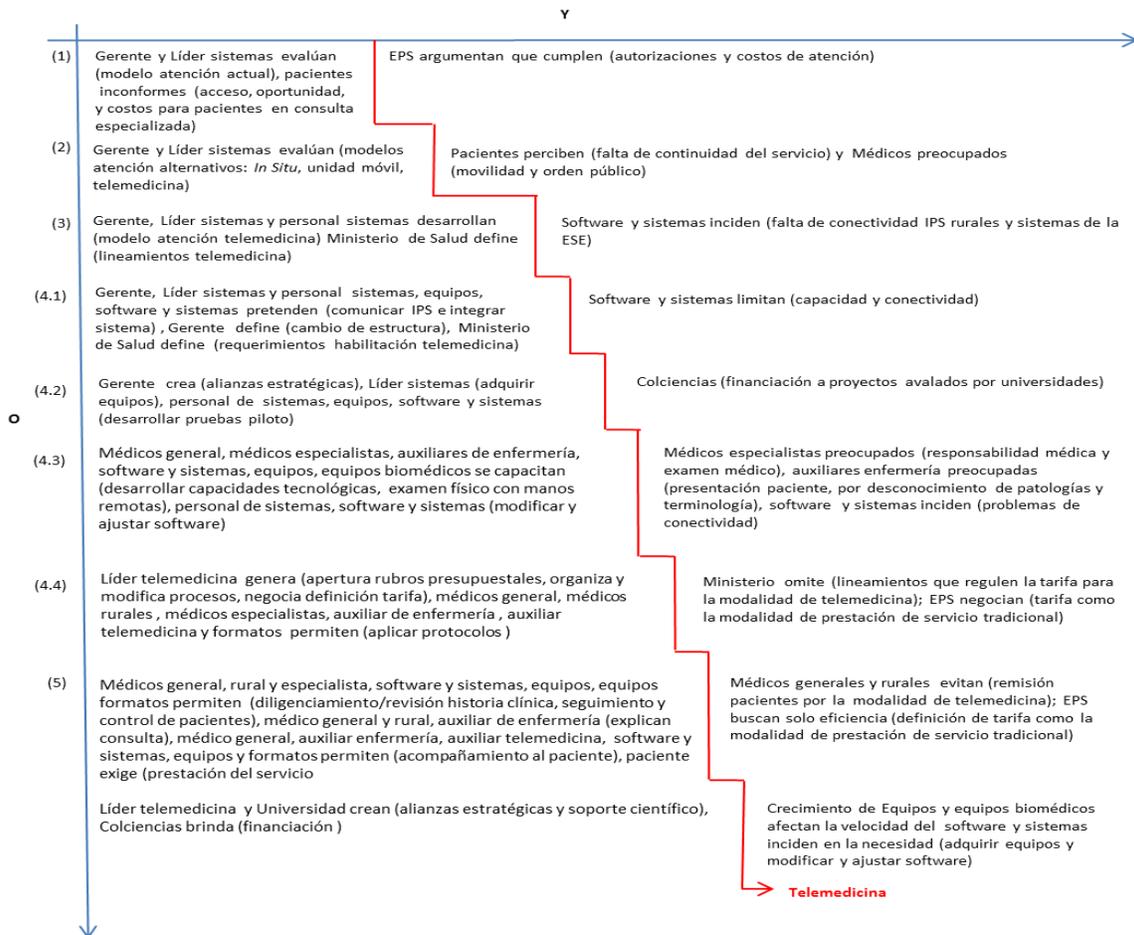
El proceso de implementación inicia con la fase de identificación de la necesidad, que conlleva la identificación de las problemáticas de la ESE Ladera para la prestación de servicios de salud en sus 38 IPS, y de las problemáticas de los pacientes para acceder a estos servicios, principalmente de la zona rural. Se resalta que actores como el gerente y el líder en sistemas, participan principalmente en las primeras fases apoyando la implementación de la telemedicina. La fase de adopción se encuentra dividida en 4 sub-fases, donde participan diferentes actores humanos y no-humanos, que han tenido roles de apoyo y contradicción durante el proceso como los médicos especialistas y auxiliares de enfermería, que ejercieron un rol de contradictores en términos de la responsabilidad médica, y presentación de pacientes por el desconocimiento de las patologías y terminología, respectivamente, mientras que el software y sistemas de información, evitaban la conectividad entre las IPS, pero una vez se realizaron los ajustes en procesos, protocolos y software, estos actores pasaron a apoyar la implementación. Durante la fase de uso, se observa una resistencia de los médicos generales y rurales al remitir a los pacientes a consultas por la modalidad de telemedicina, resistencia que se encuentra asociada a paradigmas por la interacción con los especialistas y la alta rotación de este personal.

Durante la fase de adaptación, en la que se encuentra actualmente este proceso, se identifica que, debido al crecimiento de la telemedicina, y otros procesos organizacionales, los sistemas y equipos actuales requieren de una actualización y modificación porque están generando demoras en los procesos. Adicionalmente, se identifica como la ESE Ladera a través de la líder en telemedicina ha realizado alianzas estratégicas con el objetivo de superar barreras de financiación de Colciencias por no contar con el aval y soporte científico de Universidades.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección social, ha ejercido diferentes roles en este proceso, por una lado al generar los lineamientos para la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina permitió su adopción dentro de la ESE Ladera, adicionalmente la existencia de vacíos en la regulación en referencia a características específicas de los equipos, sistemas y plataformas para la prestación de servicios por telemedicina permite la adquisición de equipos y sistemas ajustados a las capacidades financieras de la ESE Ladera, pero al mismo tiempo vacíos como la inexistencia de una tarifa definida para estos servicios, se convierte en un impedimento para su sostenibilidad. Las EPS han ejercido un rol de contradictor, al ser uno de sus objetivos centrales la eficiencia en la utilización de los recursos y al no existir regulación en términos de la tarifa y control sobre la existencia dentro de sus portafolios de servicios bajo la modalidad de telemedicina, las EPS dan prioridad a las consultas presenciales, y de esta forma dan cumplimiento a la regulación al autorizar la prestación del servicio, pero desconociendo las

problemáticas de la población, principalmente de la zona rural, para poder acceder a estos servicios.

Figura 1 Diagrama Traslacional implementación telemedicina en ESE Ladera



Fuente: Elaboración propia

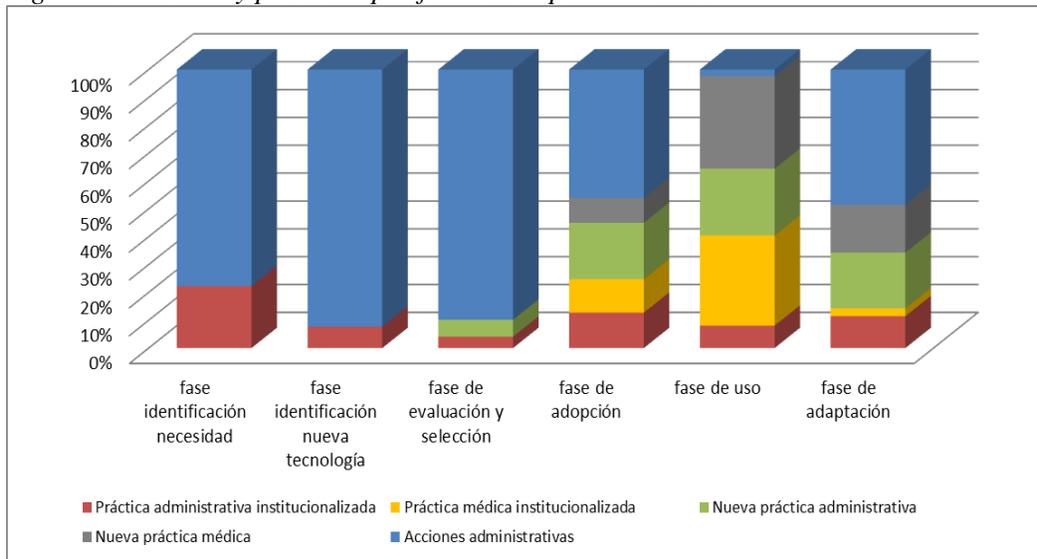
4.2 Identificación de formas de trabajo institucional y mecanismos institucionales

Las formas de trabajo institucional se entienden en esta investigación como las acciones y prácticas de actores humanos y no-humanos, que buscan la creación, el mantenimiento y la disrupción de las prácticas institucionalizadas, mientras que los mecanismos institucionales relacionan estas acciones y prácticas a elementos regulatorios, normativos y cognitivo-culturales (Scott, 2001) para entender su naturaleza. Las acciones son entendidas como actividades humanas y no-humanas que buscan de forma intencional o no, el cambio o mantenimiento de los arreglos sociales, mientras que las prácticas se entienden como arreglos de la actividad humana y no-humana, repetitivos y organizados alrededor de un entendimiento práctico compartido, y las prácticas institucionalizadas se entienden como son prácticas que establecen los ambientes institucionalizados, y que las organizaciones adoptan, difundiéndose tan ampliamente que se dan por sentadas, y por lo tanto son resistentes al cambio (Battilana & D'Aunno, 2009).

En el proceso de investigación se identificaron 12 acciones y 28 prácticas que los actores humanos y no-humanos realizaron en proceso de implementación de la telemedicina en la ESE Ladera, generando mantenimiento o transformación los arreglos sociales existentes, que se percibe en la

consulta, y en los procesos organizacionales, tanto administrativos y de apoyo como asistenciales. Estas acciones y prácticas se dividen en administrativas y gestión y médicas o asistenciales y se observa que las acciones administrativas se generaron principalmente en las fases de identificación de la necesidad, identificación de nueva tecnología y evaluación y selección, mientras que las nuevas prácticas administrativas se presentan durante las fases de adopción, uso y adaptación. Las nuevas prácticas médicas se dan principalmente en la fase de uso, al igual que las prácticas médicas institucionalizadas.

Figura 2 Acciones y prácticas por fases de implementación



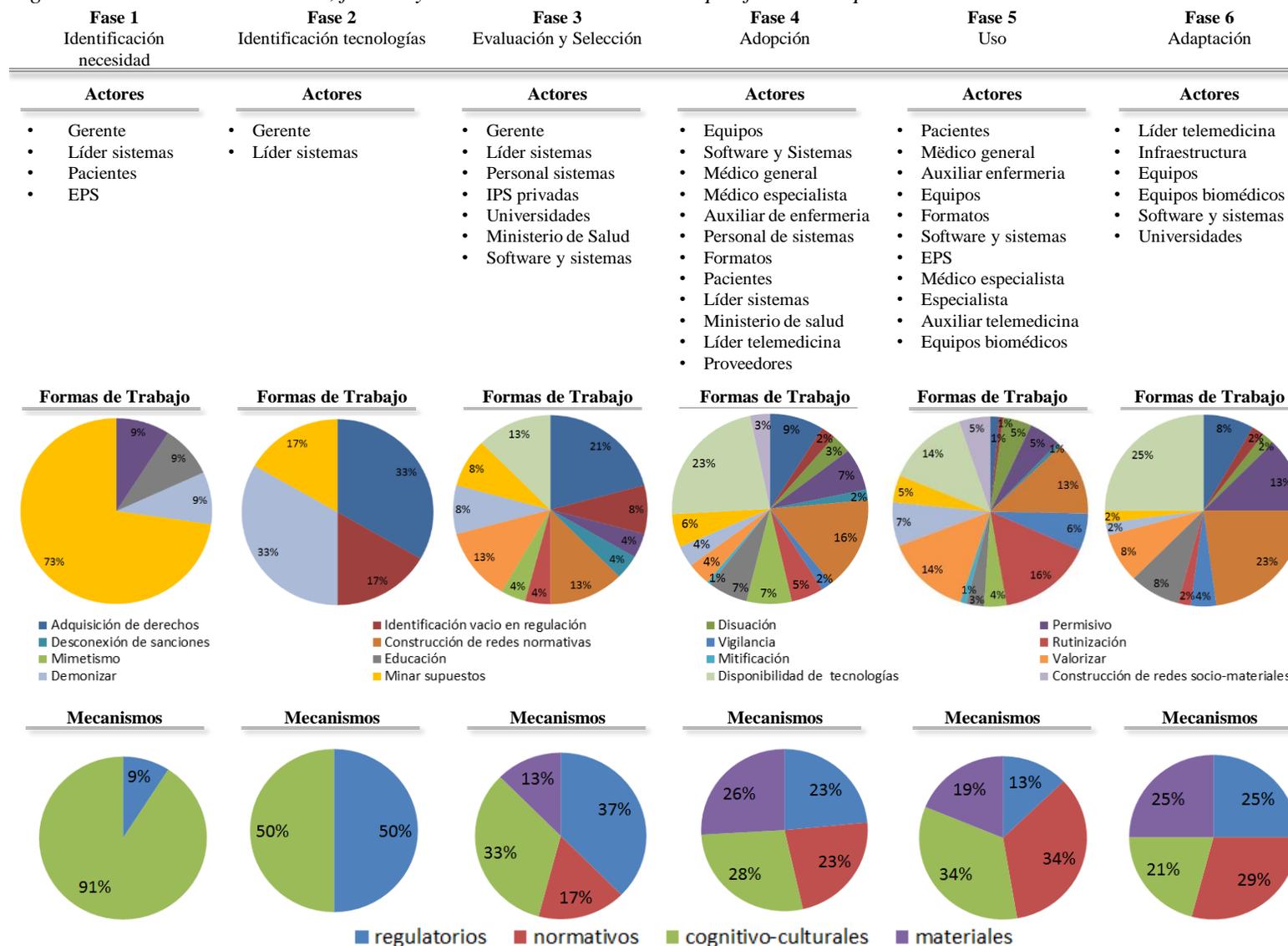
Fuente: Elaboración propia

A partir del análisis de las acciones y las prácticas identificadas durante el estudio, surge la necesidad de generar tres nuevas categorías de trabajo institucional, que son: la identificación de vacío, en la regulación, la disponibilidad de tecnologías y la construcción de redes socio-materiales; de estas nuevas categorías de trabajo institucional, la primera se integra a los mecanismos regulatorios, mientras que las dos últimas requirieron de una nueva categoría de mecanismos institucionales, que se denominó mecanismos materiales.

4.3 Interrelación entre actores, prácticas, formas de trabajo institucional y mecanismos institucionales

Una descripción general de los actores, las formas de trabajo institucional y los mecanismos institucionales que utilizan estos actores para apoyar u oponerse al proceso de implementación de la telemedicina en la ESE Ladera se presenta en la Figura 3. Se puede observar que el número de actores que participan en las diferentes fases van aumentando, y que los actores no-humanos, como el software y sistemas, los equipos y los formatos comienzan a tener gran importancia en las fases de adopción, uso y adaptación. También se resalta que los actores utilizan diferentes combinaciones de formas de trabajo institucional para afectar los arreglos sociales dependiendo de la fase en la que se encuentran.

Figura 3 Resumen de los actores, formas y mecanismos institucionales por fases de implementación



Fuente: Elaboración propia

4.3.1 Fase de identificación de necesidad

Los actores con mayor incidencia en la fase de identificación de necesidades fueron el gerente, el líder en sistemas y los pacientes que con la evaluación del modelo de atención buscan minar los supuestos y demonizar el modelo de atención en salud con el que la ESE Ladera venía trabajando hasta el año 2011, utilizando mecanismos cognitivo-culturales; por otro, las EPS con el establecimiento de una serie de trámites de autorización para la prestación de los servicios de salud, mantienen el modelo de atención tradicional a través de prácticas permisivas que se relacionan con mecanismos regulatorios.

4.3.2 Fase de identificación de nuevas tecnologías

En la identificación de nuevas tecnologías, el gerente y el líder del área de sistemas evaluaron los modelos de atención *In Situ*, unidades móviles y telemedicina, a partir de la identificación en las políticas, leyes y resoluciones en salud, que estructura de reglas se han generado en relación a estos modelos e identificar sus vacíos, lo cual podía dificultar su implementación, adicionalmente, estos actores continuaron minando los supuestos y demonizando el modelo de atención tradicional. Las acciones emprendidas por los actores, al que al igual que la fase anterior, se centran en mecanismos regulatorios y cognitivo-culturales.

4.3.3 Fase de evaluación y selección

En la fase de evaluación y selección los actores más preponderantes continuaron siendo el gerente y el líder del área de sistemas, los cuales con la información de la implementación de telemedicina realizada por IPS privadas y Universidades, y la regulación en telesalud y telemedicina del Ministerio de Salud y Protección Social, evaluaron los modelos de telemedicina sincrónicos y asincrónicos, identificando que estructura de reglas existen y cuáles son sus vacíos, valorizando y demonizando algunas de sus características y beneficios; con la colaboración del personal del área de sistemas, estos actores seleccionaron las características centrales para desarrollar un modelo de telemedicina para la ESE Ladera, a partir de la construcción de redes normativas que generaran nuevas interacciones entre los actores, la permisividad es decir la creación de reglas que permitieran la continuidad de prácticas existentes que complementan las nuevas prácticas, la desconexión de sanciones de algunas prácticas institucionalizadas, y el mimetismo de prácticas institucionalizadas, sobre todo a nivel médico; por otro lado, estos actores humanos, el gerente, el líder en sistemas y el personal de sistemas, identificaron las falencias de los actores no-humanos, el software y los sistemas de información de la ESE Ladera, lo que dificultaba la conectividad entre las IPS de la ESE. Los mecanismos de mayor relevancia en esta fase fueron los regulatorios y cognitivo-culturales, seguidos por los normativos y finalmente los materiales.

4.3.4 Fase de adopción

La fase de adopción, se observan una gran participación del personal administrativo y de apoyo, pero también del personal asistencial de la ESE Ladera, además de una participación importante de los no-humanos, que al interrelacionarse generaron acciones y prácticas que por un lado buscaban la aceptación del modelo de atención con telemedicina, a través de la disponibilidad de tecnología, la construcción de redes normativas, el mimetismo y la adquisición de derechos, pero a su vez generaban resistencia a algunas de las características del nuevo modelo de atención, con prácticas permisivas que apoyan el modelo de atención tradicional. Es importante destacar como los mecanismos materiales toman importancia durante esta fase, logrando una participación similar a la de los otros mecanismos institucionales.

4.3.5 Fase de adaptación

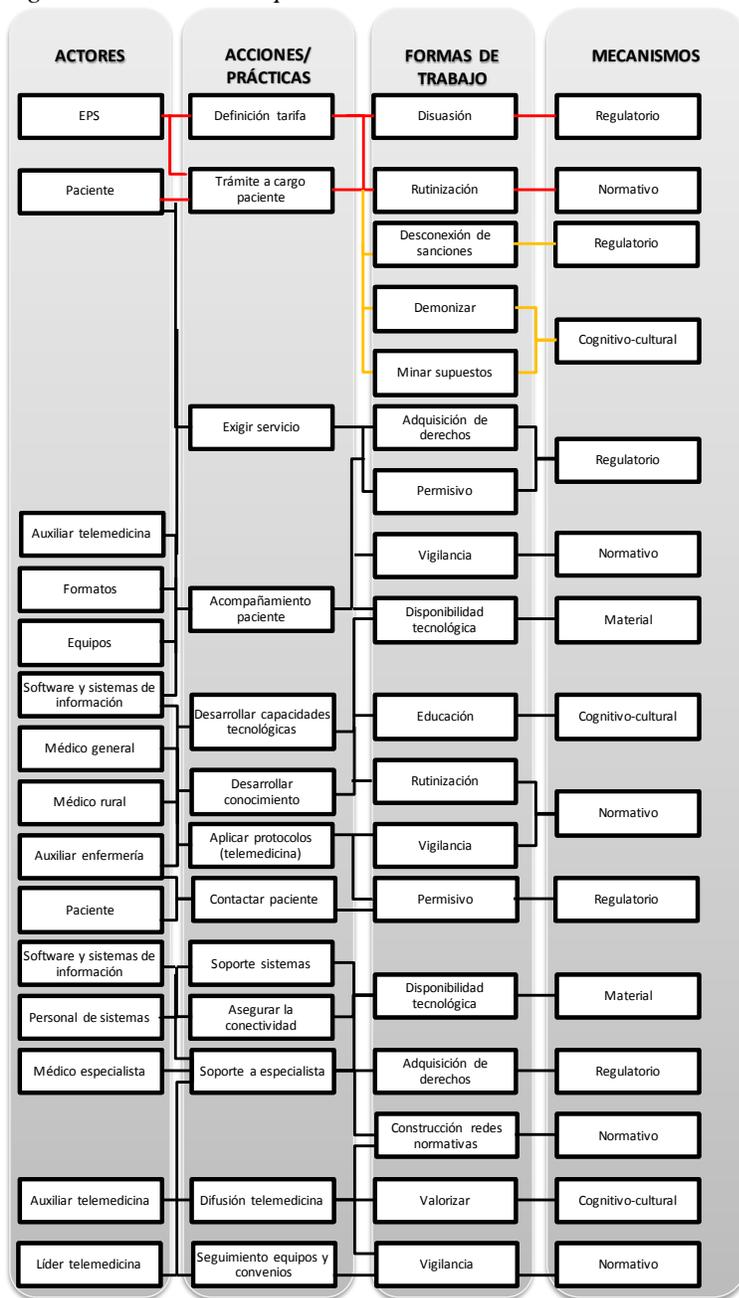
Finalmente, durante la fase de adaptación se resalta la participación de la líder en telemedicina y las Universidades, que a través de la construcción de redes normativas buscan dar continuidad a la telemedicina, mientras que se identifica la necesidad de actualización de los equipos, los equipos biomédicos, los sistemas de información y la infraestructura, debido a que están generando problemas en la disponibilidad de tecnología que se requiere para la telemedicina y los otros procesos organizacionales.

4.4 Creación, mantenimiento y disrupción de prácticas

Como ya se ha mencionado anteriormente, a partir de la implementación de la telemedicina, la ESE Ladera generó una serie de nuevas prácticas tanto administrativas como asistenciales, que en algunos casos han entrado de generar disrupción de las prácticas institucionalizadas en el sector, las cuales se observan en las diferentes fases del proceso de implementación, pero que presentan mayor claridad en la fase de uso. Es importante resaltar que estas nuevas prácticas también han generado nuevas interrelaciones entre los actores tanto humano como no-humano, que anteriormente no participaban en las prácticas existentes. Entre los ejemplos de las prácticas administrativas que han cambiado se encuentra el trámite de autorizaciones a cargo de los pacientes, el cual era reforzado por las EPS, apoyándose en el marco regulatorio del país y en la rutinización de este conjunto de actividades, pero que con la implementación de la telemedicina y el cambio en la regulación, se comenzó a demonizar y minar supuestos sobre su utilidad, llevando a la creación de una nueva práctica que implica el acompañamiento al paciente en todo el proceso (ver *Figura 4*).

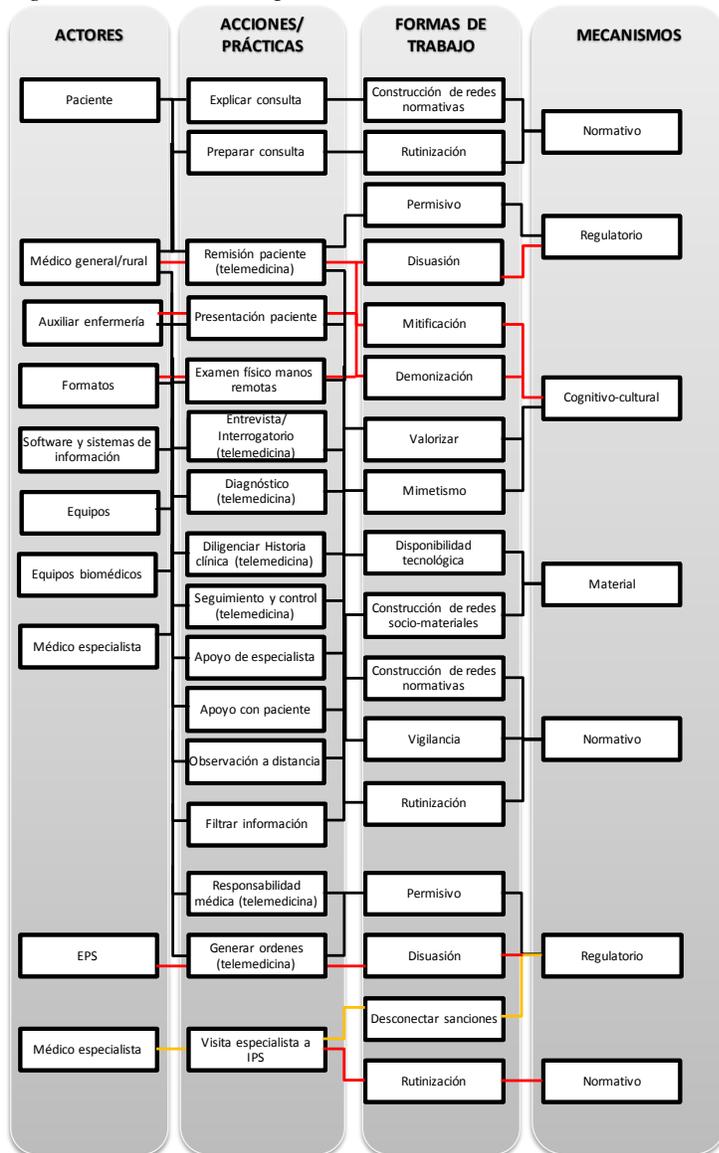
Por otro lado, una de las prácticas asistenciales que han presentado grandes modificaciones es la del examen físico, la cual, a partir de la implementación de la telemedicina, se realiza con manos remotas, lo que implica que los médicos especialistas y especialistas no se encuentran presentes de forma física para realizar el examen, sino que a través del software y equipos se apoyan en los médicos generales o auxiliares de enfermería para la realización de esta práctica. Esta nueva práctica de aun presenta cierto tipo de oposición por parte de algunos médicos generales, debido a la mitificación que se tiene sobre los médicos especialistas. Una de las prácticas asistenciales que sufrió una disrupción, fue la de la visita de los médicos especialistas a las IPS rurales, debido que a través de la telemedicina, realizan la consulta de forma virtual, mejorando la oportunidad en la consulta y eliminando los tiempos destinados a los traslados (*Figura 5*).

Figura 4 Fase de Uso: prácticas administrativas



Fuente: Elaboración propia

Figura 5 Fase de Uso: prácticas asistenciales



Fuente: Elaboración propia

Al analizar cada una de las fases, se identifica que los actores utilizaron una combinación de mecanismos regulatorios, normativos, cognitivo-culturales y materiales para crear 14 nuevas prácticas y modificar 10 de las prácticas institucionalizadas, con formas de trabajo como la adquisición de derechos, permisividad en las reglas, desconexión de sanciones, educación, mimetismo, minar supuestos, demonizar, construcción de redes normativas y socio-materiales, y disponibilidad tecnológica. Los actores mantuvieron 2 de las prácticas institucionalizadas, a partir de formas de trabajo de disuasión, permisivas y la identificación de vacíos en la regulación, al igual que en la disponibilidad tecnológica, construcción de redes socio-materiales, rutinización, vigilancia, valoración y mitificación de las prácticas actuales, y demonización a los cambios. En la disrupción de 2 prácticas institucionalizadas los actores utilizan mecanismos regulatorios como las formas de trabajo de desconexión de sanciones y mecanismos cognitivo-culturales como demonizar y minar los supuestos de las prácticas institucionalizadas.

5. CONCLUSIONES

Para el desarrollo de esta investigación, se escoge como caso de estudio la implementación de la telemedicina en una organización pública, por considerar que en este caso el proceso de implementación las relaciones no se han estabilizado, lo cual facilitará la identificación de las prácticas que se han dado por sentado y que se encuentran en reconfiguración tanto a nivel organizacional como sectorial. En este sentido, Latour (2008) afirma que, en el estudio de las innovaciones, los objetos generan procesos de reasociación y reensamblaje que permiten rastrear las nuevas asociaciones de los actores y el diseño de nuevos ensamblados, ya que se mantienen por más tiempo como actores visibles, distribuidos, referidos, antes de volverse invisibles y asociales, debido que por su institucionalización se comienzan a dar por sentado.

Al utilizar las formas de trabajo institucional (Lawrence & Suddaby, 2006), se vincula en la investigación los elementos micro (acciones y prácticas de los actores humanos y no humanos y arreglos sociales de la organización) con los elementos macro de las instituciones (arreglos sociales del sector como la regulación y prácticas institucionalizadas en el sector), que se ha identificado como una de las limitaciones en este tipo de estudios que se enfocan en elementos micro o macro (Leonardi & Barley, 2010). Tradicionalmente, la atención desde los estudios institucionales se ha centrado en los elementos macro de la transformación social, mientras que el trabajo institucional se enfoca en las acciones que afectan las relaciones entre los actores y las instituciones (Lawrence et al., 2009).

En el estudio se proponen tres nuevas categorías de trabajo institucional (identificación de vacíos en la regulación, disponibilidad de tecnologías y construcción de redes socio-materiales) para generar un mejor entendimiento de las acciones de los actores para crear, mantener o generar disrupción de los arreglos sociales, categorías que surgen a partir del análisis de las acciones y las prácticas identificadas durante el estudio. De estas nuevas categorías de trabajo institucional, la primera se integra a los mecanismos regulatorios, mientras que las dos últimas requirieron de una nueva categoría de mecanismos institucionales, que se denominó mecanismos materiales, la cual a su vez busca integrar los elementos materiales al análisis del cambio institucional.

La representación visual del diagrama traslacional (Latour, 2015) se espera faciliten la observación de las acciones y actores del mundo empírico y sus interacciones e inter-relaciones, convirtiéndose en una herramienta analítica de la relación micro y macro del caso en estudio.

No se puede afirmar que la telemedicina en la ESE Ladera se ha institucionalizado, es decir, que el conjunto de prácticas, reglas y normas que se encuentran vinculadas a esta modalidad de prestación de servicios de salud, se han legitimado y tomado por sentadas por un conjunto de actores (Douglas, 1986; Seo & Creed, 2002), pero si se identifican prácticas que se han sufrido disrupción, las que se han mantenido, las que se han modificado y las que se han creado durante este proceso y los mecanismos institucionalizados a las cuales se encuentran vinculadas.

Se resalta que los actores tanto humanos como no-humanos, no solo utilizan acciones para crear nuevas prácticas o para irrumpir [disrupting] las actuales, sino también como mantener las prácticas actuales. Es decir, que la estabilidad es resultado de una serie de esfuerzos que realizan los actores para mantener sus prácticas, y no necesariamente es el resultado de la falta de acción por parte de los actores.

Es importante mencionar como la implementación de la telemedicina, nuevos actores, tanto humanos como no-humanos, entran a interrelacionarse y a tener nuevos roles dentro de las prácticas organizacionales. Por ejemplo, en la consulta especializada con la modalidad de telemedicina, los médicos especialistas y especialistas, los cuales contaban con un rol central debido a que eran los únicos actores a cargo de las prácticas asistenciales de la consulta especializada y donde se establecía una relación con el paciente, entran a compartir algunas prácticas asistenciales con los médicos generales y las auxiliares de enfermería, sin perder su rol preponderante durante la consulta. Adicionalmente, se genera un cambio en la relación con el paciente, que ya no se da de forma aislada, que era por un lado con el médico especialista, y por otro con el médico general, sino que implica la interrelación entre los tres actores, a partir de la utilización de actores no-humanos.

Finalmente, a partir del análisis de las formas de trabajo utilizadas por los actores, como la identificación de vacíos en la regulación, se puede generar recomendaciones para el Gobierno de Colombia, sobre la creación de lineamientos específicos para la definición de tarifas en la prestación del servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina, y para asegurar que esta modalidad se integre al portafolio de servicios de las EPS en Colombia.

REFERENCIAS

- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional*. Cartagena: Banco de la República – Centro de Estudios Económicos Regionales.
- Battilana, J., & D’Aunno, T. (2009). Institutional work and the paradox of embedded agency. En T. Lawrence, R. Suddaby, y B. Leca (Eds.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organization* (pp. 31–58). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berger, P. & Luckman, T. (1967). *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor Books.
- Cáceres-Méndez, E., Castro-Díaz, S., Gómez-Restrepo, C. & Puyana, J. (2011). *Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas de aprendizaje*. *Universitas Medica*, 52(1), 11-35.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Denzin, N. (2006). *Sociological methods: A sourcebook*. London: Aldine Transaction.
- Douglas, M. (1986). *How Institutions think*. Great Britain: Routledge.
- Duran, A. (2014). Experiencia de la Red de Salud de Ladera con su Unidad de Telesalud. Ponencia presentada en I Congreso Iberoamericano de Telesalud y Telemedicina, Perú. Recuperado de <http://teleiberoamerica.com/videos/Icongreso/43.duran.html>
- Empresa Social del Estado Ladera (2013). Área de influencia. Recuperado de <http://www.saludladera.gov.co/index.php/nosotros/informacion-corporativa/area-de-influencia>
- Gawer, A. & Phillips, N. (2013). Institutional work as logics shift: the case of intel’s transformation to platform leader. *Organization Studies*, 34(8), 1035-1071.
- Greenwood, R. & Suddaby, R. (2006). Institutional entrepreneurship and the dynamics of field transformation, *Academy of Management Journal*, 49, 27-48.
- Hoffman A. (1999). Institutional evolution and change: environmentalism and the U.S. Chemical Industry. *Academy of Management Journal*, 42(4), 351-371.
- Kopec, A. & Salazar, A. (2006). *Aplicaciones de telecomunicaciones en salud en la subregión andina. Telemedicina*. Universidad de los Andes.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Latour, B. (2015). *Scientific Humanities*. Material curso en Coursera (Junio – Julio 2015), desde www.coursera.org
- Lawrence, T. & Suddaby, R. (2006). Institutions and Institutional Work. En S. Clegg, C. Hardy, T. Lawrence, & W. Nord, (Eds.) *Handbook of organization studies* (pp.215-254), 2nd Edition. Londres: Sage Publications.
- Lawrence, T., Suddaby, R. & Leca, B. (2009). *Institutional Work: actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Leonardi, P. & Barley, S. (2010). What's under construction here? Social action, materiality, and power in constructivist studies of technology and organizing. *Academy of Management Annals*, 4(1), 1-51.
- Maguire, S. & Hardy, C. (2009). Discourse and deinstitutionalization: the decline of DDT. *Academy of Management Journal*, 52(1), 148-178.
- McKechnie, L. (2008). Observational research. En L. Given (Ed). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*, Vol. 1 & 2 (pp.573-575) Londres: SAGE Publications.
- Ministerio de Protección Social (2006). Resolución 1448 de 2006.
- Salamanca, G., Jaramillo, L. & Franco, C. (2014). *Estudios sobre la geografía sanitaria en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia
- Scott, R. (2001). *Institutions and Organizations*, Second Edition, Londres: Sage Publications.
- Seo, M. & Creed, D. (2002). Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: a dialectical perspective. *Academy of Management Review*, 27(2), 232-247.
- Zilber, T. (2009). Institutional maintenance as narrative acts. En Lawrence, T., Suddaby, R. and Leca, B. (Eds.) *Institutional Work: actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.