



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Contaduría y Administración  
Doctorado en Administración

**CAMBIO ORGANIZACIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.  
CASO HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de  
Doctor en Administración

**Presenta:**

Marlén Suárez Pineda

**Dirigido por:**

Alejandra Elizabeth Urbiola Solís

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Octubre 2019



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Contaduría y Administración  
Doctorado en Administración

**“Cambio organizacional en el sistema de salud colombiano.  
Caso hospital regional de Sogamoso”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Doctor en Administración

**Presenta:**

Marlén Suárez Pineda

**Dirigido por:**

Dra. Alejandra Elizabeth Urbiola Solís

Dra. Alejandra Elizabeth Urbiola Solís  
Presidente

Dra. Josefina Morgan Beltrán  
Secretario

Dra. Ilia Violeta Cázares Garrido  
Vocal

Dra. Patricia Luna Vilchis  
Suplente

Dra. Ma. Luisa Leal García  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro. Qro.  
Octubre 2019  
México

## Agradecimientos

El desarrollo de esta investigación tuvo origen en una idea de corte positivista, por mi formación funcionalista como Administradora, debo dar agradecimiento a la doctora Alejandra Elizabeth Urbiola Solís quien con sus recomendaciones teóricas y su acompañamiento metodológico, me ayudó a ver una nueva perspectiva que entiende la organización como una construcción social, lo cual me permitió decidir por un paradigma interpretativo y encontrar una mayor riqueza de entendimientos dentro del fenómeno analizado.

Trabajos de investigación de la naturaleza del presente, que implican la mayor aproximación a la forma como las personas construyen realidad dentro de la organización, suponen generar incomodidades a los actores porque se hacen observaciones, entrevistas, se piden documentos, etc., interrumpiendo la normalidad de las rutinas, por ello es necesario ofrecer agradecimiento a los médicos Julio César Piñeros Cruz y Oscar Mauricio Cuevas, gerente y subgerente científico del Hospital Regional de Sogamoso, quienes dieron su visto bueno para que se adelantara el estudio de caso en el hospital y generaron la sensibilización necesaria con el personal.

La misma gratitud ofrezco a todo el personal médico, paramédico, administrativo, pensionados, exfuncionarios, asesores externos y representantes de usuarios del hospital, que aceptaron dar entrevistas, facilitar documentos o ser observados en su ambiente de trabajo. Su concurso ha sido fundamental para recaudar la información que hizo posible esta tesis; valoro de manera especial la confianza que me transmitieron a través de sus respuestas espontáneas y libres de prevenciones.

Al señor Secretario de Salud de Boyacá, odontólogo Germán Francisco Pertuz, le reconozco haber encontrado sentido en esta iniciativa de investigación y haberme remitido ante las autoridades del Hospital Regional de Sogamoso.

## Resumen

La presente investigación se desmarca del paradigma racional dominante para buscar en la subjetividad amplitudes comprensivas. Se trata de una aproximación al fenómeno organizacional del sistema de salud colombiano, tomando un hospital público como caso de estudio, para hallar explicaciones al proceso de construcción de realidad por parte de los sujetos con ocasión de la desregulación del Estado que acompaña la doctrina neoliberal. La perspectiva teórica es el neoinstitucionalismo sociológico representado en el pensamiento de DiMaggio y Powell, Meyer y Rowan, Scott, Tolbert y Zucker, Greenwood y Hinings, quienes inspirados en los sociólogos Berger y Luckmann, reconocen el cambio como un proceso de institucionalización o construcción social en el que se instalan mitos y guiones presentes en la sociedad y en el campo organizacional, hasta alcanzar isomorfismo en las organizaciones del campo. La metodología es de naturaleza cualitativa, de corte fenomenológico, utilizando el método de estudio de caso. Para lograr la comprensión del cambio en el hospital se han considerado tres dimensiones de análisis: cambio desde la estructura organizacional, desde las prácticas de gestión del servicio y desde los significados de los sujetos. Los resultados permitieron hallar evidencia empírica que prueba las siguientes proposiciones: a) el proceso de desregulación del Estado ha desplegado un entramado normativo que ha obrado como presión isomórfica coercitiva, que a su turno, por la incertidumbre despertada en el campo de la salud ha activado una presión isomórfica mimética; las dos promueven cambios en la estructura organizacional para acondicionarla a los fines de la eficiencia y la productividad, requerimientos de las racionalidades del mercado. b) Las mismas presiones isomórficas son las responsables de los cambios en las prácticas de gestión, mismos que han ocurrido por las plantillas y controles impuestos desde las agencias de regulación y el gobierno corporativo, pero su creación de sentido por parte de los sujetos es fragmentada. c) Los significados compartidos por los sujetos se han transformado a través de un proceso forzado de instalación de mitos dominantes en el ambiente, que genera diversidad de esquemas interpretativos y consecuentemente altera las lógicas de la interacción tradicionales en el hospital.

**Palabras clave:** Neoinstitucionalismo sociológico, isomorfismo organizacional, legitimidad, construcción social.

## Summary

This research dissociates from the dominant rational paradigm in order to search for comprehensive amplitude in subjectivity. This is an approach to the organizational phenomenon of the Colombian health system; a public hospital was taken as a case study, to find explanations to the process of construction of reality by the subjects on the occasion of the deregulation of the State that accompanies the neoliberal doctrine. The theoretical perspective is the sociological neo-institutionalism represented in the thinking of DiMaggio and Powell, Meyer and Rowan, Scott, Tolbert and Zucker, Greenwood and Hinings, who inspired by the sociologists Berger and Luckmann, recognize change as a process of institutionalization or social construction in which myths and scripts present in society and in the organizational field are installed, until reaching isomorphism in the organizations of the field. The methodology is qualitative in nature, phenomenological kind, it was used the case study method. To understand the change in the hospital, three dimensions of analysis have been considered: change from the organizational structure, from the service management practices and from the meanings of the subjects. The results allowed to find empirical evidence that proves the following propositions: a) the process of deregulation of the State has deployed a normative framework that has worked as coercive isomorphic pressure, which in turn, due to the uncertainty awakened in the field of the health, has activated a mimetic isomorphic pressure; both promote changes in the organizational structure to condition it for the purposes of efficiency and productivity, which are requirements of market rationalities. b) The same isomorphic pressures are responsible for changes in management practices, which have happened due to the templates and controls imposed by regulatory agencies and corporate governance, but their creation of meaning on the part of the subjects is fragmented. c) The meanings shared by the subjects have been transformed through a forced process of setting up dominant myths in the environment, which generates a diversity of interpretive schemes and consequently alters the traditional logics of interaction in the hospital.

**keywords:** Sociological neoinstitutionalism, organizational isomorphism, legitimacy, social construction.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>i</b>
<b>Summary</b>	<b>ii</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>ix</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia</b>	<b>7</b>
1.1 Antecedentes del Sistema	7
1.1.1 La Constitución de 1886	7
1.1.2. La Constitución de 1991	8
1.2 El modelo de desarrollo basado en la desregulación del Estado y el libre mercado	9
1.3 El Sistema de Seguridad Social en Salud vigente en Colombia	11
1.4. El sistema de salud en Colombia como objeto de investigación	17
1.5 La crisis hospitalaria en Colombia	19
1.6 El sector de la salud en Colombia dentro del contexto mundial	20
<b>2. Marco Teórico</b>	<b>23</b>
2.1 Perspectivas teóricas para la comprensión del cambio organizacional en el campo de la salud	23
2.1.1 Paradigma funcional estructuralista	24
2.1.2 El paradigma subjetivo	25
2.2 El Campo Organizacional	35
2.3 El Cambio Organizacional	39
2.4 El cambio organizacional desde la organización individual	43
2.5 Las perspectivas teóricas relevantes para la investigación	45

2.6. Estudios de referencia sobre cambio organizacional desde la perspectiva del Neoinstitucionalismo Sociológico	47
2.6.1 Algunos estudios de referencia en el ámbito latinoamericano, aplicados a diversos sectores	47
2.6.2. El neoinstitucionalismo sociológico en estudios recientes sobre cambio organizacional en el campo de la salud	48
<b>3. Metodología</b>	52
3.1 El método: estudio de caso	54
3.1.1 Tipos de caso	58
3.1.2 Tipología del caso para el presente estudio	61
3.2 La tipicidad del caso Hospital Regional de Sogamoso	63
3.3 Hecho social	66
3.4 El Diseño Metodológico	68
3.4.1 Ángulo de investigación y Dimensiones de Análisis	73
3.4.2 Pregunta de investigación y dimensiones de análisis	74
3.4.3 Conceptos de investigación	76
3.4.4 Propositiones de investigación	79
3.4.5 Variables e indicadores empíricos	81
3.4.6 Unidades de observación	84
3.4.7 Universo de observación	85
3.4.8 Técnicas	85
3.4.9 La validez	95
3.5 Trabajo de campo	97
3.6 Tratamiento de los datos	106

<b>4. El caso de estudio: Hospital Regional de Sogamoso (Boyacá Col.)</b>	107
4.1. Reseña histórica del Hospital Regional de Sogamoso	107
4.2 Ubicación, ámbito de operaciones y órganos de gobierno	110
<b>5. Proceso de cambio en el ambiente institucional de la salud</b>	112
5.1 Los planes de desarrollo nacional en el periodo de observación	113
5.1.1 El plan de desarrollo del período 1998-2002	113
5.1.2 Plan de desarrollo 2002-2006	114
5.1.3 Plan de desarrollo 2006-2010	114
5.1.4 Plan de desarrollo 2010-2014	115
5.1.5 Plan de desarrollo 2014-2018	115
5.2 Los cambios en el esquema regulatorio del campo organizacional	116
<b>6. Cambios en la estructura organizacional del Hospital Regional de Sogamoso</b>	120
6.1. Cambios en la estructura organizacional como consecuencia de presiones isomórficas	120
6.1.1 De la atención médica integral a la especialización	120
6.1.2 La reestructuración de la planta de cargos: conformidad con arreglos institucionales	123
6.1.3 El proceso de cambio en la estructura organizacional refleja esquemas de significación dominantes en el campo organizacional	129
6.1.4 Estructura formal como mito y ceremonia	135
<b>7. Cambios en las prácticas de gestión de los servicios hospitalarios</b>	140
7.1 Lógicas de estandarización marcan los cambios en las prácticas de gestión de los servicios	141
7.2 Lógicas institucionales en competencia	143

7.3 Isomorfismo coercitivo y mimético en el cambio de las prácticas de gestión de los servicios	147
<b>8. Cambios en las estructuras de significación y en las relaciones y expectativas de los agentes</b>	<b>151</b>
8.1 Cambios en las estructuras de significación	151
8.1.1 La institución hospital	151
8.1.2 La institución médico	154
8.1.3 La institución paciente	159
8.1.4 La institución sacerdote-capellán	160
8.1.5 El gerente y el jefe	162
8.2 Cambios en las relaciones y expectativas de los actores	165
<b>Conclusiones</b>	<b>169</b>
<b>Referencias</b>	<b>180</b>
Apéndice A. Lista de abreviaturas	191
Apéndice B. Guías entrevistas semiestructuradas	192
Apéndice C. Cuestionario aplicado a médicos internos el día 14 de agosto de 2018	196
Apéndice D. Sistematización de las respuestas al cuestionario aplicado a médicos internos	197
Apéndice E. Observación no participante	198
Apéndice F. Focus Group	199
Apéndice G. Resolución adjudicación de contrato con empresa de servicio temporal	200
Apéndice H. Tablas de categorización de los datos de entrevistas por dimensión	202
Apéndice I. Mapa de procesos del Hospital Regional de Sogamoso	222
Apéndice J. Acta de consentimiento informado	222

**Índice de tablas**

Tabla 1.1. <i>Gasto en salud como porcentaje del PIB</i>	21
Tabla 2.1. <i>Corrientes de pensamiento de la teoría de la organización para dialogar con el paradigma subjetivo</i>	24
Tabla 2.2. <i>El viejo y el nuevo institucionalismo</i>	27
Tabla 2.3. <i>Enfoques del Nuevo Institucionalismo</i>	29
Tabla 2.4. <i>Visiones de algunos autores del Neoinstitucionalismo Sociológico</i>	37
Tabla 2.5. <i>Isomorfismo institucional</i>	38
Tabla 2.6. <i>Modelo de cambio organizacional centrado en la práctica</i>	45
Tabla 2.7. <i>El neoinstitucionalismo sociológico en estudios de organizaciones de salud</i>	49
Tabla 3.1. <i>Tipos de casos de estudio</i>	60
Tabla 3.2. <i>Ubicación de la tesis dentro de los tipos de estudio de caso</i>	63
Tabla 3.3. <i>Pregunta central, dimensiones de análisis y preguntas de investigación</i>	75
Tabla 3.4. <i>Proposiciones de la investigación</i>	81
Tabla 3.5. <i>Variables e indicadores por proposición</i>	83
Tabla 3.6. <i>Variables, indicadores y técnicas de recolección de datos para la dimensión uno</i>	89
Tabla 3.7. <i>Guías de trabajo de campo para la dimensión uno</i>	90
Tabla 3.8. <i>Variables, indicadores y técnicas para la dimensión dos</i>	91
Tabla 3.9. <i>Guías de trabajo de campo para la dimensión dos</i>	92
Tabla 3.10. <i>Variables, indicadores y técnicas para la dimensión tres</i>	94
Tabla 3.11. <i>Guías de trabajo de campo para la dimensión tres</i>	95
Tabla 3.12. <i>Dimensiones, unidades de observación y técnicas utilizadas.</i>	99
Tabla 3.13. <i>Unidades de observación por macroproceso y proceso</i>	101

Tabla 3.14. <i>Categorización de informantes entrevistados según el rol en el hospital</i>	102
Tabla 3.15. <i>Informantes entrevistados y códigos asignados por el investigador</i>	102
Tabla 5.1. <i>Configuración del ambiente institucional desde las regulaciones clave</i>	117
Tabla 6.1. <i>Empleos suprimidos con la reestructuración del año 2005</i>	121
Tabla 6.2. <i>Planta de personal global establecida en la reestructuración del año 2005</i>	124
Tabla 6.3. <i>Empresas de servicio temporal que suministran el personal al hospital</i>	128
Tabla 8.1. <i>Cambios de significación como construcción social de los actores en el hospital</i>	164

Dirección General de Bibliotecas UNQ

## Índice de Figuras

Figura 1.1 Estructuración del campo organizacional de la salud	17
Figura 2.1 El curso hacia los fines sociales	34
Figura 2.2 Los orígenes y la elaboración de estructuras formales organizacionales	35
Figura 2.3 Dimensiones de los procesos de cambio en las organizaciones	41
Figura 3.1 El sistema abierto que incluye al Hospital Regional de Sogamoso. Fuente: elaboración propia	72
Figura 3.2 Dimensiones y ángulo de Investigación	74
Figura 3.3 Unidades de observación por dimensión	98
Figura 5.1 Proceso de cambio institucional a nivel del campo reflejado en los planes de desarrollo	116
Figura 6.1 Organigrama 1979 a 1989	132
Figura 6.2 Organigrama 1990-2005	133
Figura 6.3 Organigrama actual del hospital	134
Figura 6.4. Cambios en la estructura organizacional como resultado de presiones del ambiente externo y del campo institucionalizado	139
Figura 7.1. Presiones isomórficas que definen los cambios en las prácticas de gestión	150
Figura 8.1. Cambios en estructuras de significación y en relaciones y expectativas de los agentes en el hospital	168

## Introducción

El cambio en las organizaciones ha sido de interés creciente en la comunidad académica en el curso de la última mitad del siglo XX y lo avanzado del presente siglo, con la pretensión de dotar a la literatura de una oferta de orientaciones para conducir tales cambios. La teoría organizacional ha hecho un recorrido por distintos enfoques considerando el fenómeno del cambio desde un paradigma racional que considera al sujeto capaz de decidir por un curso que asegura el mejor desempeño, desestimando ambigüedades e incertidumbres. De este modo se han intentado explicaciones desde la perspectiva burocrática, contingencial, de comportamiento, de sistemas, entre otras, y la búsqueda de explicaciones más completas continúa. Los estudios organizacionales aparecen en el escenario como una alternativa para hallar explicaciones más completas al fenómeno, reconociendo la complejidad de las relaciones sociales al interior y en el entorno de la organización y superando la mirada simplificadora dominante.

La orilla epistemológica para el desarrollo de esta tesis es antipositivista, no hay interés de encontrar regularidades o relaciones de causa efecto subyacentes en el fenómeno del cambio organizacional; se entiende que se trata de una realidad subjetiva que se intenta comprender desde la lente de quienes la experimentan.

El problema de investigación está centrado en la comprensión del cambio organizacional desde los esquemas interpretativos de los sujetos en el sistema de salud colombiano, sistema que ha sido objeto de nutridos debates e investigaciones académicas por las profundas reformas emprendidas desde la última década del siglo XX, las que significaron un nuevo papel del Estado y con ello la emergencia de nuevos actores, nuevas

lógicas y nuevas realidades al interior de las organizaciones prestadoras de servicios de salud. Los estudios disponibles han abordado el tema del cambio en el sistema desde el paradigma racionalista, pretendiendo descripciones sobre rol de los nuevos actores, interdependencia organizacional, impactos de las regulaciones sobre las coberturas y los flujos de recursos financieros, entre otros aspectos; en todos los casos el fenómeno ha sido descrito a partir del punto de vista del observador quien asume como principio que el cambio organizacional se planea, coordina y controla en dirección a la eficiencia y la productividad, desestimando la racionalidad limitada y la naturaleza de seres socializados que tienen los actores.

La pregunta de investigación se concreta en cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, que se puede observar desde el caso de un hospital regional, ubicado en el centro del país, con el objeto de comprender la manera como los sujetos organizacionales han construido sentido a partir de los nuevos patrones que imperan en el ambiente. Un primer objetivo de esta investigación es explicar los procesos de cambio institucional que se han dado en el campo de la salud en Colombia, con ocasión del nuevo modelo de desarrollo marcado por la libre competencia y la desregulación del Estado, reflejados en la estructura organizacional del hospital. En segundo lugar, se pretende explicar los cambios en las prácticas de gestión de los servicios del hospital, como consecuencia de los cambios institucionales a nivel del campo organizacional. Un tercer objetivo es explicar los cambios en el ambiente intraorganizacional a nivel de las relaciones y las expectativas de los agentes, con respecto a las nuevas condiciones.

La teoría institucional ha sido escogida como la linterna para alcanzar las comprensiones, sus postulados sostienen que las organizaciones no solo coexisten en ambientes económicos y técnicos sino también en ambientes institucionales, estos últimos se presentan a la manera de restricciones de orden superior impuestas por realidades construidas socialmente (Jepperson, 1999). La vertiente del neoinstitucionalismo sociológico sostiene que las organizaciones experimentan un proceso de institucionalización referido a la instalación de creencias y mitos racionalizados presentes en el campo organizacional, requisito para lograr legitimidad y en consecuencia asegurar supervivencia (Dimaggio y Powell, 1999; Meyer y Rowan 1999), en esta perspectiva se plantean las proposiciones del presente trabajo.

Las obras sobre la construcción social de la realidad de Berger y Luckman (1995) y la teoría de la estructuración de Giddens (2011), fueron inspiradores para los desarrollos teóricos de Dimaggio y Powell (1983, 1999), Meyer y Rowan (1999), Zucker (1987, 1999), Tolbert y Zucker (1996), Greenwood y Hinings (1996), Greenwood, Suddaby y Hinings (2002), Scott (1995, 1999), entre los más representativos del neoinstitucionalismo sociológico. Los postulados que defienden son el soporte para las comprensiones en torno al cambio en el sistema de salud y la institucionalización del hospital. Esta discusión teórica se presenta en el capítulo dos del documento.

El planteamiento metodológico descansa en la noción de hecho social de Durkheim (2001), los principios de la complejidad de Morin (2009) y la totalidad de Zemelman (2012). El estudio de caso se escoge como el método conveniente para cumplir los objetivos de la investigación, atendiendo las definiciones de Yin (2009), Giménez (2012), Denscombe (2010), Creswell (2007), Stake (1999) y Galeano (2004).

Siguiendo los intereses de investigación expresados en la pregunta central y en los objetivos, se plantean tres dimensiones de análisis: cambios en la estructura organizacional, cambios en las prácticas de gestión de los servicios y cambios en las relaciones y expectativas de los agentes. A lo largo del documento se nombran como dimensiones uno, dos y tres, respectivamente. Para cada dimensión se corresponden unos interrogantes para los que se formulan tentativas respuestas como proposiciones. El diseño metodológico expone los conceptos clave involucrados en cada dimensión, formula las variables y los indicadores para orientar el ejercicio de recolección de los datos y define las técnicas de recolección a utilizar, las que son en particular entrevista semiestructurada, observación no participante, focus group y análisis documental. Los postulados teóricos que respaldan los planteamientos metodológicos y el diseño se presentan en el capítulo tres.

Los resultados se organizan en tres capítulos, uno por dimensión. El capítulo seis corresponde a las comprensiones halladas para la dimensión uno, los capítulos 7 y 8 presentan los hallazgos para las dimensiones dos y tres respectivamente.

En relación con la dimensión uno se confirma la proposición en el sentido de que los cambios estructurales en las organizaciones parecen estar motivados cada vez menos por la necesidad de eficiencia y más bien por las presiones provenientes de la estructuración del campo organizacional, configurándose una evidencia empírica para los postulados de Meyer y Rowan (1999) que equiparan la estructura formal a mito y ceremonia. En la proposición dos se comprueba que además de la presión isomórfica coercitiva que se planteaba, obra la presión mimética en la homogenización de las prácticas de gestión de los servicios de salud; el Estado actúa como el más poderoso

racionalizador y el ambiente de alta incertidumbre y ambigüedad conlleva a la imitación de las prácticas utilizadas por los actores más exitosos (Dimaggio y Powell, 1999), en este caso por hospitales y clínicas acreditadas. Con respecto de la proposición tres se halla que los cambios en las estructuras de significación de los agentes en el hospital no ocurren necesariamente en la trayectoria que los planea y controla el gobierno corporativo, sino que se produce una heterogeneidad de construcciones de sentido según roles y condiciones laborales de los sujetos.

La relevancia y pertinencia de este trabajo está fundamentada en la necesidad de hallar comprensiones más completas ajustadas a la realidad de la cotidianidad en las organizaciones, para respaldar caminos alternativos a las formas reduccionistas que parten de certezas libres de ambigüedades y buscan leyes universales explicativas. Como se mostró en la revisión de literatura de esta tesis, apartado 2.6.2, en la web of science (WOS), plataforma que recoge referencias de las principales publicaciones en el mundo, no se hallaron estudios en América Latina aplicados a las organizaciones de la salud, orientados por estas nuevas propuestas teóricas, como sí los hay en América del Norte, Europa y Asia, por lo cual a juicio del investigador el aporte es significativo para los debates académicos del fenómeno organizacional y para las reflexiones de los actores del sistema de salud en la región.

Los resultados de esta investigación permiten proponer para los debates sobre el sistema de salud, que en la gestión de las organizaciones se considere la creación de circunstancias que favorezcan la construcción de significados deseados, antes que mecanismos de implantación desde la dirección y controles de adherencia a guiones dados por sentados sin evidencia empírica de los beneficios reales. Se espera que la política

pública en salud comience por revisar el lenguaje instrumental, para superar los discursos que se proponen alinear el comportamiento de las personas a los objetivos funcionales de la organización, como lo señala Muñoz (2010), negándoles el derecho a construir su propia realidad en la interacción con los demás actores organizacionales.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## 1. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia

### 1.1. Antecedentes del Sistema

Las bases conceptuales e ideológicas se remontan a la ley de seguro obligatorio de Alemania emitida en 1883, conocida como la Ley Bismarck, que considerando los efectos de la Revolución Industrial de los siglos XVIII y XIX, ubica al trabajador en una condición de desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales, da inicio al concepto de seguridad social con el propósito de asegurar la atención en salud de los trabajadores alemanes. Más tarde, después de la primera guerra mundial los sistemas de seguros sociales se desarrollaron de manera rápida en varias regiones del mundo, para 1935 el presidente Roosevelt de los Estados Unidos aprobó la Ley de Seguridad Social que combinaba los conceptos de seguridad económica y seguridad social. Organismos como la Organización Internacional del Trabajo y la Asociación Internacional de Seguridad Social, remontan su historia a estos tiempos. Para 1945 la Organización de Naciones Unidas adopta la Declaración Universal de Derechos Humanos en cuyo texto reconoce que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y en 1952 la Organización Internacional del Trabajo adoptó el convenio sobre seguridad social.

En Colombia, es importante identificar dos momentos de su carta constitucional:

**1.1.1. La Constitución de 1886.** Define al Estado colombiano como “Estado de Derecho” y en desarrollo de esta filosofía, en lo relacionado con la seguridad social, se registra la creación de la Caja Nacional de Previsión en 1945 y del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales en 1946. La primera se encargó de la seguridad social de los trabajadores públicos, bajo la figura de previsión social, creándose de forma desarticulada

cajas de previsión en diferentes unidades territoriales y para diferentes entidades del Estado; el Instituto de los Seguros Sociales, por su parte, se mantuvo como organismo único encargado de la afiliación de los trabajadores del sector privado en el territorio nacional.

El funcionamiento de estos organismos no daba respuesta a las necesidades de protección en salud de todos los colombianos. Para 1992 el Instituto de los Seguros Sociales afiliaba a menos del 20% de la población y las cajas de previsión estaban enfocadas a grupos muy definidos de servidores públicos. El tema pensional también era atendido por estos dos organismos, únicamente para su población afiliada. La baja cobertura se unía con la insatisfacción acerca de los servicios ofrecidos en ambos modelos de organización. La población desprovista de una afiliación para la atención de la salud debía pagar los servicios cada vez que los requiriera. Aquella población de escasos recursos, recibía atención en los hospitales públicos bajo la figura de “caridad”.

**Las reformas de 1975.** El Decreto 350 de 1975 hace una reforma a la organización del sistema nacional de salud y en la pretensión de territorializar el manejo, crea los Servicios Seccionales de Salud. El decreto 356 del mismo año, faculta a estos organismos para hacer los nombramientos de los gerentes de los hospitales públicos y define que los niveles de atención médica de los hospitales son: hospital universitario, hospital regional y hospital local. El decreto 526 de 1975 reglamenta la inversión, información, planeación, suministros, personal e investigación del sistema nacional de salud, y el decreto 694 del mismo año establece un estatuto de personal.

**1.1.2. La Constitución de 1991.** Esta nueva carta constitucional estableció que el Estado Colombiano es un “Estado Social de Derecho” en el que se confiere al ciudadano

el derecho fundamental al servicio de salud, configurándose una evolución del concepto de beneficencia pública a derecho constitucional.

En este nuevo ambiente constitucional se encara una reforma del sistema de seguridad social y se sanciona en 1993 la Ley 100, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

### **1.2. El modelo de desarrollo basado en la desregulación del Estado y el libre mercado**

La década de los 80 representó para América Latina el periodo de estancamiento, que mostró el desgaste y la inoperancia del modelo de sustitución de importaciones, y se manifestó con una crisis de deuda externa. Para finales de la década un nuevo modelo ideológico y político se muestra como el camino a la estabilidad y la liberalización para la región.

El nuevo paradigma reconocido como neoliberalismo impulsado por el Consenso de Washington, entendiéndose este último de acuerdo con Williamson (1990), como el complejo político-económico-intelectual integrado por los organismos internacionales (FMI, BM), el Congreso de los Estados Unidos, la Reserva Federal, grupos de expertos y altos funcionarios del gobierno, se concreta alrededor de diez temas:

- Disciplina fiscal
- Reordenación de las prioridades del gasto público
- Reforma fiscal
- Liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés
- Tipos de cambio competitivos
- Liberalización comercial

- Apertura a la inversiones extranjeras directas
- Privatizaciones
- Desregulaciones
- Derechos de propiedad

América Latina que se encontraba adherida a los organismos internacionales del Consenso de Washington, desde el Bretton Woods de la posguerra en la década de los 40, tuvo que aceptar este decálogo para acceder a los apoyos de estos organismos a fin de sobreponerse a la crisis. Para Martínez y Soto (2012) la idea era clara para América Latina, “abrir su economía, abandonar las prácticas proteccionistas, recortar el hinchado papel del Estado; en otras palabras, la región latinoamericana tenía que insertarse en la lógica del mercado” (p. 63).

La reforma del Estado en Colombia para la década de los años 90 siguió las directrices internacionales, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado en 1993 se rige por los principios de la privatización, la libre competencia, la reducción del rol del Estado y la descentralización.

Roth y Molina (2013) refiriéndose a la evolución del Estado contemporáneo señalan que “uno de los factores corresponde a los modos de intervención pública en la provisión de servicios públicos o en la resolución de problemas públicos, y dada la complejidad y/o el costo de éstos parece que ni el Estado ni el mercado logran por sí solos satisfacer las necesidades de la población” (p. 47).

En el debate sobre el papel del Estado y el mercado, Huerta (2005) sostiene que ante la inestabilidad política y social que ha producido el modelo neoliberal, es preciso

que los dos –Estado y mercado- a través de consenso, promuevan el crecimiento económico y al mismo tiempo el desarrollo social, en una ruptura de la dicotomía que permita reconocer que las funciones económicas y sociales del Estado no son impedimento para el desarrollo, como tampoco el libre mercado es la panacea a la problemática económica, política y social de la sociedad.

El modelo de desarrollo inspirado en los principios del paradigma neoliberal tocó el papel del Estado colombiano en lo referente a sus obligaciones con el servicio de salud para los nacionales; la aplicación de estos principios supone la transición de un Estado regulador a un Estado facilitador, que promueve la participación de los particulares y establece en los organismos públicos prestadores de los servicios de salud las lógicas de la ecuación costo-beneficio.

La Ley 100 de 1993 da apertura a la configuración de un sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), que al día de hoy sigue reglamentándose. El nuevo ambiente regulatorio significó y continúa significando para las organizaciones prestadoras de servicios de salud, como los hospitales públicos, cambios trascendentales a nivel de sus estructuras, prácticas de gestión y relaciones entre actores, que es necesario explicar desde los esquemas interpretativos de las personas que han experimentado el proceso de cambio.

### **1.3. El Sistema de Seguridad Social en Salud vigente en Colombia**

La Ley 100 de 1993 define el sistema de seguridad social integral como:

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento

progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Preámbulo de la Ley).

Esta norma ha marcado un hito para la salud en Colombia con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el objetivo de regular este servicio público esencial y crear condiciones de acceso de toda la población en todos los niveles de atención, para lo cual crea un sistema de aseguradoras bajo la denominación de Empresas Promotoras de Salud (EPS) y un sistema de prestadores del servicio denominados Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS). Se desarrollan los conceptos de Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Plan Obligatorio de Salud (POS), el primero referido al valor anual que se reconoce a favor de la EPS por cada uno de los afiliados al SGSSS, para cubrir el plan obligatorio; el segundo referido al conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho el usuario, con la finalidad de dar protección, prevención y curación.

Para el año 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la UPC en los siguientes valores: régimen contributivo \$847.180,80 y régimen subsidiado \$787.327,20 (Resolución 5858 de 2018), cifras que equivalen aproximadamente a 269 y 250 dólares respectivamente.

Los principios rectores que la misma norma define para el SGSSS son: a). equidad, entendiendo que el SGSSS provee los servicios de salud a todos los habitantes de Colombia, cualquiera sea su capacidad de pago, b). obligatoriedad para todos los

habitantes del territorio nacional, c). protección integral, la atención se brinda en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, d). libre escogencia, el sistema permite la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegura a los usuarios libertad en la escogencia de la EPS y las IPS, siempre que sea posible según las condiciones de la oferta del servicio, e). autonomía de las instituciones, las IPS tienen a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en esta misma ley, f). descentralización administrativa, la organización del SGSSS es descentralizada y de ella hacen parte las direcciones seccionales de salud, distritales y locales de salud, g) El sistema estimula la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del mismo, h). concertación, el sistema tiene un consejo nacional, departamental, distrital y municipal, a través de los cuales se hace la concertación de los agentes del sistema. i). calidad, el sistema establece mecanismos de control para garantizar atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados.

El SGSSS contempla dos regímenes de afiliación de los usuarios:

a). El régimen contributivo que afilia a las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Los empleadores están obligados a inscribir en alguna EPS a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, respetando la libertad de elección del trabajador; están también obligados a pagar cumplidamente los aportes que corresponden

al 12% del salario base de cotización (dos terceras partes a cargo del empleador y una tercera parte descontable de los ingresos del trabajador).

Las EPS recaudan las cotizaciones obligatorias de los afiliados, descuentan el valor de las Unidades de Pago por Capitación UPC y trasladan la diferencia a la Administradora de los Recursos el Sistema (ADRES), antes Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Si la suma de las UPC es superior a los ingresos por cotización, esta Administradora cancela a la EPS la diferencia.

b). El Régimen Subsidiado que afilia a las personas sin capacidad de pago, refiere a la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Se financia con aportes fiscales de la nación, de los departamentos, los distritos y los municipios.

Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscriben contratos de administración del subsidio con las EPS que afilien a los beneficiarios del régimen. Estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial destinado para tal fin.

Los afiliados a uno u otro sistema son libres de escoger la Entidad Promotora de Salud (EPS), la Institución Prestadora de Salud (IPS) y los profesionales de la salud, entre las opciones que cada EPS le ofrezca.

Retomando la figura de IPS, por el particular interés en esta investigación, estas son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SGSSS, se incluyen los profesionales independientes de la salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se

encuentren habilitados (art 3 decreto 4747 de 2007). Las EPS deben difundir entre sus afiliados la conformación de su red de IPS.

Las IPS se clasifican en niveles de complejidad de acuerdo con el tipo de servicios que habiliten y acrediten, es decir de acuerdo con su capacidad instalada, tecnología y personal, y según los procedimientos que están en capacidad de realizar. Estos niveles son baja, media y alta complejidad; el primer nivel se dedica particularmente a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el segundo nivel cuenta con la atención de especialidades básicas como pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia, con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias; el tercer nivel incluye las especialidades de neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidado intensivo y unidad renal, con atención por especialista las 24 horas.

En la normatividad reglamentaria de la Ley 100 de 1993, se desarrolla el concepto de Empresa Social del Estado (ESE) como una denominación de las IPS con categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por la ley o por las asambleas o concejos. Los hospitales públicos están dentro de esta categoría.

Los hospitales públicos son entonces Empresas Sociales del Estado, y tienen como objetivos: “a). Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el propósito. b). Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la empresa social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer. c). Garantizar

mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE. d). Ofrecer a las EPS y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado. e). Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento y f). Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos. (artículo 4 decreto 1876 de 1994).

El campo organizacional en el cual se articula un hospital público en Colombia está constituido de la siguiente manera:

a). Agencias reguladoras: Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, agencias de certificación.

b). Compradores de servicios: Empresas Promotoras de Salud –EPS- y organizaciones de regímenes especiales (Policía, Ejército, Instituto Penitenciario y Carcelario).

c) Proveedores de medicamentos, materiales quirúrgicos y ortopédicos, equipos biomédicos, insumos, ropa quirúrgica, instrumental quirúrgica, entre otros.

d). Usuarios: afiliados a las EPS y a los regímenes especiales

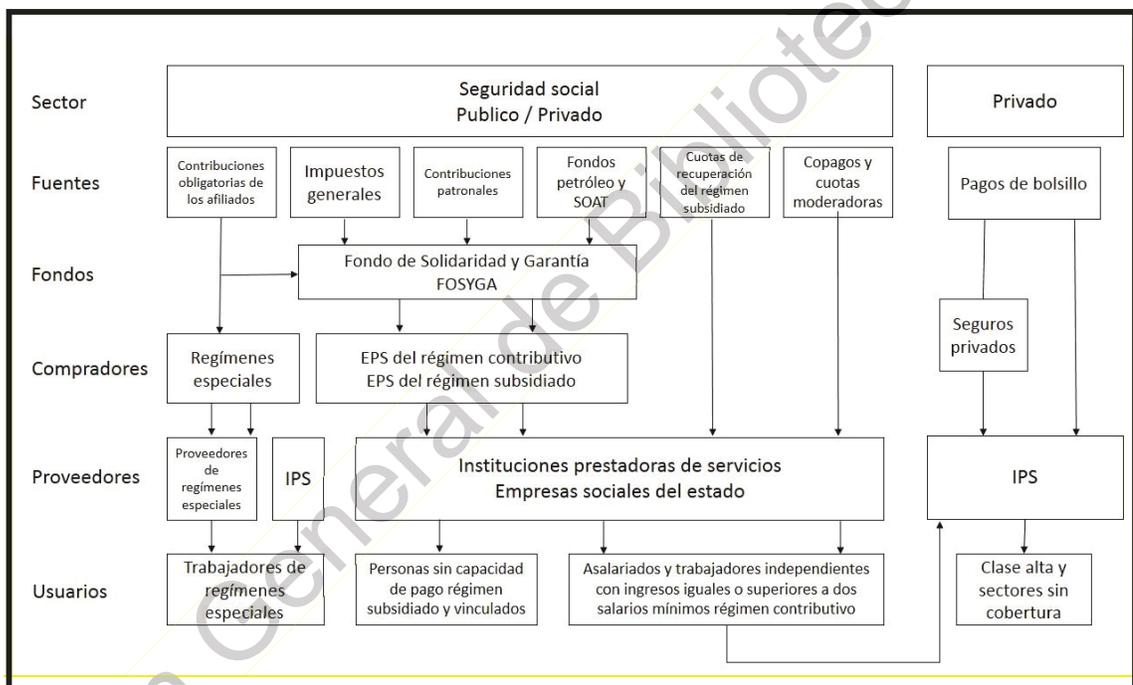
e). Gobiernos territoriales (gobernación del departamento y alcaldías municipales)

e). Clínicas privadas y hospitales en los distintos niveles de atención.

La figura 1.1 ilustra sobre la estructuración del campo organizacional de la salud en Colombia, señalando las fuentes de recursos para el funcionamiento del sistema que

alimentan el Fondo de Solidaridad y Garantías, las EPS en el nivel de compradores de los servicios, junto con los organismos de régimen especial y los seguros privados, las IPS en el nivel de proveedores. Finalmente en el nivel de usuarios se ubican los afiliados del régimen contributivo y subsidiado, los trabajadores de regímenes especiales y los usuarios de la clase alta y sectores sin cobertura.

Es importante considerar las organizaciones de profesionales y las agencias de certificación como integrantes del campo organizacional.



*Figura 1.1 Estructuración del campo organizacional de la salud.* Fuente: Guerrero, Gallego, Becerril y Vásquez (2011, p. 145 ).

#### 1.4. El sistema de salud en Colombia como objeto de investigación

Algunas investigaciones en el país, de corte descriptivo han tenido lugar en los últimos años con el propósito de hallar las causas de los problemas que exhibe el SGSSS, y las coincidencias en los resultados se ubican alrededor de la tesis de que las EPS han

venido actuando como un agente económico, con intereses claros en una economía de mercado, que antepone los propósitos de rentabilidad a la prestación de los servicios de salud en las condiciones que los principios del sistema promulgan.

Roth y Molina (2013) encuentran que existe debilidad en la capacidad de rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y las secretarías departamentales y municipales de salud. El funcionamiento del sistema refleja el poco desarrollo y capacidad institucional, la fragmentación de responsabilidades y competencias, la interferencia de intereses particulares clientelares en la elaboración e implementación de la normatividad, en los procesos clave de política y la gestión en salud. La investigación pone al descubierto una regulación que es excesiva, compleja e incoherente, que hace difícil su interpretación y aplicación; la existencia de ánimo de protagonismo personal y/o institucional; la imposición de intereses individuales y/o institucionales particulares sobre los intereses colectivos y directrices nacionales que desconocen el saber y las necesidades locales.

Merlano y Gorbanev (2013), hacen una revisión sistemática de literatura sobre el sistema de salud en Colombia, con el fin de caracterizar la contribución de las publicaciones académicas a las reflexiones sobre el SGSSS, en el período 1993-2012, analizando 102 publicaciones. El resultado, dicen los académicos, es que los trabajos son poco relevantes para el debate nacional toda vez que se han limitado a la caracterización del fenómeno.

Guerrero, Gallejo, Becerril y Vasquez (2011), hacen una descripción del sistema de salud colombiano y encuentran que el sistema ha puesto mucho énfasis en instrumentos financieros, descuidando aspectos clave como la salud pública, la gestión de la

información, los criterios de promoción y prevención, y la efectiva supervisión a los agentes públicos y privados.

Velasco (2016) se ocupa de la manera cómo opera el SGSSS y en la misma línea de otros académicos reconoce que ninguno de los cambios propuestos por el sistema es tan significativo como el de haber convertido los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, lo cual las obliga a autofinanciarse y sobrevivir en el mercado, compitiendo con otros prestadores de servicios por los contratos de las EPS, mientras las EPS compiten entre sí por los afiliados, sirviendo unos y otros a objetivos de rendimiento y productividad.

### **1.5. La crisis hospitalaria en Colombia.**

Como se señaló en la estructuración del sistema de salud, las organizaciones que cumplen el papel de aseguradores en el sistema (EPS), son los receptores de los recursos provenientes de los empleadores y los particulares, en el caso del régimen contributivo, y del gobierno nacional, en el caso del régimen subsidiado. La prestación de los servicios por parte de los hospitales a los afiliados de uno u otro régimen, se hace previa contratación con las EPS; el pago derivado de la prestación de los servicios ocurre luego de un proceso de gestión de cartera, mismo que se somete a unas operaciones racionalizadas e institucionalizadas de imposición de glosas por razones mayormente administrativas. Estos procesos de cobranza no exitosos han elevado exponencialmente las cuentas no recuperadas de los hospitales y han puesto en serias dificultades la liquidez y en consecuencia la viabilidad para continuar la prestación normal de los servicios.

En foro permanente de las IPS, llevado a cabo a finales de 2016 se expuso la cifra de 15 billones de pesos, como la deuda de las EPS con las Instituciones Prestadoras de Salud. Entre los deudores se cuentan Caprecom que era la EPS del gobierno y el Fosyga que era el Fondo de Solidaridad y Garantía a cargo del gobierno nacional. Caprecom fue liquidado por el gobierno nacional en el año 2016 y el Fosyga fue reemplazado por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en el año 2018.

La Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI), sostiene que la deuda de las EPS con los hospitales, pasó de 3.4 billones de pesos en el 2010 a 8.2 billones de pesos en el 2018. La operación del sistema se agrava si se tiene en cuenta que a las EPS les está permitido hacer integración vertical, desarrollando por su cuenta instituciones prestadoras de servicios. La Superintendencia Nacional de Salud, por su parte, reconoce la posición dominante de las EPS, que les ha permitido institucionalizar prácticas dilatorias de los pagos y someter a los prestadores a graves crisis financieras que impactan directamente a los usuarios del sistema, este reconocimiento se lee en la “ley de punto final” que el gobierno actual (2018-2022) pretende implementar para el control de este tipo de abusos.

#### **1.6. El sector de la salud en Colombia dentro del contexto mundial**

De acuerdo con cifras del Banco Mundial, para 1995 Colombia gastaba el 6,8 de su PIB en salud, y para 2014 este porcentaje subió al 7,2%, cifra que se ubica por debajo de los países latinoamericanos de Costa Rica, Uruguay, Ecuador y Chile y muy por debajo de países desarrollados, como lo indica la tabla 1.1.

Tabla 1.1

*Gasto en salud como porcentaje del PIB*

<b>País</b>	<b>Gasto en salud como porcentaje del PIB para 2014</b>
Estados Unidos	17.14
Suiza	11.66
Francia	11.54
Alemania	11.30
Japón	10.23
Costa Rica	9,31
Ecuador	9,16
Uruguay	8,58
Chile	7,79
Colombia	7,20
El Salvador	6,77
México	6,30
China	5,55
Perú	5,47
Venezuela	5,26
Argentina	4,79

Fuente: Elaboración propia a partir de Banco Mundial (2014)

El Banco de la República (2015), en documento de trabajo sobre economía regional, señala que a pesar de que en Colombia los gastos en salud como porcentaje del PIB se muestran por debajo de varios países latinoamericanos, es importante subrayar que el mayor esfuerzo en la financiación de este gasto está a cargo del gobierno nacional. Señala el documento que en Colombia el gobierno contribuye con el 75% del gasto en salud, guardando una semejanza con el continente europeo en donde el sector público

financia el 74% del gasto total en esta materia. El promedio de este aporte en el continente americano no alcanza el 50% y el promedio mundial se aproxima al 59%.

La admisión de Colombia en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) concretada en el año 2018, despierta el interés por las cifras del sector salud en ese contexto. Prada y Salinas (2016) reflejan estadísticas como las siguientes: para el año 2015 el promedio de gasto en salud como porcentaje del PIB en los países OCDE era del 9% mientras para Colombia era del 7.2%. El gasto per cápita en salud para el mismo año en promedio para la OCDE se ubicó en US\$3.740 mientras el de Colombia fue de US\$965. Para el año 2014 el número de médicos por cada 1.000 habitantes en promedio para la OCDE era de 3.3, entre tanto 1,8 fue la cifra para Colombia.

Los datos citados en este apartado sugieren que el sector de la salud en Colombia refleja los desequilibrios propios de una economía en desarrollo, en la que a pesar del alto porcentaje de financiación del gasto por parte del gobierno, las variables que definen una efectiva calidad del servicio son asimétricas en relación con las economías desarrolladas, lo cual impone grandes retos para la sociedad colombiana.

## 2. Marco Teórico

El investigador elige dentro de una perspectiva subjetiva de las ciencias sociales, con una apreciación antipositivista del mundo y una visión dominante de carácter interpretativo. Siguiendo a Burrell y Morgan (1979), el trabajo se ubica en el vértice donde se entrelaza el paradigma subjetivo con la sociología de la regulación.

### 2.1. Perspectivas teóricas para la comprensión del cambio organizacional en el campo de la salud

La complejidad del tipo de organización de la que se ocupa esta investigación, no posibilita la comprensión del fenómeno del cambio desde una sola lente teórica, se hace necesario una complementariedad de perspectivas, al punto de entrecruzar paradigmas de comprensión de la realidad organizacional. Es necesario combinar explicaciones desde la teoría de la organización cuyas corrientes de pensamiento, de carácter instrumental, son aplicables a organizaciones públicas y privadas, y desde los estudios organizacionales, para reconocer la acción social colectiva que conecta lo social con lo organizacional.

La transformación experimentada por un hospital público en Colombia, tiene explicaciones en elementos exógenos y endógenos, en donde la mayor riqueza comprensiva puede encontrarse en la perspectiva institucional, pero la racionalidad instrumental juega un papel no menor en el fenómeno. Las relaciones intraorganizacionales e interorganizacionales se observan con las luces del análisis organizacional, entre tanto, los aspectos internos de la toma de decisiones, las relaciones de coordinación, los planes estratégicos y la eficiencia y eficacia de las operaciones, necesitan ser comprendidas a través de la dialógica entre los estudios organizacionales y los patrones de la gestión pública y el management.

**2.1.1. Paradigma funcional estructuralista.** A continuación se presentan las corrientes de pensamiento de la teoría de la organización que se hallan en el paradigma funcional estructuralista y que han de dialogar con corrientes del paradigma interpretativista para integrar lo funcional con lo subjetivo del fenómeno de estudio.

Tabla 2.1

*Corrientes de pensamiento de la teoría de la organización para dialogar con el paradigma subjetivo*

<b>Corrientes de la Teoría de la organización</b>	<b>Aportes para el diálogo entre perspectivas teóricas, en el análisis de hospitales públicos</b>	<b>Autores representativos</b>
Teoría de la burocracia	<p>“La precisión, la rapidez, la univocidad, la oficialidad, la continuidad, la discreción, la uniformidad, la rigurosa subordinación, el ahorro de fricciones y de costas objetivas y personales, son infinitamente mayores en una administración severamente burocrática”</p> <p>“Weber sostuvo que la racionalidad implica el diseño y la construcción de un sistema administrativo mediante la división del trabajo y la coordinación de actividades sobre la base de un estudio exacto de las relaciones del hombre con otros hombres con el propósito de obtener una mayor productividad”</p>	<p>Weber, M (2002), p. 731.</p> <p>Ibarra y Montaña (1987), 79.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de los autores citados.

Tabla 2.1 (continuación)

Corrientes de la Teoría de la organización	Aportes para el diálogo entre perspectivas teóricas, en el análisis de hospitales públicos	Autores representativos
Teoría de la contingencia	La organización es explicada a través de sus variables estructurales y contextuales. Las variables organizacionales o estados internos de la organización presentan entre sí y con las variables externas una relación estrecha. El criterio de adecuación entre ambiente y organización sustituye aspectos universales y normativos.	Lawrence y Lorsch (1987)
Teoría de Sistemas	En la medida que el ambiente de la organización se torna más cambiante y diferenciado, la estructura de la organización habrá de ser más compleja y diferenciada, para posibilitar el logro de las metas. En consecuencia, el cambio organizacional debe tomar en cuenta la incertidumbre y el dinamismo del ambiente.	Kast y Rosenzweig (1990)
Teoría del comportamiento	El hombre toma decisiones en el marco de una racionalidad limitada y bajo circunstancias de incertidumbre y ambigüedad.	Simon (1949) y March (1994), citados por De la Rosa (2002)

Fuente: elaboración propia a partir de los autores citados.

**2.1.2. El paradigma subjetivo.** Es necesario encontrar marcos conceptuales más amplios que permitan explicar esa realidad observable en los hospitales, que esté más ligado a la conciencia humana y que permita entender el cambio organizacional desde la lente del cambio social, allí donde emergen las nociones de cultura y de poder, mismas que se ubican en la Sociología de la Organización (Crozier y Friedberg, 1990) y comprende el cambio organizacional como un proceso de construcción colectiva por medio del cual los miembros de una determinada colectividad inventan nuevas formas de interactuar.

**La teoría institucional.** Esta tradición teórica inicia con la publicación de Selznick (1949) titulada la Autoridad del Valle de Tennessee, en donde se pone en evidencia que la dinámica organizacional es frecuentemente afectada por fuerzas externas provenientes de su medio ambiente institucionalizado, de este modo las estructuras organizacionales buscan adaptarse siguiendo los requerimientos de un medio ambiente del que se derivan presiones que llegan a amenazar la permanencia organizacional. Simon (1949), March y Olsen (1997) junto con otros han contribuido al desarrollo de los estudios organizacionales en la línea de Selznick, robusteciendo así un camino teórico que abriera posibilidades de hipótesis nuevas alrededor del diseño, la toma de decisiones y el cambio organizacional.

Desde la mitad del siglo XX se inicia una tradición teórica institucional en los estudios organizacionales, pero desde las dos última décadas del siglo XX y lo corrido del siglo XXI se habla de Nuevo Institucionalismo; cuál es la diferencia entre estas dos corrientes?, la respuesta puede encontrarse en que en las viejas formas los trabajos fueron muy normativos, concentrando los análisis en los atributos formales de las instituciones gubernamentales, lo cual no daba espacio a una teoría explicativa, a su turno el nuevo institucionalismo se ocupa de la persistencia de prácticas que se reproducen en estructuras capaces de sostenerse por sí mismas (Romero, 1999).

Una ayuda para diferenciar el viejo y el nuevo institucionalismo es la siguiente tabla, que refleja particularmente las distintas formas de comprender la estructura organizacional

Tabla 2.2

*El viejo y el nuevo institucionalismo*

	<b>Viejo institucionalismo</b>	<b>Nuevo institucinalismo</b>
Conflictos de intereses	Central	Periférico
Fuente de la Inercia	Grupos de presión	Imperativo de legitimidad
Énfasis estructural	Estructura informal	Papel simbólico de la estructura formal.
Organización incorporada en	La comunidad local	El área, el sector o la sociedad
Naturaleza de la incorporación	Cooptación	Constitutiva
Locus de la institucionalización	Organización	El área o la sociedad
Dinámica organizacional	Cambio	Persistencia
Base de la crítica del utilitarismo	Teoría de la agregación de intereses	Teoría de la acción
Evidencia para la crítica del utilitarismo	Consecuencias imprevistas	Actividad no reflexiva.
Formas clave de cognición	Valores, normas y actitudes	Clasificaciones, rutinas, guiones, esquemas.
Psicología social	Teoría de socialización	Teoría de la atribución
Base cognoscitiva de orden	Compromiso	Hábito, acción, práctica
Metas	Desplazadas	Ambiguas
Agenda	Importancia de la política	Disciplinaria

Fuente: Powell y Dimaggio (1999, p. 48).

Para Jepperson (1999), la institución y la institucionalización son conceptos centrales de la sociología general, importantes para esta investigación, el primero entendido como un procedimiento organizado y establecido, presentado como reglas que se pueden experimentar y analizar en forma externa a la conciencia de los individuos; las instituciones son esos patrones sociales que, cuando se reproducen crónicamente, deben

su supervivencia a procesos sociales que se activan relativamente por sí mismos. Por su parte la institucionalización indica una propiedad o estado social referente a un conjunto particular de procesos sociales reproductores, entonces institucionalismo se puede definir como argumentos que se caracterizan por restricciones de orden superior impuestas por realidades construidas socialmente.

Los alejamientos del patrón son contrarrestados por controles contruidos socialmente, se puede entonces decir que las instituciones son aquellos patrones sociales que cuando se reproducen crónicamente, sobreviven por un proceso social que se autoactiva (Jepperson, 1999).

La teoría institucional se convierte en un rompimiento epistemológico que se constituye en una nueva manera de percibir el mundo organizacional, de pensar y de estudiar los problemas, con un poder explicativo para interpretar problemas específicos de comportamiento de los actores organizacionales (Alvarado, 2006).

***El nuevo institucionalismo.*** Representa un conjunto heterogéneo de enfoques que se ocupan de las diferentes relaciones entre la organización y la institución, los tres enfoques desarrollados por la teoría se muestran en la tabla 2.3.

Tabla 2.3

*Enfoques del Nuevo Institucionalismo*

<b>Enfoque</b>	<b>Aspectos centrales</b>	<b>Autores</b>
Nuevo institucionalismo Económico	Reglas, sistemas de gobierno que se desarrollan para regular los intercambios económicos. Las instituciones son las determinadoras del desempeño de la economía. La transacción se convierte en la unidad básica del análisis	Williamson (1991) Scott (1995)
Nuevo institucionalismo sociológico	Las reglas institucionales afectan las estructuras organizacionales y el desempeño de éstas, y a través del tiempo las van conformando por medio de mitos racionalizados. Las organizaciones reflejan estructuralmente la realidad construida socialmente.	DiMaggio y Powell (1999), Jepperson (1999), Meyer y Rowan (1999); Zucker (2001)
Nuevo institucionalismo político	Da respuesta a la pregunta qué es lo que regula el comportamiento de los individuos en un ámbito organizacional	March y Olsen (1997)

Fuente: elaboración propia a partir de De la Rosa (2002)

El estudio del cambio organizacional en un hospital debe ser abordado con las luces del enfoque del neoinstitucionalismo sociológico, para encontrar respuestas al origen y transformación de la estructura organizacional, constituyéndose en un avance respecto del conocimiento organizacional generado por la corriente de la contingencia.

***El Nuevo Institucionalismo Sociológico.*** La relación entorno- estructura en la que enfatiza este enfoque neoinstitucionalista es central en esta investigación, por conllevar a

la explicación del entorno organizacional y el modo como este estimula los cambios o presiona por estabilidad y persistencia de prácticas.

DiMaggio y Powell, Meyer y Rowan, Zucker, Jepperson, Douglas, Greenwood y Hinings, entre los más reconocidos intelectuales que se han ocupado de la noción del campo organizacional dentro de esta corriente, aportan formas alternativas para comprender la institucionalización.

Las instituciones son las reglas de juego en una sociedad, o puede entenderseles como los constreñimientos u obligaciones creados por los seres humanos que dan forma a la interacción humana, son a la vez los estímulos para el intercambio humano en el campo político, social o económico. El cambio institucional delinea la forma en la que la sociedad evoluciona en el tiempo y resulta ser la clave para comprender el cambio histórico (North, 1990), citado por DiMaggio y Powell (1999).

DiMaggio y Powell (1999) sostienen que los campos organizacionales existen en la medida en que están definidos institucionalmente, lo cual tiene lugar en cuatro etapas:

- a). Aumento del grado de interacción entre las organizaciones del campo, b).
- Surgimiento de estructuras interorganizacionales de dominio y patrones de coalición bien definidos, c). Incremento en la carga de información de la que deben ocuparse las organizaciones que participan en un campo, y d). Desarrollo de la conciencia entre los participantes de un conjunto de organizaciones que están en una empresa común. (p. 106).

El nuevo institucionalismo en la teoría organizacional representa el rechazo de los modelos racionales y concibe que las convenciones entre los seres humanos toman estatus

con carácter de norma en el pensamiento y la acción social. Para DiMaggio y Powell (1999) en la ciencia política se dio origen a los nuevos enfoques institucionalistas, en la economía el nuevo institucionalismo nació como reacción a los excesos originados en la economía neoclásica que privilegia la elección racional de los actores, ignorando costos de transacción y restricciones y defendiendo el postulado de que el equilibrio es derivado de la selección de acuerdo con la racionalidad maximizadora.

Como alternativa a esta mirada, los neoinstitucionalistas sociológicos se apartan de las teorías de la elección racional y admiten que la racionalidad de los actores está limitada por las capacidades cognitivas del ser humano. Si bien los neoinstitucionalistas de la corriente económica y los de la corriente sociológica consideran a las instituciones como creación humana, los primeros la asumen como el resultado de acciones intencionales que realizan individuos racionales orientados instrumentalmente, mientras para los segundos las instituciones son patrones sociales que tienen un proceso de reproducción.

***Estructuras formales institucionalizadas.*** Se definen las organizaciones formales como: “sistemas de actividades controladas y coordinadas que surgen cuando el trabajo es incorporado en redes complejas de relaciones técnicas e intercambios que traspasan fronteras” (Meyer y Rowan, 1999, p. 79).

Las profesiones, políticas, programas, técnicas productos y servicios que se producen en las organizaciones se dan en contextos fuertemente institucionalizados, éstos funcionan como mitos que se adoptan ceremonialmente por las organizaciones para aumentar su legitimidad, sin importar la eficacia que signifiquen. Sin duda, existe conflicto entre las reglas institucionales y los criterios de eficiencia, ajustarse al segundo

aspecto atenta contra la conformidad ceremonial y en consecuencia arriesga la legitimidad.

El concepto de reglas institucionalizadas según Berger y Luckmann (1995), refiere a tipificaciones o interpretaciones incorporadas a la sociedad, tales reglas se apoyan en la opinión pública o en la fuerza de la ley. La institucionalización está precedida de un proceso de habituación entendido como la repetición de actos hasta crear una pauta que luego se reproduce con economía de esfuerzos (Berger y Luckmann, 1995) hasta llegar a tomar status de reglas en el pensamiento y acción sociales.

*Evidencia empírica que contradice las teorías racionales prevalecientes de la estructura formal.* Se precisa que existe diferencia entre la estructura organizacional y las actividades de trabajo diario. No cabe duda que los mercados económicos favorecen la racionalidad y que el trabajo coordinado formalmente tiene ventajas competitivas, del mismo modo, Estados centralizados y el control burocrático en centros políticos difunden la organización formal; por otro lado, las teorías dominantes suponen que el éxito de las organizaciones descansa en la coordinación y el control de las actividades. Investigaciones empíricas han puesto en evidencia que las organizaciones no mantienen una cotidianidad ajustada a sus planes y no siguen prescripciones de la estructura formal (Meyer y Rowan, 1999)

*Fuentes institucionales de la estructura formal.* Desde Weber se menciona la legitimidad de las estructuras formales racionalizadas y en la práctica muchas de las posiciones, políticas, programas y procedimientos que se llevan a cabo en las organizaciones pasan por la opinión pública, el prestigio social y las leyes, convirtiéndose

en reglas institucionales que funcionan como mitos racionalizados y que se convierten en obligatorios para determinadas organizaciones.

Los mitos que generan estructuras organizacionales formales son prescripciones racionalizadas e impersonales que convierten propósitos sociales en propósitos técnicos, su condición de fuertemente institucionalizados los coloca por encima de cualquier actor u organización, sin importar su efecto en los resultados del trabajo. Las profesiones, por ejemplo, se encuentran racionalizadas pero a su vez institucionalizadas a través de reglas sociales que les asignan *actividades adecuadas*. Ventas, producción, publicidad, contabilidad son actividades en un negocio, socialmente esperadas, es decir están institucionalizadas, así como para un hospital lo es la cirugía, la medicina interna y la obstetricia. Una organización se ve adecuada, se muestra responsable y evita reclamos, si desarrolla procedimientos técnicos aprobados socialmente. Las organizaciones incorporan programas de seguridad y cuidado ambiental en la medida que se institucionalizan en ideologías sindicales, opinión pública y leyes. A la postre los elementos con que se construyen las organizaciones están dispersos en el panorama social. Los términos *correcto adecuado, racional y necesario* le confiere la condición de legítimo (Meyer y Rowan, 1999).

Algunas premisas de esta postura teórica son:

- ✓ A medida que los mitos institucionalizados definen nuevos campos de la actividad racionalizada, surgen organizaciones formales en estos campos.
- ✓ Si en campos de actividades existentes aparecen mitos institucionalizados, las organizaciones ya establecidas amplían sus estructuras formales para hacerse isomorfos con estos nuevos mitos.

- ✓ A mayor modernización de la sociedad, más fortalecida la estructura formal racionalizada en ciertos campos y mayor número de campos con instituciones racionalizadas.

Se concluye de lo anterior que las sociedades modernas están llenas de reglas institucionales, las cuales funcionan como mitos que se traducen en estructuras formales como mecanismo racional para lograr los fines deseados.

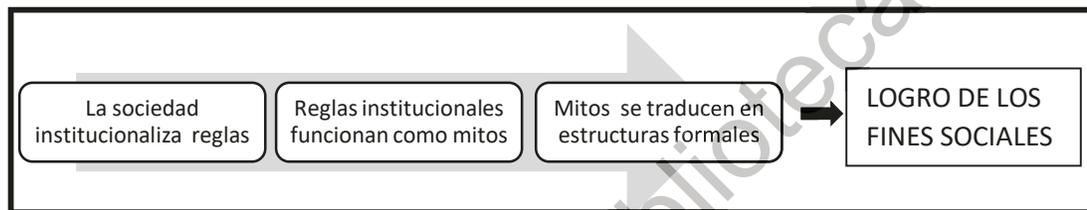


Figura 2.1 El curso hacia los fines sociales. Fuente: elaboración propia a partir de Meyer y Rowan (1999)

Meyer y Rowan (1999) argumentan que las estructuras formales de las organizaciones reflejan los mitos de sus ambientes institucionales, antes que las demandas de sus actividades de trabajo. La institucionalización conlleva procesos por los que las dinámicas sociales, las obligaciones o las realidades llegan a tomar un estatus de reglas en el pensamiento y la acción sociales. Las reglas institucionales pueden tener efectos sobre las estructuras organizacionales y su cumplimiento en el trabajo técnico real.

La siguiente figura señala la influencia en las estructuras organizacionales de los elementos institucionalizados y de las redes de organizaciones.

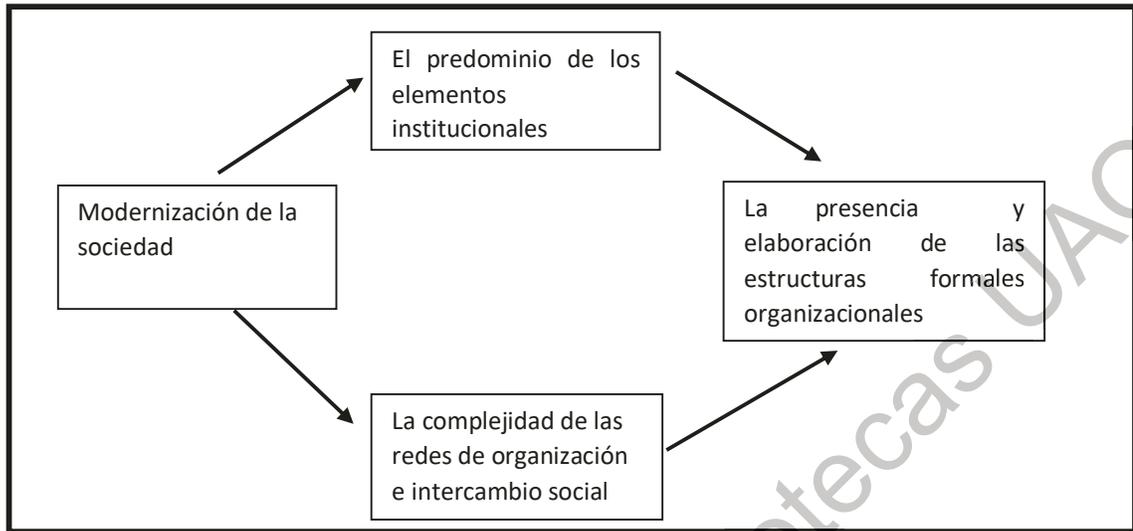


Figura 2.2 Los orígenes y la elaboración de estructuras formales organizacionales.

Fuente: Meyer y Rowan (1999, p. 85)

La figura denota como las sociedades modernas están llenas de burocracia racionalizada, de una parte por las redes de relaciones que se hacen cada vez más complejas, y de otra, por las reglas institucionales que funcionan como mitos que muestran varias estructuras formales como medios racionales para lograr fines deseables (Meyer y Rowan, 1999). Entonces la burocratización se debe en parte a la proliferación de los mitos racionalizados en la sociedad, lo cual a su vez conlleva a la evolución del sistema institucional moderno.

## 2.2. El Campo Organizacional

Por campo organizacional DiMaggio y Powell comprenden, aquellas organizaciones que en conjunto constituyen un área reconocida de la vida institucional: los proveedores principales, los consumidores de recursos y productos, las agencias reguladoras y las organizaciones que dan servicio o productos similares (DiMaggio y Powell, 1999).

DiMaggio y Powell (1983) sostienen que el cambio estructural en las organizaciones parece cada vez menos impulsado por la competencia o por las necesidades de eficiencia. En su lugar, la burocratización y otras formas de cambio organizacional se producen como resultado de los procesos que hacen que las organizaciones sean más similares sin hacerse necesariamente más eficientes. Emergen otras formas de homogenización de los campos llevadas a cabo en gran parte por el Estado y las profesiones que se han convertido en los grandes racionalizadores de la segunda mitad del siglo XX (DiMaggio y Powell, 1983).

Se consolida un concepto que atraviesa toda esta teoría es el de *campo organizacional*, los autores lo definen como “organizaciones que en conjunto constituyen un área reconocida de la vida institucional: los proveedores principales, los consumidores de recursos y productos, las agencias reguladoras y otras organizaciones que dan servicios o productos similares” (DiMaggio y Powell, 1999, p. 106).

Las organizaciones participantes en un campo determinado experimentan fuerzas poderosas que las hacen cada vez más similares a otras organizaciones de la misma línea. Las organizaciones pueden cambiar metas o desarrollar nuevas prácticas, pero al largo plazo los actores organizacionales que toman las decisiones racionales van limitando su habilidad para cambiar posteriormente, de hecho las innovaciones organizacionales adquieren su verdadero valor cuando por la vía de la difusión logra su legitimidad.

La tabla 2.4 clasifica los autores más importantes del neoinstitucionalismo sociológico, según su concentración en los campos organizacionales o en la organización individual. La visión macro está referida a la concentración en el campo, en tanto que la visión micro se concentra en la organización.

Tabla 2.4

*Visiones de algunos autores del Neoinstitucionalismo Sociológico*

<b>Autor</b>	<b>Perspectiva</b>
John Meyer	Visión macro: atención centrada en los campos organizacionales
Brian Rowan	Visión macro
Paul J. Dimaggio	Visión macro
Walter Powell	Visión macro
Ronald Jepperson	Visión macro
Lynne Zucker	Visión micro: visión centrada en la organización individual
Royston Greenwood	Visión micro
Christopher Hinings	Visión micro

Fuente: Elaboración propia a partir de Alvarado (2006) y De la Rosa (2002)

Con Dimaggio y Powell (1999), se desarrolla el concepto de isomorfismo que recoge el proceso de homogenización y se entiende como “el proceso limitador que obliga a una unidad en una población a parecerse a otras unidades que enfrentan las mismas condiciones ambientales” (p. 108)

Dos tipos de isomorfismo se identifican de acuerdo con Meyer y Fennell, citados por Dimaggio y Powell (1999): el competitivo y el institucional, el primero compitiendo por recursos y clientes, y el segundo por poder político y legitimidad institucional. En gran parte de la realidad organizacional subyacen la política y la ceremonia que pueden ser comprendidos desde la noción de isomorfismo institucional.

El cambio institucional isomorfo ocurre por medio de tres mecanismos: coercitivo, mimético y normativo. La tabla 2.5 amplía estas nociones.

Tabla 2.5

*Isomorfismo institucional*

<b>Isomorfismo institucional</b>	<b>Característica de las presiones ejercidas sobre las organizaciones del campo</b>
Isomorfismo coercitivo	Presiones formales e informales ejercidas por las organizaciones de las que se depende, refiere a influencias políticas, mandatos gubernamentales, casas matrices, empresas monopólicas, fuentes de recursos.
Isomorfismo mimético	Derivado de la incertidumbre que empuja a la imitación. Ante ambigüedad en metas y cambios tecnológicos, las organizaciones siguen el modelo de otras que sean legítimas y exitosas.
Isomorfismo normativo	Derivado de lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir condiciones y métodos de su trabajo, con pretensiones de autonomía ocupacional y legitimidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Dimaggio y Powell (1999)

El campo organizacional del cual hacen parte los hospitales públicos es altamente estructurado y refleja el comportamiento descrito por Dimaggio y Powell (1983): a). aumento en el grado de interacción entre las organizaciones del campo; b) aparición de estructuras bien definidas de dominación y patrones de coalición; c) aumento en la carga de información con la que las organizaciones en un campo deben enfrentarse y d) desarrollo de un conocimiento mutuo entre los participantes en un conjunto de organizaciones que están involucrados en un propósito común. Para Dimaggio y Powell (1983) los campos solo existen en la medida que están definidos institucionalmente.

Scott (1999) refiriéndose a los campos organizacionales sostiene “algunos sectores o campos contienen agentes ambientales que son suficientemente poderosos para imponer formas estructurales en las unidades organizacionales subordinadas” (p. 228).

### **2.3. El Cambio Organizacional**

En el marco interpretativo en el que se ubica este trabajo se contradice la concepción de que el cambio organizacional se debe implantar desde arriba, en la mente y, en consecuencia, en las acciones de las personas, las condiciones y comportamientos a favor del logro de los objetivos estratégicos y económicos pensadas por la alta dirección.

Cambio y cultura son dos términos muy utilizados en las décadas recientes por el discurso instrumental de la administración, que afanosamente busca la fórmula del éxito, la excelencia, la competitividad y el predominio en el mercado, desde esta perspectiva se piensa en cambios planificados con una clara intencionalidad pragmática, que a primera vista parecería lógica al tratarse de instrucciones para gerentes y administradores, pero las particularidades e intereses de los actores implicados en los procesos sometidos a transformaciones intencionales están ignorados (Muñoz, 2010).

Entre las corrientes de la teoría organizacional es la escuela de la contingencia de Woodward (1965), Lawrence y Lorsch (1967) y Donaldson (1966), entre otros, la que hace algunos desarrollos del concepto desde la pretensión funcionalista, negando la autonomía de la construcción social que subyace a toda organización.

Para Schvarstein (1998) las instituciones son cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos por ideas, valores y creencias, leyes que determinan la forma de intercambio social, mismas que se manifiestan a través de la existencia de modelos

hegemónicos, que dominan epistemológicamente e institucionalmente en una formación económica y social determinada.

Este mismo autor señala como ejemplo el hospital:

Así por ejemplo, el modelo médico hegemónico que se corresponde con la institución de salud, impone en nuestra sociedad, entre otras cosas, el poder del médico y la sumisión del paciente, la omnipotencia de uno y la pasividad del otro, el tratamiento diferencial de acuerdo con la condición social y económica del paciente, etcétera...si la institución es la salud, la organización es el hospital; si la institución es la educación, la organización es la escuela; si la institución es la justicia, la organización es el poder judicial. (Schvarstein, 1998, p.293).

La expresión *resistencia al cambio* que en el discurso dominante de la teoría organizacional se muestra como obstáculo para alcanzar los retos, señala el efecto del rol pasivo mostrado por el empleado en los procesos de cambio organizacional. Schvarstein (1998) citando a Quick afirma que “sólo las víctimas se resisten a los cambios” (p. 267).

Schvarstein (1998) defiende la tesis de que, si en la organización se quiere cambiar, es necesario modificar las conductas y los valores propios, es decir perturbar las interacciones recurrentes que provocan tales conductas y valores. Al tiempo es preciso modificar aquellos significados existentes que se oponen al cambio deseado y estimular variedad de conductas entre los miembros. Tomando términos de la corriente instrumental se podría afirmar que *gestionar el cambio* significa diseñar perturbaciones eficaces de tal modo que durante el proceso la organización se aproxime a la condición deseada preservando sus propias coherencias internas.

El mismo autor estima que “las organizaciones son aparatos para no cambiar” (p. 263), que el cambio organizacional es de carácter paradójico, los factores que constituyen la organización, por un lado le dan vida y por otro lado la detienen, la congelan y evitan que se transforme en otra. Si la noción de cambio fuera natural en las organizaciones, no se escribiría tanto acerca de este asunto, sostiene este académico.

La figura 2.3 ilustra las dimensiones en los procesos de cambio organizacional que contemplan una dimensión sociopolítica, una dimensión cognitiva y una dimensión administrativa.

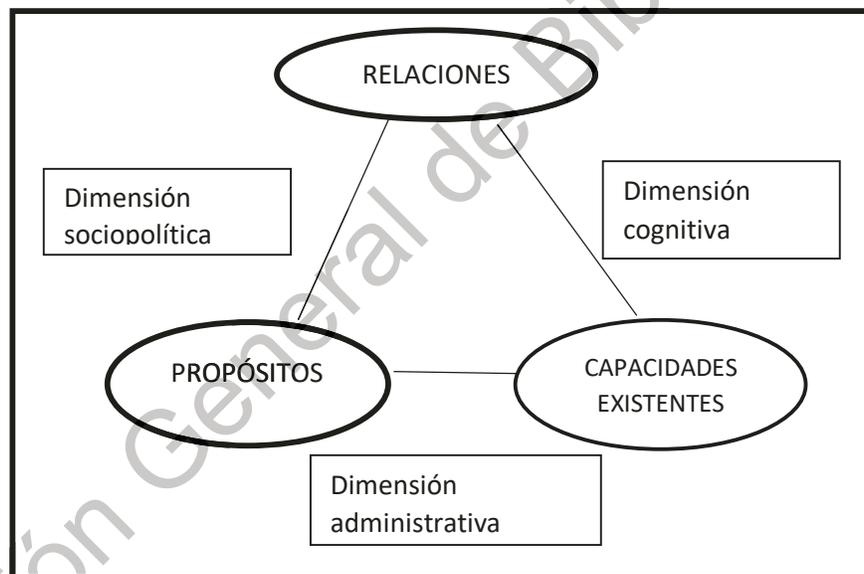


Figura 2.3 Dimensiones de los procesos de cambio en las organizaciones. Fuente: Schvarstein (1998, p. 284).

Las tres dimensiones estarán siempre presentes, pero alguna de las tres tendrá prevalencia sobre las otras dos, esta prevalencia puede ser la resultante de factores estructurales o situacionales.

En la visión inicial del institucionalismo no se explica con suficiente claridad el cómo los grupos de interés son capaces de erosionar creencias organizacionales internalizadas. Por su parte en la corriente renovada el cambio organizacional se orienta hacia la conformidad ritual, enfatizando la homogeneidad de las organizaciones y destacando la estabilidad y persistencia de componentes institucionalizados (Alvarado 2006). Mientras el viejo institucionalismo toma como unidad de análisis a la organización individual, el nuevo enfoque se centra en el análisis del campo organizacional en su conjunto, por ello “el viejo institucionalismo asume que el cambio es un componente endémico de la dinámica organizacional, en contraste, el enfoque neoinstitucional tiende a remarcar la estabilidad de las estructuras y procedimientos institucionalizados” (Alvarado, 2006, p.25).

Existen fuentes extrainstitucionales del cambio organizacional; las instituciones no son inmutables y el cambio institucional puede ser endógeno y exógeno, las limitaciones institucionales siempre dejan un espacio para la autonomía y la improvisación. La incorporación del poder en las argumentaciones institucionales se da, de un lado, porque los actores en las instituciones reciben beneficios por conservarlas, y de otro, porque ante campos organizacionales inestables e inmaduros, la acción colectiva depende de reglas de juego ampliamente aceptadas, estas razones conllevan a que organizaciones dominantes pongan a caminar estrategias de control (Dimaggio y Powell, 1999).

Oliver (1992) incorpora el concepto de desinstitucionalización entendido como un proceso por el cual la legitimidad de una práctica organizacional institucionalizada se erosiona o discontinúa, producto de la incapacidad demostrada por las prácticas vigentes

para responder a nuevos desafíos provenientes de presiones del exterior o del interior de la organización.

#### **2.4. El cambio organizacional desde la organización individual**

Mientras el viejo institucionalismo centra su atención en los procesos de cambio de la organización individual, el nuevo se ocupa del cambio en el campo organizacional; se evidencia una necesidad de integración entre las dos visiones. Greenwood y Hinings (1996) se cuestionan acerca de por qué unas organizaciones, por efecto de las presiones institucionales, cambian en mayor o menor grado que otras o en mayor o menor tiempo, y se proponen encontrar la respuesta a través de la integración de los conceptos del viejo y el nuevo institucionalismo; al final determinan que la respuesta de una organización individual a las presiones del contexto institucional depende de las dinámicas internas de la organización. Los aspectos de estas dinámicas están referidos a intereses, valores, dependencias de poder y capacidad de acción.

Greenwood y Hinings (1996) establecen una diferencia entre cambio convergente y cambio radical y entre cambio revolucionario y cambio evolutivo. Cambio convergente es un ajuste fino de la orientación existente, cambio radical es un redireccionamiento de la orientación; por su parte mientras el cambio evolutivo se produce lentamente y poco a poco, el cambio revolucionario ocurre con rapidez y afecta todas las partes de la organización de forma simultánea.

La preocupación de Greenwood y Hinings (1996) también es advertida por Tolbert y Zucker (1996), quienes en la pretensión de introducir al análisis del cambio organizacional los elementos internos como el poder y los intereses, definen un proceso

de institucionalización basado en las etapas de innovación, rutinización, objetivación y sedimentación.

Otros autores como Kondra y Hinings (1998) y Beckert (1999) también buscan explicaciones más completas que superen la inercia del isomorfismo, hallando en las conductas de los actores dentro de la organización, la explicación a divergencias en los grados y la velocidad del cambio.

En la misma dirección, buscando explicación a las transformaciones de las organizaciones ante los cambios del entorno, Demers (2007) resalta que el cambio tiene un carácter interorganizacional, con lo cual las condiciones a las que debe enfrentarse una organización afectará a otras, por la interdependencia que éstas mantienen. Es motivador para los estudios organizacionales el planteamiento de Demers en el sentido de que se ha estudiado el cambio en la organización sin ser cambio, es decir, la ilusión de estabilidad y continuidad se asocian a la etiqueta del cambio, y paradójicamente, la manera de estabilizar flujos de eventos concreta el concepto de cambio; es necesario buscar caminos para provocar los verdaderos facilitadores de la emancipación.

La tabla 2.6 muestra los elementos de un enfoque centrado en la práctica, bajo un modelo de cambio basado en la improvisación, como un aporte de Demers (2007).

Tabla 2.6

*Modelo de cambio organizacional centrado en la práctica*

<p><b>Modelo general de cambio:</b> IMPROVISACIÓN: interacción entre rutina (continuidad) e innovación (cambio).  <b>Enfoque:</b> el rendimiento rutinario como una ocasión para el cambio  <b>Antecedentes:</b> Giddens, Foucault, Weick, etnometodología, filosofía de la vida diaria, interaccionismo simbólico.</p>	
<p>Organización:  Proceso de cambio:  Autores:</p>	<p><b>Aprendizaje situado, acción situada/cambio</b>  Comunidad de comunidades de práctica  Organización como el desempeño continuo de las prácticas sociales recurrentes en contexto, llevando a la reproducción y a la innovación.  Brown &amp; Duguid (1991); Feldman (2000); Orlikowski (1996,2000); Whitting &amp; Melin (2003)</p>
<p>Organización:  Proceso de cambio:  Autores:</p>	<p><b>Teoría de la actividad</b>  Los sistemas de multinivel interconectados constituidos por la interacción entre objetos, sujetos, herramientas / signos y comunidad.  Las contradicciones dentro y entre las actividades del sistema, impulsan los procesos organizativos y la emergencia de nuevas prácticas embebidas en un amplio contexto sociohistórico.  Blackler et al., (2000); Miettinen &amp; Virkkunen (2005).</p>

Fuente: Demers (2007, p. 209)

La tabla 2.6 incorpora la perspectiva de la dinámica social al debate teórico, que conduce a comprender los procesos de cambio organizacional como una práctica social en la que la interacción de formas culturales favorecen las contradicciones y éstas, a su vez, provocan nuevas prácticas en el sistema organizacional.

### 2.5. Las perspectivas teóricas relevantes para la investigación

Después de la revisión teórica expuesta, y de encontrar un mapa de perspectivas que ha venido enriqueciéndose cada vez, la decisión es como se expuso al principio, atender la inquietud investigativa con una perspectiva que reconozca la subjetividad del fenómeno, superando la linealidad del análisis que propone la perspectiva racionalista.

Se selecciona el enfoque del neoinstitucionalismo sociológico, que da importancia al hecho de que las dinámicas organizacionales sacrifican racionalidad en la búsqueda de sus objetivos, por ganar legitimidad ante sus comunidades de interés. Se eligen autores para explicar el cambio en el nivel macro que es el nivel del campo organizacional; de igual forma se eligen para el nivel micro, el de la organización individual. Para el nivel macro, la visión de cambio isomorfo de DiMaggio y Powell (1999) y la visión de la organización institucionalizada de Meyer y Rowan (1999), son las que mejor podrían orientar explicaciones sobre cómo se han dado los procesos de cambio institucional en el campo de la salud en Colombia, y de qué naturaleza son las presiones que el entorno ejerce sobre el hospital. Se aprecia de especial interés hallar evidencia empírica para las hipótesis planteadas en el nivel del campo y en el nivel de la organización por DiMaggio y Powell (1999), en su trabajo sobre el Retorno a la Jaula de Hierro.

Para el nivel micro, son las aportaciones de Greenwood y Hinings (1996), las que prestan atención a factores internos de la organización como los intereses, los valores, la dependencia de poder y la capacidad de acción, mismos que son responsables de la dimensión de la respuesta organizacional ante las presiones institucionales. Un paquete de hipótesis formuladas por estos autores que relacionan los factores internos con las características del cambio, también pueden merecer evidencia empírica. Estas luces teóricas se complementan con Tolbert y Zucker (1996), Kondra y Hinings (1998) y Beckert (1999).

Las condiciones de un campo organizacional fuertemente estructurado y unas estructuras organizacionales al parecer con carácter de plantillas arquetipadas, son las

principales motivaciones para la elección de estas teorías, sin ser una postura excluyente con otras perspectivas que puedan converger para mejores explicaciones.

## **2.6. Estudios de referencia sobre cambio organizacional desde la perspectiva del Neoinstitucionalismo Sociológico.**

**2.6.1 Algunos estudios de referencia en el ámbito latinoamericano, aplicados a diversos sectores.** Perdomo (2012) ha hecho un análisis del cambio organizacional e institucional, en un estudio comparativo de dos incubadoras de empresas, una de la ciudad de Medellín en Colombia y otra de Barcelona en España. Se trata de un estudio cualitativo con método de caso múltiple que llevó al investigador a concluir que el cambio organizacional e institucional es cíclico y visible, solo cuando se le indaga con enfoques analíticos orientados a descubrir las dimensiones subjetivas de las organizaciones.

Rosas (2008) se propone explicar los factores que inducen y restringen el cambio e identificar el nivel de participación de los actores en la transformación de las universidades públicas de México, en un estudio de caso en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Concluye el investigador que el modelo adhocrático matricial es el modelo de organización que mejor se adapta a las condiciones de rediseño institucional y reinstitucionalización de las universidades públicas.

De la Rosa (2002) hace una reflexión sobre la Teoría de las Organizaciones y el Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional y sostiene que las organizaciones se pueden concebir como instituciones en sí mismas.

Murillo y González (2015) desarrollan un estudio sobre la transformación organizacional de la banca colombiana entre 1990 y 2012 a partir del cambio institucional

y organizacional, en un estudio de caso múltiple que toma los casos de Bancolombia y Aval. Concluyen los investigadores que el cambio institucional y el cambio organizacional en el sector financiero colombiano está relacionado específicamente con el lavado de activos y control de riesgos.

Alvarado (2003) aporta evidencias empíricas en relación con esta perspectiva teórica, con un trabajo sobre cambio organizacional centrado en los factores contextuales y las dinámicas intraorganizacionales, en el caso de la empresa mexicana Projube. Concluye el autor que el concepto competitividad se ha convertido en un mito racional que confiere legitimidad a las organizaciones del ambiente de los negocios.

**2.6.2. El neoinstitucionalismo sociológico en estudios recientes sobre cambio organizacional en el campo de la salud.** En las publicaciones de la web of science (WOS), plataforma que recoge las referencias de las publicaciones científicas de más alto impacto, no se hallan estudios en América Latina en torno a cambios organizacionales en el campo de la salud bajo la perspectiva del neoinstitucionalismo sociológico. Estados Unidos se muestra como el más prolífico en evidencias empíricas en este particular. La tabla 2.7 resume algunas investigaciones que utilizan este enfoque teórico para la comprensión del cambio en hospitales y centros de salud, en países como Estados Unidos, Alemania, Indonesia y Jordania, llevadas a cabo en años recientes.

Tabla 2.7

*El neoinstitucionalismo sociológico en estudios de organizaciones de salud*

Autor	Año y país de la publicación	Título de la publicación (idioma original inglés)	Hallazgos relevantes
Spitzmueller, M.	2018 Estados Unidos	Reestructuración de la salud mental comunitaria: lógicas institucionales disputadas y cambio organizativo.	En un entorno de lógicas institucionales en competencia, los trabajadores deben ajustarse a tensiones internas derivadas de conflictos entre instituciones externas, lo cual los conduce a reelaborar lógicas institucionales a medida que negocian contextos locales de acción.
Bode, I, Lange, J. & Marker M.	2016 Alemania	Atrapados en la ambivalencia organizada: la complejidad institucional y sus implicaciones en el sector hospitalario alemán.	El orden institucional del sector hospitalario alemán es una fuente de confusión cognitiva, conllevando a que los actores organizacionales hagan las cosas equivocadas de forma eficiente.
Handayani, P., Hidayanto, A., Ayuningtyas, D. & Budi, I.	2016 Indonesia	Procesos de institucionalización de sistemas de información hospitalarios en hospitales públicos indonesios, gubernamentales y privados.	Existen diferencias entre los hospitales públicos y los privados en relación con el proceso de institucionalización, los primeros están más motivados para cumplir las regulaciones mientras los privados tienen objetivos de gestión que los consideran urgentes de ser alcanzados.
Alyanya, M., Hijazi, H. y Harvey, H.	2016 Jordania	Explicación del proceso de acreditación desde la perspectiva del isomorfismo institucional: un estudio de caso de los centros de atención primaria de salud de Jordania	Los cambios isomorfos actúan como ayuda a los actores clave para desarrollar planes, políticas y procedimientos que mejoran la calidad de la atención médica y el logro de la acreditación.

Fuente: elaboración propia a partir de autores citados.

Tabla 2.7 (continuación)

Autor	Año y país de la publicación	Título de la publicación (idioma original inglés)	Hallazgos relevantes
Mohr, R.	2015 Estados Unidos	Una perspectiva institucional sobre los mitos racionales y el cambio organizativo en la atención de salud.	El deseo de legitimidad por parte de las organizaciones desde su ambiente institucional, permite que las expectativas de actores externos condicionen las metas y acciones organizacionales.
Anthony, D., Appari, A. & Johnson, E.	2014 Estados Unidos	Institucionalizando el cumplimiento de HIPAA: Organizaciones y lógicas en competencia en la atención médica de los EE. UU.	Las estrategias organizativas y los entornos institucionales influyen en el cumplimiento hospitalario, las lógicas institucionales moderan el efecto de algunas estrategias.
Roggenkamp, S. y White, K.	2001 Estados Unidos	La gestión de casos hospitalarios es un mito racionalizado?	La administración de casos en los hospitales de los Estados Unidos, es un mito racional, fomentado por respuestas isomorfas para lograr la legitimidad de la organización, más allá de los deseos de eficiencia técnica.

Fuente: elaboración propia a partir de autores citados.

Las publicaciones mostradas en la tabla 2.7, señalan que el enfoque institucional ha sido una alternativa teórica valiosa para la comprensión de las dinámicas intraorganizacionales, superando la visión limitada de los estudios racionales en los que el proceso de cambio se planea, dirige y controla desde el ápice estratégico, subestimando la fuerza de los arreglos sociales que ocurren dentro y en el ambiente de la organización.

La revisión de literatura para esta tesis hizo posible aportar la recopilación de los trabajos que se relacionan en la tabla anterior, para reconocer los diferentes niveles de comprensión del fenómeno del cambio organizacional en el campo del cuidado de la salud,

desde las explicaciones que posibilita la teoría institucional. Se infiere de estos trabajos que en todas las latitudes del mundo el campo de la salud es altamente institucionalizado, es decir todas las actuaciones están arquetipadas dentro de parámetros construidos socialmente que confieren el valor de *correcto*, *apropiado* o *adecuado*, a la acción de las organizaciones. Los actores intraorganizacionales en una suerte de carencia de emprendimiento institucional orientan sus acciones a guardar la conformidad con los patrones hegemónicos del ambiente, aún a costa de la eficiencia y eficacia en los propósitos organizacionales.

La ausencia de emprendimiento institucional que se menciona, referida a la incapacidad para emanciparse ante las fuerzas contextuales, se debe según las evidencias de los estudios, a la necesidad de legitimación pero también a la baja probabilidad de que los líderes intraorganizacionales estén equipados con recursos materiales, discursivos, políticos y financieros para anclar nuevos significados organizacionales y nuevas prácticas a la transformación del campo (Spitzmueller, 2018).

De acuerdo con las publicaciones de la web of science los académicos norteamericanos son los más atraídos por esta perspectiva teórica, una inferencia es que esto se debe al origen de los teóricos más prominentes como DiMaggio, Powell, Meyer, Rowan, Zucker y Scott, todos estadounidenses.

### 3. Metodología

La metodología de esta investigación se formula teniendo como punto de partida la naturaleza ontológica y epistemológica del objeto de estudio. La esencia del fenómeno que se investiga no es una realidad objetiva, admitiéndose que no existe estructura real en el mundo, más bien unas creaciones artificiales del tipo nombres, conceptos y rótulos para describir el mundo externo. Esta posición ontológica justifica un ángulo epistemológico antipositivista en el que el mundo por ser relativista, solo puede comprenderse desde el punto de vista de los individuos que viven los fenómenos y no desde el punto de vista del observador. Desde esta mirada el hombre y sus actividades no están plenamente determinadas sino que obra su autonomía y libre albedrío, siendo la naturaleza humana de orden voluntarista (Burrell y Morgan, 1979).

En relación con las suposiciones sobre la naturaleza de la sociedad, referidas por Burrell y Morgan (1979), en este trabajo se defiende la postura de la sociología de la regulación, en donde los conceptos de estabilidad, integración, coordinación funcional y consenso describen la teoría de la sociedad.

En coherencia con estos supuestos sobre la naturaleza de la ciencia social y la naturaleza de la sociedad, es el paradigma interpretativista el que ofrece las luces para la comprensión del fenómeno objeto de esta investigación.

La naturaleza subjetiva de la realidad que se investiga en esta tesis, está explicada en el interés por la experiencia de los individuos en la creación del mundo social, antes que el análisis de relaciones o regularidades entre sus elementos; se asume una realidad producto de la conciencia individual, que no se impone desde el exterior. Este estudio enmarcado en el campo de las ciencias sociales, refuerza su naturaleza ontológica con la

postura de Berger y Luckman (1995) cuando admiten que “el hombre construye su propia naturaleza, o más sencillamente, que el hombre se produce así mismo” (p. 69).

La naturaleza de la sociedad defendida por Giddens (2011) en su teoría de la estructuración, orienta la búsqueda de explicaciones en este trabajo, en donde se desecha la idea de supremacías entre el sujeto y estructura, para admitir que los dos se influyen mutuamente; el sujeto no es una marioneta de la estructura pero tampoco está libre para actuar como desee. La estructura otorga un marco de actuación a los sujetos, y éstos a su vez, tienen la capacidad para transformar la estructura, lo cual supone que los sujetos pueden cambiar el curso de la acción social. Berger y Luckmann (1995) contribuyen en la consolidación de esta postura epistemológica considerando que la existencia humana se desarrolla empíricamente en un contexto de orden, dirección y estabilidad, y dicho orden es “una producción humana constante, realizada por el hombre en el curso de su continua externalización” (p. 73). En la medida que todo acto humano puede repetirse con frecuencia, va creando una pauta que le permite reproducirse con economía de esfuerzo, y a su vez va convirtiéndose en una restricción de las opciones de comportamiento, esta restricción a su turno proporciona un trasfondo estable para que la actividad humana pueda darse en un margen mínimo de decisiones.

La habituación es para Berger y Luckmann (1995) el origen de la institucionalización, esta última aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores, las que se construyen en el curso de una historia compartida. La institucionalización es inherente al carácter controlador y por ello “decir que un sector de la actividad humana se ha institucionalizado ya es decir que ha sido sometido al control social” (p.77).

En correspondencia con lo anterior, la metodología utilizada para la comprensión del fenómeno es de carácter ideográfico, las explicaciones se buscan dentro de la conciencia y subjetividad del individuo, donde se antepone el marco de referencia del participante y se subordina el del observador. Los métodos propios del paradigma interpretativo se reconocen como válidos para el acercamiento al fenómeno del cambio organizacional en el Hospital Regional de Sogamoso, Colombia. La búsqueda de las explicaciones requiere una lente diacrónica y sincrónica, toda vez que las circunstancias del ahora tiene todo interés, como también lo tienen los modos como han sucedido los hechos a través del tiempo.

El carácter fenomenológico que supone este estudio, valida una lente emic para la aproximación a la realidad que se espera comprender, para lo cual se requiere “ir a las cosas mismas, describir las variaciones de los hechos individuales similares para alcanzar su esencia, la cual no es otra cosa que el núcleo invariable común a los mismos” (Herrera, 2002, p. 5). El mundo sólo puede ser comprendido al obtener conocimiento de primera mano, es imperativo acercarse al sujeto y permitirle que despliegue su naturaleza y características (Burrell y Morgan, 1979).

### **3.1. El método: estudio de caso**

Los estudios de caso son una de las estrategias de investigación en ciencias sociales, en particular cuando el fenómeno a estudiar está dentro del contexto de la vida real y se enfoca sobre eventos contemporáneos. Para Gerring (2007) citado por Giménez (2012) “un caso es un fenómeno delimitado espacialmente, observado en un solo punto del tiempo o a través de un determinado periodo de tiempo” (p. 44). Giménez (2012) lo define como “un fenómeno o evento social relativamente unificado y delimitado, que se

da en la experiencia histórica concreta y cuyo sentido se constituye en función de una teoría o una categoría analítica” (p. 44). Yin (2009) considera que “un estudio de caso es una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad y en el contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes” (p. 32). Creswell (2007) comprende que en los estudio de caso el investigador explora en profundidad un programa, evento, actividad o proceso, y recopila información utilizando una variedad de procedimientos y durante un tiempo sostenido.

La situación epistemológica de los estudios de caso se explica desde la postura de Habermas (1982) citado por Giménez (2012), en la que el interés del conocimiento de una investigación no es precisamente la generalización sino la dilucidación intensiva y profunda de un solo caso. De esta manera la validez del estudio de un caso particular no depende de que sea generalizable a poblaciones o universos.

Yin (2009) recomienda los estudios de caso para fenómenos que se consideran nuevos y sobre los que se quiere indagar en su entorno real, en los cuales las fronteras entre el fenómeno y su contexto no están bien definidas, y allí donde se utilizan múltiples fuentes de datos para observar un caso único o múltiples casos.

Un estudio de caso está definido por el interés en los casos individuales, por lo que puede aprenderse de cada uno y no por las técnicas de investigación que se empleen, así lo afirma Stake (1994), citado por Galeano (2004), quien refiriéndose al propósito del estudio de caso, expone:

“Un caso no puede representar al mundo, pero sí puede representar un mundo en el cual muchos casos se sienten reflejados. Un caso y la narración que lo sostiene, no constituyen una voz individual encapsulada en sí misma, sino que, antes al contrario, una voz puede, nos atrevemos a afirmar, en un instante determinado, condensar los anhelos y las tensiones de muchas voces silenciadas” (p. 63).

Los estudios de caso tienen unos rasgos esenciales: se centran en la individualidad, con la pretensión de construir un saber en torno a ella, mientras que la singularidad es valorada para el conocimiento de lo social; focaliza su indagación sobre las prácticas y acciones de los seres humanos en el marco de sus relaciones internas y externas; el análisis se hace desde diversas perspectivas y en la dimensión social, cultural y psicológica; por tratarse de un espacio de significaciones históricamente producidas, necesita de la interpretación comprensiva antes que de la medición estadística; su carácter heurístico permite descubrir nuevas relaciones y conceptos antes que verificar hipótesis previamente establecidas; y la información obtenida de los participantes no está sujeta a criterios de verdad o falsedad sino a pruebas de credibilidad, acudiendo a diferentes ejercicios interpretativos (Galeano,2004).

En las ciencias sociales, la validez científica de los estudios de caso se ha puesto en cuestionamiento por algunas comunidades científicas, tal cuestionamiento está referido a la generalización, porque las mismas consideran que es un requisito fundamental para toda pretensión científica, pasando por alto el hecho de que buena parte de lo que se estudia en ciencias sociales puede considerarse como caso dado que los hechos sociales están inscritos en un contexto espacio temporal como lo refiere Passeron (2006), citado por Giménez (2012). Esta postura es reforzada por Giddens (2011) cuando asumen que

las generalizaciones en ciencias sociales son de orden histórico, entendiendo histórico que “las circunstancias en que se aplican las generalizaciones están circunscritas en un tiempo y en un espacio, puesto que nacen de precisas mezclas de consecuencias buscadas y no buscadas de una acción” (p. 369).

La validez y el carácter probatorio del estudio de caso para Galeano (2004), dependen de su realidad y autenticidad, dicho de otro modo, de su representación de la situación analizada, y no de frecuencias o representatividades estadísticas. La misma autora señala que en la validez de los estudios de caso son fundamentales los conceptos de persuasión, corresponsabilidad y replicabilidad. Mediante la persuasión se intenta hacer convincente la interpretación producida. Con la corresponsabilidad el investigador contrasta los datos con los propios sujetos participantes para ver cuánto se sienten representados en la presentación del caso. La replicabilidad está referida a hacer accesibles los datos para futuros investigadores quienes determinan si es o no admisible el análisis, y en consecuencia, aplicable en otros estudios.

Por lo dicho, y siguiendo a Yin (2009), la generalización en un estudio de caso no se relaciona con inferencias a partir de una muestra estadísticamente representativa, más bien tiene que ver con una generalización de tipo analítico, en donde lo que se generaliza es el modelo teórico que condujo a los resultados y que puede conducir a resultados semejantes (no iguales) en otros casos. Para algunos autores en la investigación cualitativa, la generalización debiera llamarse transferibilidad, en donde la credibilidad de las conclusiones se fundamenta en la calidad del mismo desarrollo de investigación (Martínez, 2006).

Martínez (2006) basada en Yin (1989) define las formas de evaluar la calidad y objetividad de un estudio de caso, considerando cuatro tipos de pruebas: la validez de la construcción, la validez interna, la validez externa y la fiabilidad. La primera se aplica en la fase de obtención de los datos y está asociada al establecimiento de las variables y conceptos para ser estudiados. La segunda se aplica en la fase de análisis de los datos y tiene que ver con establecimiento de patrones de comportamiento y construcción de explicaciones. La validez externa refiere a las posibilidades de transferibilidad. La fiabilidad refiere a la medida en la que los procedimientos de obtención de los datos pueden ser repetidos, por parte de otros investigadores para resultados similares.

**3.1.1. Tipos de caso.** La tipología de los casos de estudio según Yin (2009) está basada en las nociones de caso único y múltiple, considerando que el caso único puede diseñarse como una sola unidad de análisis o con subunidades contenidas dentro del caso; el caso múltiple, por su parte tiene dos formas: caso múltiple considerando cada uno de ellos holísticamente y caso múltiple conteniendo cada uno de ellos subunidades.

Denscombe (2010) describe un tipo de caso denominado caso típico, que se define como “aquel que es similar en aspectos cruciales a otros que hubieran podido seleccionarse igualmente” (p. 57). Si existe un importante grado de homogeneidad entre los casos de una misma clase, se posibilita la generalización de los resultados obtenidos en uno de ellos a los demás de la misma categoría.

De acuerdo con los propósitos del investigador, Stake (1994), citado por Galeano (2004), identifica tres tipos de casos: 1) estudios de caso intrínsecos, el caso es de interés en sí mismo, no porque represente otros casos; 2) estudios de caso instrumentales, el interés sobre el caso no es lo fundamental, sí lo es lograr el entendimiento de otro asunto,

para lo cual el caso es tratado a profundidad, delimitando su contexto y detallando las actividades ordinarias; reconoce el autor la dificultad de delimitar claramente los casos de la categoría de intrínsecos y los de la categoría instrumental; 3) estudios de caso colectivo, el investigador tiene la intención de indagar sobre un fenómeno, una población o alguna condición general, para lo cual estudia un determinado número de casos. Con esta tipificación de casos, Stake deja claro que en la investigación social se puede trabajar con casos únicos y múltiples.

De acuerdo con los niveles de desarrollo del estudio y sus resultados, los estudios de caso pueden ser descriptivos o interpretativos. Los primeros detallan una situación objeto de estudio, sin previa justificación teórica, entre tanto en los segundos el investigador parte de un nivel de conceptualización significativo y logra datos para desarrollar categorías conceptuales o para ilustrar, soportar o discutir presupuestos teóricos (Galeano, 2004).

Otra clasificación de los estudios de caso considerada por Galeano (2004) tiene que ver con la modalidad de investigación, siendo posibles estudios evaluativos, etnográficos, participativos y de sistematización de experiencias. En los evaluativos se emite un juicio luego de describir y explicar la información; el etnográfico supone trabajo en barrios, comunidades, grupos u organizaciones para captar sus motivaciones, intenciones y expectativas, el resultado es un informe que construye la cultura de la comunidad estudiada; el estudio de caso participativo involucra a los individuos estudiados hasta en aspectos del diseño y la implementación del estudio; finalmente, el de sistematización de experiencias se centra en reconstruir una experiencia considerada

significativa por el grupo o por el investigador, aquí la participación del grupo es fundamental.

La tabla 3.1 muestra los tipos de casos según los distintos autores referidos: Yin, Denscombe, Stake, Galeano, las consideraciones implicadas para cada caso, respaldan la decisión en esta investigación, acerca del tipo de caso seleccionado.

Tabla 3.1

*Tipos de casos de estudio*

<b>Autor</b>	<b>Tipos de casos</b>	<b>Descripción</b>
Yin (2009)	Tipo 1	Caso único, estudiado holísticamente como una sola unidad de análisis.
	Tipo 2	Caso único, con subunidades de análisis contenidas.
	Tipo 3	Caso múltiple, se estudia cada uno de ellos holísticamente.
	Tipo 4	Caso múltiple, cada uno de ellos contiene subunidades
Denscombe (2010)	Caso típico	Un caso que es representativo de un grupo de casos de su misma naturaleza, por ofrecer un significativo grado de homogeneidad.
Stake (1994) citado por Galeano (2004)	Caso intrínseco	Existe interés en un caso en sí mismo.
	Caso instrumental	El fin es aportar mayor conocimiento sobre un tema o refinar una teoría, examinando un caso particular.
	Caso colectivo	A partir de un determinado número de casos se indaga sobre un fenómeno.

Fuente: Elaboración propia a partir de los autores citados.

Tabla 3.1 (continuación)

Autor	Tipos de casos	Descripción
Galeano (2004)	Caso Descriptivo	Aporta información sobre una situación, sin fundamentación teórica.
	Caso interpretativo	Desarrolla categorías conceptuales a partir de la orientación teórica.
	Caso estudiado en modalidad evaluativa.	Describe, explica y sopesa información para emitir un juicio.
	Caso estudiado en modalidad etnográfica.	Capta el punto de vista, sentido, motivación, intenciones y expectativas de los actores sociales.
	Caso participativo	El participante en el estudio es desde informante hasta tomador de decisiones.
Caso de sistematización de experiencias.	Reconstruye experiencia con la participación de grupo.	

Fuente: Elaboración propia a partir de los autores citados.

**3.1.2. Tipología del caso para el presente estudio.** El cambio organizacional en el sistema de salud colombiano se pretende ver en la organización Hospital Regional de Sogamoso, para lo cual se establecen tres subunidades de análisis: la estructura organizacional, las prácticas de gestión, y las relaciones y expectativas de los agentes, con este esquema de intereses del investigador el caso se puede clasificar según Yin (2009) como un caso tipo 2.

El caso de estudio cumple con las características del caso típico definido por Denscombe (2010), dado que la unidad social de análisis hace parte de un campo organizacional altamente institucionalizado, ello implica que los hospitales públicos del mismo nivel de complejidad, enfrenten similares presiones institucionales y emiten

respuestas similares, hecho reflejado en una alta homogeneidad en las estrategias, estructuras y prácticas de gestión.

Desde las categorías de Stake (1999), este estudio se puede definir como un caso instrumental, en la medida que el interés no está en la comprensión del hospital en sí mismo, más si lo está en la comprensión del cambio organizacional del sistema de salud colombiano.

El caso es interpretativo si se le mira desde las categorías de Galeano (2004), dado que el punto de partida es una orientación teórica y las pretensiones se centran en evidencias empíricas para la discusión en torno a los presupuestos teóricos que le dieron origen. Desde la clasificación que hace esta autora en relación con la modalidad de investigación, se ubica este estudio en un terreno compartido entre el estudio de caso etnográfico y el de sistematización de experiencias, por su interés en el punto de vista de los actores sociales y de la reconstrucción de experiencias con ellos mismos.

La tabla 3.2 resume los tipos de estudio de caso en el que se ubica este trabajo doctoral, observando las características descritas.

Tabla 3.2

*Ubicación de la tesis dentro de los tipos de estudio de caso*

<b>Autor</b>	<b>Tipo de caso</b>	<b>Justificación</b>
Yin (2009)	Tipo de caso 2	Únicamente se estudia el caso de un hospital, definiendo tres unidades de análisis.
Denscombe (2010)	Caso típico	El Hospital Regional de Sogamoso, enfrenta presiones por parte del campo de la salud, fuertemente institucionalizado, similares a las de los demás hospitales del mismo nivel en Colombia, en consecuencia su proceso de cambio ha sido semejante a éstos.
Stake (1999)	Caso instrumental	El objetivo del estudio no está en comprender una realidad en el hospital, se centra en comprender el cambio organizacional en el sistema de salud.
Galeano (2004)	Caso interpretativo  Caso con características de etnográfico y de sistematización de experiencias	La discusión teórica en torno a los neoinstitucionalistas sociológicos, es el punto de partida para el estudio.  Los resultados esperados merecen captar los esquemas de significación de los participantes, mismos que implican llegar hasta los relatos acerca de las experiencias de los sujetos.

Fuente. Elaboración propia, a partir de los autores citados.

### **3.2. La tipicidad del caso Hospital Regional de Sogamoso**

El Hospital Regional de Sogamoso, en su condición de organización de carácter estatal, cuya historia se remonta al siglo XIX, ha experimentado los avatares de la transformación del papel del Estado que acompaña el modelo de desarrollo propio del paradigma neoliberal. En la última década del siglo XX el Estado colombiano, compartiendo desequilibrios macroeconómicos con los países de la región y siguiendo prescripciones de orden multilateral, decide apostar por un papel menos regulador y más

facilitador, ceñido a los principios de privatización, descentralización, desregulación y liberalización comercial, entre otros.

El servicio de salud fue impactado profundamente por estos principios, y desde la Constitución Política de 1991 se consagra el derecho a la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe organizar, dirigir y reglamentar su prestación bajo las premisas de eficiencia, universalidad y solidaridad. La Ley 100 de 1993 introduce el nuevo esquema de seguridad social en Colombia, basado en la libre elección por parte del usuario de su aseguradora en salud y sus prestadores de servicios, esta libre elección supone la concurrencia de varios oferentes, los que compiten con las lógicas de la eficiencia, la productividad y la optimización de los recursos.

Todos los hospitales públicos por mandato de la Ley 100 de 1993, se constituyen en empresas sociales del Estado, entendida como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por Asamblea Departamental o Concejo Municipal, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en la misma Ley.

Para 1994 se reglamentan las empresas sociales del Estado, las cuales se orientan por los principios de eficacia y calidad y tienen como objetivos entre otros los siguientes:

Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa social (...) Ofrecer a las entidades promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas del mercado (Decreto 1876, 1994).

Dado que las normas nacionales que desarrollan el sistema de salud, se emiten para su cumplimiento en todo el territorio nacional, en los años subsiguientes a la promulgación de la Ley 100 de 1993, todos los hospitales que eran establecimientos públicos de cualquier orden territorial, tuvieron que asumir el carácter de empresas sociales del Estado y cumplir los principios, objetivos y reglamentos prescritos.

El Hospital Regional de Sogamoso se reestructura como una empresa social del Estado de categoría especial, del orden departamental, a partir del año 1999, esta nueva naturaleza jurídica le supone asumir la prestación de los servicios de salud cumpliendo los preceptos de la libre competencia con las demás instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.

A través de los 25 años de implementación del sistema, se han venido haciendo reglamentaciones y ajustes normativos para asegurar el cumplimiento de los principios de eficiencia y calidad, así como la operatividad de la vigilancia y control por parte del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

El entramado normativo que se ha promulgado, ha condicionado para todos los hospitales sus formas de manejo financiero, comercial, de personal, sistemas de información, y por supuesto, todos los procedimientos y protocolos para la prestación de los servicios de salud. Todos los hospitales aspiran a los contratos de las empresas promotoras de salud, en un mercado de libre competencia.

El nivel de complejidad de un hospital está definido por los servicios habilitados que oferta, y la reglamentación para alcanzar estas certificaciones aplica para todos los prestadores de servicios que lo requieran; el hospital Regional de Sogamoso, tiene

habilitado un paquete de servicios que lo categoriza como un hospital de mediana complejidad.

Los hospitales en Colombia (empresas sociales del Estado) están regidos para todos los efectos por las mismas normas del sistema, una presión institucionalizada que les hace experimentar una historia compartida en la que los actores ven erosionadas sus estructuras de significación y viven procesos de construcción de nuevas estructuras. Esta es la razón por la cual el caso del hospital ofrece una tipicidad suficiente para respaldar la pretensión de comprender los cambios del sistema de salud colombiano desde el análisis de este caso.

### 3.3. Hecho social

La noción *hecho social* ha sido desarrollada por Durkheim (2001) para referir a los modos de actuar, pensar y sentir que existen fuera de la conciencia individual, que además de ser conductas o pensamientos exteriores al individuo ejercen un poder imperativo y coercitivo sobre éste, imponiéndose aún en contra de su voluntad. Añade el sociólogo que cuando hay conformidad por parte del individuo la coacción no se percibe dado que es innecesaria.

Para diferenciar los hechos sociales de otros hechos que involucran a la persona, Durkheim (2001) expone:

No pueden confundirse con los fenómenos orgánicos, puesto que consisten en representaciones y en actos; ni con los fenómenos psíquicos, los cuales sólo existen dentro de la conciencia individual y por ella. Constituyen, pues, una nueva especie y a ellos debe darse y reservarse el calificativo de *sociales* (p. 41).

El interés del investigador en esta tesis gira en torno a un hecho social que se acota espacial y temporalmente: la acción social en el Hospital Regional de Sogamoso durante los años comprendidos entre 1998 y 2018. La curiosidad investigativa se centra en las presiones institucionalizadas que han estimulado cambios en los esquemas de significación compartidos entre los sujetos en el hospital, mismos que se manifiestan en cambios en sus relaciones y expectativas, y en consecuencia, en cambios en las prácticas de gestión hospitalaria. Las presiones institucionalizadas provienen del lado del campo organizacional que ha cambiado su entramado regulatorio por efecto del nuevo modelo de desarrollo del país, marcado por la desregulación del Estado.

Esta investigación se ocupa del cambio organizacional en el sistema de salud colombiano estudiando el caso de un hospital público de mediano nivel de complejidad, ubicado en la ciudad de Sogamoso (Colombia), en la búsqueda de explicación a los procesos de cambio ocurridos en el campo organizacional, expresados en las relaciones entre los actores que ejecutan las tareas en el hospital, en sus expectativas, en la estructura y en las relaciones de poder.

En los términos de Durkheim (2001), esa manera de hacer, establecida o no, de los agentes en el hospital, que se ha construido colectivamente, en repuesta a las presiones del campo de la salud, ejerce sobre los individuos coacción y subyace a las formas de relacionarse y de pensarse hacia el futuro. Es válido un analogismo entre las *maneras de hacer* aludidas por Durkheim, las *instituciones* aludidas por Berger y Luckman (1995) y los supuestos de los neoinstitucionalistas sociológicos, en todos los casos se trata de constreñimientos creados por los seres humanos para condicionar la acción de los individuos.

La explicación sobre los cambios alrededor de tales constreñimientos en la unidad social hospital, se busca desde el entramado teórico de los neoinstitucionalistas sociológicos, quienes reconocen que la interacción humana elabora procesos de institucionalización, en la búsqueda de certidumbre y legitimación; convergen con esta tesis Berger y Luckman (1995) cuando sostienen que “las más de las veces el comportamiento se encauzará espontáneamente a través de los canales fijados por las instituciones” (p. 85).

### **3.4. El Diseño Metodológico**

La epistemología de la complejidad de Morin (2009) soporta esta propuesta metodológica, particularmente en el concepto de sistema abierto, al considerar respecto de éste que “la inteligibilidad del sistema debe encontrarse no solamente en el sistema mismo, sino también en su relación con el ambiente, y esa relación no es una simple dependencia, sino que es constitutiva del sistema” (p. 44). Afirma Morin (2009) que metodológicamente se vuelve difícil estudiar sistemas abiertos como entidades aislables, porque se supone una evolución que emerge de la interacción entre sistema y ecosistema y en sus lazos organizacionales puede configurarse un metasistema.

La noción de auto-organización que desarrolla el mismo autor, es aplicable también para el propósito de comprender el sistema abierto del que se ocupa esta investigación, noción que solo está referida a organismos vivientes, mismos que exhiben un orden que no es simple sino que solo puede comprenderse desde la lógica de la complejidad.

El sistema auto-organizado al decir de Morin (2009):

Se desprende del ambiente y se distingue de él, y de allí su autonomía y su individualidad, se liga tanto más a ese ambiente al incrementar la apertura y el intercambio que acompañan a todo progreso de la complejidad: es auto eco-organizador...El sistema auto-eco-organizador no puede, entonces, bastarse a sí mismo, no puede ser totalmente lógico más que introduciendo, en sí mismo, al ambiente ajeno. (p. 57-58).

En la misma línea del pensamiento complejo, Giddens (2011) reconoce que “todas las sociedades son sistemas sociales pero todas, al mismo tiempo, están constituidas por la intersección de múltiples sistemas sociales” (p. 195), razón por la cual en una sociedad se reflejan principios estructurales que concurren a producir un conglomerado de instituciones especificable por un tiempo y un espacio, y es ese conglomerado el rasgo identificatorio de una sociedad. En la teoría de la estructuración de este autor, se entiende la estructura como las propiedades de los sistemas sociales, traducida en reglas, recursos y relaciones de transformación, mientras el sistema son las relaciones reproducidas entre actores como prácticas sociales regulares, a su vez las condiciones que rigen la continuidad o trasmutación de estructuras reproduciendo sistemas sociales, es lo que se define como estructuración.

El paradigma de la complejidad de Morin y la teoría de la estructuración de Giddens, ofrecen modos de organizar la apertura hacia la realidad, para la comprensión de la acción social situada en el Hospital Regional de Sogamoso, con ubicación temporal entre finales del siglo XX y comienzos del XXI, que ha de ser abordado como un fenómeno complejo y multidimensional. Estas orientaciones se enriquecen con las de

Zemelman (2012), quien se ocupa de las nociones de la totalidad, la reconstrucción y la inclusividad, como formas de razonamiento para definir el objeto de estudio.

La totalidad hace relación al cuestionamiento de límites teóricos cerrados, en la búsqueda de problematizar la realidad con capacidad de apertura, donde lo real es la articulación compleja de procesos que deben ser analizados en términos de sus relaciones con otros (Zemelman, 2012). La propuesta es aproximarse a la realidad social sin ceñirse estrictamente discursos teóricos dominantes, sino considerando todas las posibilidades de relaciones en movimiento entre construcciones teóricas.

Pensar con base en la totalidad es una exigencia epistemológica que tiene un mecanismo metodológico de reconstrucción articulada, que posibilita el conocimiento de lo real desde toda su complejidad estructural y dinámica. Zemelman (2012) estima que la realidad como movimiento se capta por medio de la construcción del objeto, a este respecto expone:

El proceso constructor del objeto consiste en reconstruir un campo articulado con base en un problema eje que sirva de punto de partida del conocimiento. Corresponde al esfuerzo de pensar de acuerdo con los requerimientos de un campo de posibilidades, en forma que pueda llegarse a fijar el contenido teórico de una proposición rompiendo con la fragmentación de la observación sobre la realidad, mediante las articulaciones posibles del problema eje (p. 196).

La noción de inclusividad está asociada a las relaciones posibles entre los niveles de la realidad, aceptando por ejemplo que si lo macroespacial incluye lo microespacial, no significa que siempre se dé en esa dirección, porque la dinámica de la realidad puede

presentar una relación teórica en la que lo microespacial incluya lo macroespacial. Se trata entonces de no encuadrar la realidad en una estructura de relaciones dadas, sino problematizarla.

Las discusiones sobre los conceptos ordenadores de Zemelman (2012), son útiles para la elaboración de las proposiciones, porque se trata de establecer una relación de posibilidad entre los conceptos. Sobre la base de pensar articuladamente “los conceptos son la base para determinar opciones teóricas en virtud de su capacidad para plantear relaciones posibles (...) El razonamiento al romper con los límites de las definiciones de contenido, opera mediante proposiciones constructoras de teoría” (pp. 201, 202).

Desde estas nociones de complejidad, sistemas abiertos, totalidad, reconstrucción articulada e inclusividad, como epistemología de razonamiento, el objeto de estudio se puede representar como lo muestra la figura 3.1.

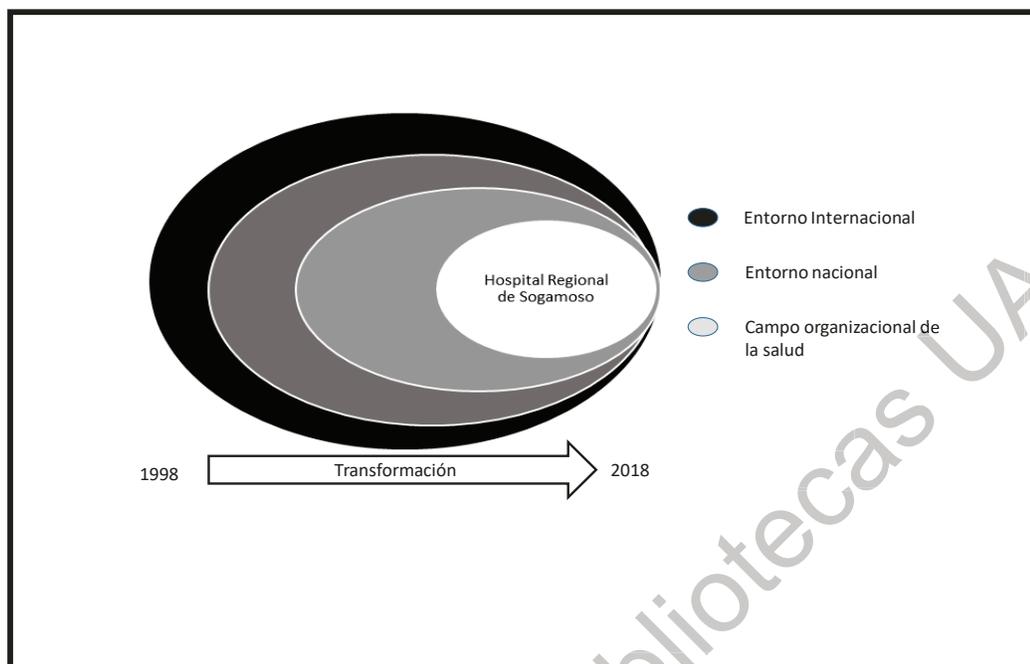


Figura 3.1 El sistema abierto que incluye al Hospital Regional de Sogamoso.

Fuente: elaboración propia.

La transformación que sugiere la figura 3.1 es entendida en esta tesis como el cambio que tiene lugar desde los contextos amplios hasta el campo organizacional en el que se anida el hospital, provocando patrones para el cambio interno en un espacio acotado de tiempo.

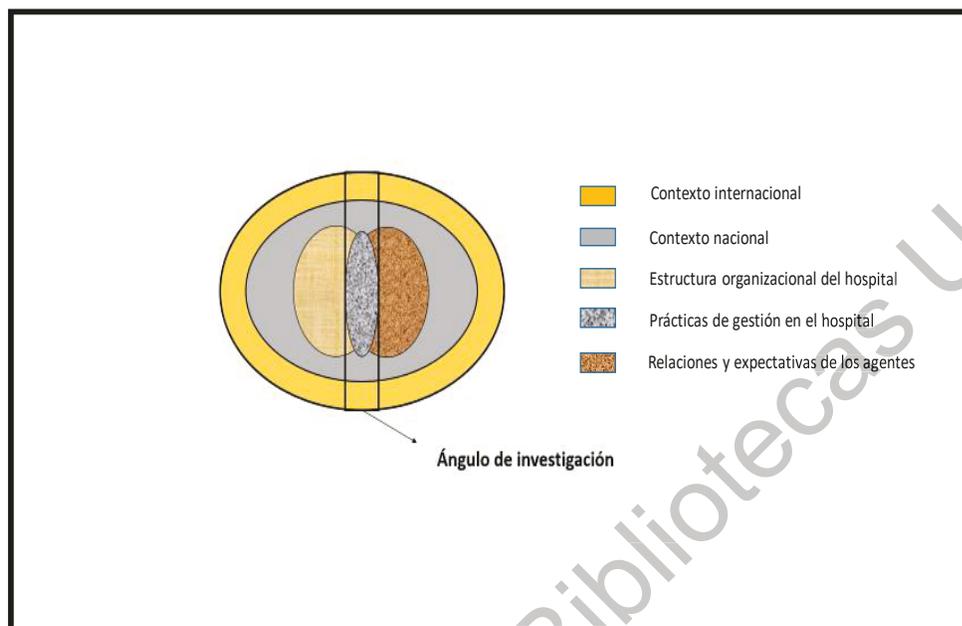
La situación del hospital ha venido configurándose como producto de los cambios provocados a partir de las reformas del papel del Estado, que tienen lugar para los comienzos de la década de los 90 del siglo XX, y que se fundamentan en la desregulación, el libre mercado, la privatización y reordenación de las prioridades del gasto público, siguiendo arreglos del contexto internacional.

El cambio organizacional que centra la atención de esta tesis, es el que ha tenido lugar en la microinteracción de los sujetos, los tomadores de las decisiones y los desarrolladores de las actividades propias de la razón de ser del hospital.

**3.4.1. Ángulo de investigación y Dimensiones de Análisis.** Desde la perspectiva de la totalidad es necesario acotar el universo del problema, delimitándolo a unas dimensiones que están íntimamente relacionadas con el problema, pero que deben mantener un carácter inclusivo, es decir con la posibilidad de vincular conceptos sin necesidad de recurrir a una hipótesis teórica.

Al definir dimensiones y ángulo de investigación se está reconociendo la posibilidad que sobre el mismo fenómeno existen una variedad de miradas sobre la base de diversos elementos. Las dimensiones de análisis del interés del sujeto son:

- a). La estructura organizacional del Hospital Regional de Sogamoso
- b). Las prácticas de gestión de los servicios hospitalarios.
- c). Las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital.



*Figura 3.2 Dimensiones y ángulo de Investigación.* Fuente: Adaptación propia de Urbiola (2004)

La figura 3.2 señala al ángulo de investigación como una delimitación del fenómeno, en un área que está demarcada por las dimensiones de análisis, pero considerando la inclusión de las realidades propias del contexto nacional e internacional.

#### **3.4.2. Pregunta de investigación y dimensiones de análisis.**

Siguiendo el paradigma de la complejidad y de la totalidad declarados como los orientadores metodológicos, es preciso acotar el problema de investigación a tres dimensiones de análisis: cambios en la estructura organizacional, cambios en las prácticas de gestión hospitalaria y cambios en las relaciones y expectativas de los agentes. Estas tres dimensiones en lo sucesivo se denominan dimensión uno, dimensión dos y dimensión tres, respectivamente. Para cada dimensión se plantea una pregunta con base en las

orientaciones teóricas y el acervo de hechos que describen el problema, tal como lo presenta la tabla 3.3.

Tabla 3.3

*Pregunta central, dimensiones de análisis y preguntas de investigación*

<b>Pregunta de investigación:</b> <i>¿Cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, que ha tenido lugar en el período 1998-2018, reflejado en el Hospital Regional de Sogamoso?</i>			
	<b>Dimensión 1</b>	<b>Dimensión 2</b>	<b>Dimensión 3</b>
<b>Dimensiones</b>	Cambios en la Estructura Organizacional	Cambios en las prácticas de gestión hospitalaria.	Cambios en las relaciones y expectativas de los agentes.
<b>Preguntas de investigación</b>	¿Qué ajustes en la estructura organizacional de los hospitales de mediano nivel de complejidad, se relacionan con el proceso de desregulación de Estado colombiano?	¿Qué tipo de presiones isomorfas han actuado en la transformación de las prácticas de gestión hospitalaria?	¿Cómo han cambiado las relaciones entre directivos y personal médico y paramédico en el hospital, como consecuencia de los cambios institucionales en el campo de la salud?

Fuente: elaboración propia

Las dimensiones y las preguntas de investigación que se muestran en la tabla anterior, son las tentativas del investigador de descomponer el concepto en un conjunto de regularidades que pretende comprender. Para Lazarsfeld, citado por Cicourel (1982) “se muestra que el concepto está compuesto por una combinación compleja de fenómenos, más que por un sencillo y directamente observable” (p.16), añade el autor que para convertir el concepto en algún tipo de operación o medida, es esencial descomponerlo en un número razonable de dimensiones.

**3.4.3. Conceptos de investigación.** En este apartado se presentan los conceptos que a través de los cuales son posibles las comprensiones en cada dimensión:

***Dimensión 1: Estructura Organizacional.*** Los conceptos clave utilizados en el desarrollo de esta dimensión son:

a). **Estructura organizacional:** En este trabajo la estructura organizacional está referida a la estructura formal, que señala las relaciones entre los actores, las posiciones que ocupan los actores dentro de la organización, las formas de agrupación de las tareas (departamentos, unidades) y los mecanismos de coordinación entre éstas.

Meyer y Rowan (1999) hacen una distinción entre la estructura formal en las teorías organizacionales prevaletentes (convencionales) y las fuentes institucionales de la estructura formal. La primera refiere a una lista de oficinas, departamentos, posiciones y programas, que se vinculan a través de metas y políticas; la segunda es la explicación del surgimiento de tales estructuras.

La expresión *estructura organizacional* en esta investigación, tiene la connotación de lo referido por las teorías organizacionales convencionales.

b). **Desregulación del Estado:** se entiende como el proceso a través del cual el Estado reduce su papel regulador, desmontando barreras y controles a la acción de la iniciativa privada. Mediante esta decisión el Estado elimina la excesiva normatividad y crea un clima de facilitación a la competencia entre los particulares en los distintos sectores de la vida económica y social.

c). **Mitos racionales:** El concepto adoptado en este trabajo es el de Meyer y Rowan (1999), está asociado a entendimientos difundidos en la realidad social, que se consideran adecuados y racionales, cuyo uso demuestra responsabilidad y evita reclamos. En las organizaciones los mitos racionales se manifiestan en la estructura formal como poderosas reglas institucionalizadas, es decir que “se cumplen gracias a la opinión pública, opiniones de ciudadanos destacados, el conocimiento legitimado mediante el sistema, el prestigio social, las leyes y las definiciones de negligencia y prudencia que usan los tribunales” (p.82). Los mitos que generan estructuras organizacionales formales son impersonales y están fuertemente institucionalizados por lo cual no están al arbitrio de la organización, cualquiera sea su efecto en los resultados del trabajo.

d). **Presiones isomorfas:** para conceptualizar las presiones isomorfas es necesario comprender el concepto de isomorfismo utilizado en esta investigación, como un proceso de homogenización, que obliga a una organización a parecerse a otras que hacen frente a condiciones ambientales similares ( Dimaggio y Powell, 1999).

A su turno, presiones isomorfas hace referencia a los mecanismos institucionales que provocan los cambios en las organizaciones en dirección a homogenizarlas; esas presiones son de naturaleza coercitiva, mimética y normativa. Una organización enfrenta presión coercitiva de parte de otras organizaciones de las que tiene alguna dependencia,

tiene que ver con mandatos del gobierno, requerimientos de organizaciones de las que depende por recursos o por alianzas para desarrollar su actividad. La presión mimética la ejercen organizaciones similares en el campo, las cuales parecen más legítimas o exitosas y exhiben modelos a seguir ante la incertidumbre. Las presiones normativas provienen de los miembros de una ocupación que emiten patrones para provocar isomorfismo en las organizaciones del campo.

***Dimensión 2: Prácticas de gestión hospitalaria.*** Los conceptos que desarrollan esta dimensión son:

a). Prácticas de gestión: el concepto en esta investigación es aplicado para referir a las formas en las que se llevan a cabo las tareas relacionadas con los procesos misionales en el hospital, tales prácticas se entienden circunscritas o no dentro de las reglas institucionalizadas o los mitos racionales y su identificación requiere de la evidencia empírica.

b). Legitimidad: Si el cambio organizacional está orientado hacia la conformidad ritual, las organizaciones garantizan su legitimidad, es decir, el acceso a los recursos y procesos necesarios para el éxito y la supervivencia.

c). Relaciones de poder: Las organizaciones institucionalizadas experimentan presiones de grupos de interés externos e internos que tienen el propósito de alterar la dinámica funcional.

Para Schvarstein (1995) las relaciones de poder se concretan en el condicionamiento de las acciones cotidianas de los individuos, así el poder no es una expectativa sino un modo de acción; ejemplariza señalando que las relaciones de fuerza

se dirimen en “la rivalidad de los escritorios o las salas de hospital, en la retención de la información diaria, en las relaciones cara a cara y entre grupos que se entablan a cada instante en los lugares de trabajo” (p. 191).

***Dimensión 3: Relaciones y expectativas de los agentes en el hospital.*** Los siguientes son los conceptos clave para la dimensión tres:

a). Campo de la salud: retomando los conceptos de Dimaggio y Powell (1999), el campo organizacional alude a “las organizaciones que en conjunto, constituyen un área reconocida de la vida institucional: los proveedores principales, los consumidores de recursos y productos, las agencias reguladoras y otras organizaciones que dan servicios o productos similares” (p. 106). Las organizaciones que hacen parte del campo de la salud son entre otras: el Ministerio de Salud, La Superintendencia de Salud, las secretarías de salud de los departamentos y los municipios, los proveedores de medicamentos y equipos, los laboratorios clínicos y de ayudas diagnósticas, las empresas sociales del Estado (hospitales y centros de atención en salud de carácter estatal), clínicas privadas, empresas promotoras de salud, entre otras.

b). Isomorfismo: Para Haweley (1968) citado por Dimaggio y Powell (1999) el isomorfismo es un proceso limitador que obliga a una organización en un campo a parecerse a otras organizaciones por efecto de las presiones del ambiente, es decir las modificaciones que sufren las organizaciones se orientan hacia la compatibilidad con las condiciones del ambiente.

**3.4.4. Propositiones de investigación.** La aproximación al fenómeno expuesta en el capítulo uno, la discusión teórica y los observables en la cotidianidad de la acción social

le permiten al investigador plantear enunciados en dirección a satisfacer los interrogantes planteados.

Las proposiciones en el diseño de la investigación cualitativa tienen como propósito plantear respuestas a la pregunta central a través de las dimensiones definidas por el investigador. Se formulan tres proposiciones, una por dimensión, en cada proposición se pretende hallar explicaciones referidas al grupo de interrogantes planteados en la dimensión correspondiente.

En la tabla 3.4 se muestran las proposiciones, en la primera columna se expone la proposición que intenta responder al interrogante de la dimensión uno, y en ese mismo sentido la proposición para las dimensiones 2 y 3.

Tabla 3.4

*Proposiciones de la investigación*

<b>Pregunta central:</b> <i>¿Cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, que ha tenido lugar en el período 1998-2018, reflejado en el Hospital Regional de Sogamoso?</i>		
<b>Proposiciones</b>		
El proceso de desregulación del Estado colombiano y las presiones isomórficas en el campo de la salud, tuvieron como consecuencia un cambio en la estructura organizacional de los hospitales públicos. El cambio en la estructura se observa en el tipo de estructura, en los órganos de decisión y de coordinación, y en las áreas funcionales.	El cambio en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, han tenido lugar bajo el mecanismo del isomorfismo coercitivo; los mandatos gubernamentales han obrado como mitos institucionalizados, para garantizar condiciones de legitimación, que se materializan en habilitaciones y acreditaciones de los servicios.	Las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital, se han transformado, como consecuencia de cambios en los significados que comparten, acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional de la salud. Este cambio está influido por la construcción de mitos (al interior de la organización) que avalan la nueva gestión hospitalaria, pero también por las resistencias al proceso de cambio organizacional.

Fuente: elaboración propia

**3.4.5. Variables e indicadores empíricos.** Para Blalock (2011), un problema mayor que debe resolver el científico social es determinar con objetividad cuáles son las variables fundamentales en la investigación. Unas variables son influyentes en el fenómeno, convirtiéndose en la causa del comportamiento de otras variables; las primeras

son las variables independientes. Las variables subordinadas, es decir aquellas que se comportan según sea el comportamiento de las independientes, son las variables dependientes.

Los indicadores son elementos en los que puede desagregarse la variable para definir los observables y no observables que facilitan la medición o control de la variable por parte del investigador, para Lazarsfeld citado por Cicourel (1982) después de decidir qué dimensiones tomará el concepto, el investigador tendrá que hallar indicadores apropiados, y esta descomposición del concepto en una variedad de sentidos, obliga al investigador a aclarar sus ideas teóricas.

En la tabla 3.5 se presentan las variables y los indicadores para cada proposición, la columna uno muestra los planteamientos para la dimensión uno, y en ese orden para las dimensiones dos y tres.

Tabla 3.5

*Variables e indicadores por proposición*

<b>Pregunta central:</b> <i>¿Cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, que ha tenido lugar en el período 1998-2018, reflejado en el Hospital Regional de Sogamoso?</i>		
<b>Proposiciones</b>		
El proceso de desregulación del Estado colombiano y las presiones isomórficas en el campo de la salud, tuvieron como consecuencia un cambio en la estructura organizacional de los hospitales públicos. El cambio en la estructura se observa en el tipo de estructura, en los órganos de decisión y de coordinación, y en las áreas funcionales	El cambio en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, han tenido lugar bajo el mecanismo del isomorfismo coercitivo; los mandatos gubernamentales han obrado como mitos institucionalizados, para garantizar condiciones de legitimación, que se materializan en habilitaciones y acreditaciones de los servicios.	Las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital, se han transformado, como consecuencia de cambios en los significados que comparten, acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional de la salud. Este cambio está influido por la construcción de mitos (al interior de la organización) que avalan la nueva gestión hospitalaria, pero también por las resistencias al proceso de cambio organizacional.
<b>Variables</b>		
<b>VI:</b> La desregulación del Estado.  <b>VD:</b> Cambio en la estructura organizacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el tipo de estructura.</li> <li>• Cambio en órganos de decisión.</li> <li>• Cambio en las áreas funcionales: Talento Humano, Finanzas, Comercial, Servicios de Salud, Auditoría Médica.</li> </ul>	<b>VI:</b> Normatividad del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.  <b>VD:</b> Prácticas de gestión del servicio	<b>VI:</b> Cambios en los significados compartidos por los agentes internos del hospital, acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional.  <b>VD:</b> Relaciones y expectativas de los agentes en el hospital  <b>En el nivel de la microinteracción:</b> <b>VI:</b> Mitos racionales <b>VI:</b> Resistencia al cambio isomórfico <b>VD:</b> Cambios en los significados

Fuente: Elaboración propia.

V.I. variable independiente. V.D. variable dependiente

Tabla 3.5 (Continuación)

<b>Pregunta central:</b> <i>¿Cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, que ha tenido lugar en el período 1998-2018, reflejado en el Hospital Regional de Sogamoso?</i>		
<b>Indicadores</b>		
<b>DESREGULACIÓN ECONÓMICA:</b> -Plan Nacional de Desarrollo -Ley 100 de 1993: creación de Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). -Sistemas de contratación de los servicios de los hospitales.	<b>PRESIONES ISOMORFAS: NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD:</b> -Guías -Protocolos -Registros -Manuales -Acreditaciones y habilitaciones.	<b>SIGNIFICADOS COMPARTIDOS:</b> -Valoración del trabajo del médico -Percepción sobre misión social y la labor funcional del hospital -Percepción acerca de las condiciones de trabajo. -Concepto acerca del paciente. -Concepto acerca de la enfermedad.
<b>CAMBIO EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:</b> -Talento Humano: contratación del personal. -Comercial: Contratación con EPS. -Procesos en outsourcing -Puestos de trabajo -Procedimientos administrativos -Líneas de autoridad -Órganos de coordinación	<b>PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b> -Tiempos estándares de atención. -Seguridad del paciente. -Humanización del servicio -Triage -Auditoría médica -Historia clínica	<b>MITOS RACIONALES:</b> -Creencia acerca de guías, protocolos, registros e indicadores. -Creencia acerca de cargas de trabajo, líneas de autoridad y órganos de coordinación. -Creencia acerca de la auditoría médica
		<b>EXPECTATIVAS DE LOS AGENTES:</b> -Temores de los profesionales de la salud y del personal administrativo -Aspiraciones de profesionales de la salud y del personal administrativo.

Fuente: Elaboración propia.

V.I. variable independiente. V.D. variable dependiente

**3.4.6. Unidades de observación.** Se definen en función de las variables a través de las cuales se pretende observar el fenómeno y refieren a las fuentes de los datos.

Para el caso de la investigación sobre cambio organizacional en el hospital, las unidades de observación son:

- Documentos de la estructura organizacional y de procesos de habilitación y acreditación
- Autoridades gubernamentales en el campo de la salud
- Directivos de empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud (EPS e IPS)
- Administradores del hospital de periodos anteriores y actual
- Personal médico y paramédico del hospital de periodos anteriores y actual
- Personal pensionado del hospital del área asistencial
- Representantes de usuarios del servicio

**3.4.7. Universo de observación.** La investigación se lleva a cabo en el Hospital Regional de Sogamoso, que desarrolla sus operaciones como empresa social del Estado (ESE), dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En este sistema interactúan el Ministerio de Salud Pública, la Superintendencia de Salud, La Secretaría de Salud de Boyacá, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o aseguradoras, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las organizaciones de usuarios de los servicios de salud, los organismos de habilitación y acreditación.

**3.4.8. Técnicas.** Las técnicas de recolección de los datos se seleccionan de acuerdo con las características de las dimensiones, las proposiciones, las preguntas de investigación planteadas, las variables y los indicadores u observables establecidos. En coherencia con la postura epistemológica y el diseño metodológico planteado, las técnicas

utilizadas son análisis de documentos, entrevista semiestructurada, observación no participante, y focus group.

**Análisis de documentos.** Para Galeano (2004) “los textos pueden ser entrevistados mediante las preguntas que guían la investigación y se los puede observar con la misma intensidad con que se observa un evento o un hecho social” (p. 114). En esta investigación los enunciados de la dimensión de estructura organizacional requieren particularmente de análisis de documentos, y en todo caso, a lo largo de la investigación los conocimientos recaudados a través de las otras técnicas son susceptibles de confrontación documental.

Es determinante en esta investigación el estudio de la normatividad propia del sistema de salud colombiano, la revisión histórica de documentos relativos a la estructura organizacional del hospital y decisiones de juntas directivas, indicadores de la gestión hospitalaria, memorandos, circulares y demás documentos que ilustren formas del ejercicio de la autoridad y las relaciones entre los agentes.

**Entrevista semiestructurada.** En la entrevista semiestructurada se busca entender la realidad desde la perspectiva del entrevistado, adentrando en los significados de su experiencia. Kvale (1996) citado por Álvarez (2009) hace referencia a doce elementos para la comprensión de la entrevista cualitativa:

- a) El mundo de la vida: el tema central es la vida de la persona entrevistada y su relación con la propia vida.
- b) Significado: descubrir el significado de lo que dice y la forma como lo dice
- c) Descripción: descripciones ricas de los diversos factores de la vida de la persona

- d) Especificidad: descripción de situaciones específicas, no opiniones generales
- e) Ingenuidad propositiva: apertura a cualquier fenómeno inesperado
- f) Focalización: centrada en determinados temas, no es estandarizada pero tampoco totalmente desestructurada.
- g) Ambigüedad: el entrevistado puede tener expresiones ambiguas, lo cual refleja las contradicciones con las que vive la persona en su mundo.
- h) Cambio: el entrevistado puede hacer introspección y cambiar las descripciones y significados.
- i) Sensibilidad: Dependiendo de su grado de sensibilidad y conocimiento del tema, diferentes entrevistadores propician diferentes respuestas.
- j) Situación interpersonal: La interacción personal durante la entrevista, es fundamental para la producción del conocimiento.
- k) Experiencia positiva: Una buena entrevista puede conducir al entrevistado a obtener visiones nuevas acerca de su propia realidad.
- l) Calidad: se busca encontrar en el lenguaje común y corriente, un conocimiento cualitativo.

**Observación no participante.** Es una observación no naturalista, en la que los participantes no advierten la presencia del observador, entre tanto este último se permite la recolección de datos para confrontarlos con las entrevistas y los focus group.

**Focus group.** Esta técnica de investigación social que privilegia el habla, centra su objetivo en propiciar la interacción mediante la conversación alrededor de un tema u objeto de investigación, el tiempo es determinado y el valor está en captar la forma de

pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo, llegando a provocar confesiones o autoexposiciones entre los participantes (Álvarez, 2009).

Es claro que la pretensión del focus group no es obtener respuestas a preguntas concretas, ni lograr consenso, más bien facilitar un intercambio de opiniones y puntos de vista alrededor de asuntos de interés de acuerdo con los objetivos de la investigación.

En el diseño de la guía del focus group se evitan preguntas cerradas y preguntas del tipo *por qué*, se potencializan las preguntas imprevistas que pueden aportar riqueza informativa y se evita aplicar en todos los grupos un formato de preguntas idénticas o el preguntar en un mismo orden para otorgar más libertad al grupo de anteponer sus intereses (Álvarez, 2009).

Para el análisis de la información recaudada en los focus group es imperativo anteponer los objetivos de la investigación y categorizar los datos de acuerdo con las dimensiones planteadas, revisar la teoría, releer registros, contrastar datos y aliarse con los resultados que van emergiendo.

Al grupo se convocan aquellas personas que poseen el tipo social que se está investigando, en el caso de esta investigación se invitan médicos, enfermeras, administrativos pensionados del hospital y vinculados actualmente.

La tabla 3.6 presenta las técnicas diseñadas para la dimensión uno, por cada variable, teniendo en cuenta los indicadores que se esperan evidenciar.

Tabla 3.6

*Variables, indicadores y técnicas de recolección de datos para la dimensión uno*

<b>Dimensión 1: Cambios en la estructura organizacional</b>		
<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas para el trabajo de campo</b>
<b>VI:</b> La desregulación del Estado	Desregulación económica: Normas orgánicas generales y específicas del campo de la salud.	Análisis documental: Plan Nacional de Desarrollo, Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias y modificatorias.
<b>VD:</b> Cambio en la estructura organizacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el tipo de estructura</li> <li>• Cambio en órganos de decisión, control y coordinación</li> <li>• Cambio en áreas funcionales: Talento Humano, Finanzas, Comercial, Desarrollo de Servicios.</li> <li>• Procesos en outsourcing</li> </ul>	<p>Cambios en la configuración de la estructura: vertical, horizontal, matricial, adhocrática.</p> <p>Cambios en órganos de decisión, de control y coordinación: conformación de juntas directivas, unidades de auditoría, comités.</p> <p>Cambios en las áreas funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Talento humano: tipos de contratación del personal</li> <li>-Comercial: contratos con EPS</li> <li>-Facturación</li> <li>-Financiera: gestión de cartera</li> <li>-Auditoría médica</li> <li>-Control interno</li> <li>-Planeación</li> <li>-Aseguramiento de la calidad</li> </ul>	<p>Análisis documental: organigramas.</p> <p>Observación no participante</p> <p>Entrevista semiestructurada</p> <p><b>Universo:</b> junta directiva, gerencia, subgerencia científica, subgerencia administrativa, coordinadores de servicios, líderes de procesos y el personal pensionado.</p> <p><b>Muestra cualitativa:</b> personas del nivel directivo que tengan conocimiento de los procesos, estratégicos, misionales y de apoyo; líder de un comité; Coordinador de Talento Humano; Líder de Auditoría Médica; Líder de Facturación.</p>

VI: variable independiente VD: Variable dependiente

Fuente: elaboración propia

La tabla 3.7 detalla la guía de observación y de entrevista para la dimensión uno: cambios en la estructura organizacional.

Tabla 3.7

*Guías de trabajo de campo para la dimensión uno*

<b>Dimensión 1: Cambios en la estructura organizacional</b>		
<b>Guía de observación no participante</b>	<b>Entrevista</b>	
	<b>Informante</b>	<b>Preguntas</b>
¿Dónde observar?: en los espacios de las áreas administrativas y asistenciales	Miembro de junta directiva y gerente	<p>¿La Ley 100 de 1993, provocó cambios en el enfoque estratégico del hospital? ¿De qué manera?</p> <p>¿La adopción de la figura de Empresa Social del Estado, por parte del hospital, provocó cambios en la estructura organizacional?. ¿Cuáles fueron esos cambios?</p>
¿Qué observar?: verificar aspectos clave que definen el tipo de estructura reflejado en el organigrama: líneas de subordinación y coordinación, identificar en las conversaciones las manifestaciones de centralización/descentralización, flexibilidad/rigidez de manuales y procedimientos.	Coordinador de Talento Humano	<p>¿En los últimos años han ocurrido cambios en las formas de vinculación de personal?. ¿Qué tipo de cambios?</p> <p>¿La asignación de tareas, las líneas de autoridad, los órganos de coordinación, han cambiado en el hospital?. ¿De qué manera?</p>
	Líder de auditoría médica	<p>¿Cuál es el propósito fundamental de las auditorías de cuentas?</p> <p>¿Cómo se relacionan esas auditorías con el mejoramiento de los servicios de salud del hospital?</p>
	Líder comité de calidad	<p>¿Cuál es el propósito fundamental del comité?</p> <p>¿Cómo se relaciona la función del comité con el mejoramiento de los servicios de salud del hospital?</p>
	Pensionados	<p>¿Cómo era la pirámide jerárquica en el hospital?. ¿Cómo se asignaban las tareas y responsabilidades?.</p> <p>¿Qué dependencias asumían el mayor compromiso con la calidad del servicio en el hospital?.</p>

Fuente: elaboración propia

La tabla 3.8 presenta las técnicas diseñadas para la dimensión dos, prácticas de gestión hospitalaria, por cada variable, teniendo en cuenta los indicadores u observables que se esperan evidenciar.

Para los indicadores de la variable independiente se define la investigación documental como la técnica más apropiada, entre tanto para los indicadores de la variable dependiente lo son la observación no participante y la entrevista semiestructurada, por la naturaleza del observable.

Tabla 3.8

*Variables, indicadores y técnicas para la dimensión dos*

<b>Dimensión 2: Cambios en las prácticas de gestión hospitalaria</b>		
<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas</b>
VI: Normas del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud	Normas del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guías</li> <li>• Protocolos</li> <li>• Registros</li> <li>• Manuales</li> <li>• Habilitaciones y acreditaciones</li> </ul>	Investigación documental: decretos, resoluciones, circulares, que reglamentan la prestación de los servicios hospitalarios.
VD: Cambios en las prácticas de gestión del servicio	Prácticas de gestión del servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempos estándares de atención.</li> <li>• Seguridad del paciente.</li> <li>• Humanización del servicio</li> <li>• Triage</li> <li>• Auditoría médica</li> <li>• Historia clínica</li> </ul>	<p><b>Observación no participante</b></p> <p><b>Entrevista semiestructurada</b></p> <p><b>Universo:</b> médicos generales, médicos especialistas, enfermeras, demás profesionales de la salud; personal administrativo y personal pensionado del hospital.</p> <p><b>Muestra cualitativa:</b> profesionales con conocimiento y experiencia en la aplicación de la normatividad vigente para la atención asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona a cargo del seguimiento a los indicadores de gestión de los servicios: líder del aseguramiento de la calidad.</li> <li>• Subgerente científico</li> </ul>
VI: variable independiente      VD: variable dependiente		

Fuente: elaboración propia

La tabla 3.9 presenta la guía de observación y la guía de entrevista para la dimensión dos.

Tabla 3.9

*Guías de trabajo de campo para la dimensión dos*

<b>Dimensión 2: Cambios en las prácticas de gestión hospitalaria</b>		
<b>Guía de observación no participante</b>	<b>Entrevista</b>	
	<b>Informante</b>	<b>Preguntas</b>
<p><b>Observación 1</b> ¿Dónde observar?: áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa</p> <p>¿Qué observar?: aplicación de protocolos, manuales y guías, elaboración de registros.</p> <p><b>Observación 2</b> ¿Dónde observar?: sesión de un comité o reunión de algún grupo de trabajo.</p> <p>¿Qué observar?: preceptos o principios fundamentales que se comparten y que orientan los discursos.</p>	<p>Coordinador de Calidad</p>	<p>¿Cuáles son los indicadores más importantes para la medición de la gestión de los servicios de salud en el hospital? ¿El sistema de salud introdujo nuevos indicadores, con qué propósitos?</p> <p>¿Cuáles son los factores clave para que un hospital como éste, se ubique dentro de los estándares nacionales e internacionales, en la calidad de servicios hospitalarios?</p> <p>¿Qué posibilidad tiene el hospital de generar sus propias guías, protocolos y registros para la prestación de los servicios?.</p> <p>¿Qué opinión le merecen los requerimientos que el hospital debe atender para lograr la habilitación de los servicios y la acreditación?.</p>
	<p>Subgerente científico</p>	<p>¿Cree que las formas utilizadas en el hospital para prestar los servicios de salud, salvaguardan a éste de enfrentar demandas y reclamaciones de usuarios?. ¿Por qué?</p> <p>¿Cuál es la condición bajo la cual se entiende que un servicio asistencial es prestado correctamente?</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.9 (continuación)

<b>Dimensión 2: Cambios en las prácticas de gestión hospitalaria</b>	
	<b>Entrevista</b>
	<b>Informante</b>
	<b>Preguntas</b>
Subgerente científico	<p>¿Cómo califica el grado de incertidumbre que deben enfrentar las unidades asistenciales a la hora de prestar un servicio que le es requerido?</p> <p>¿Existen procedimientos para prestar servicios asistenciales en el hospital, que hayan sido propuestos por los profesionales de la salud que laboran aquí, o que hayan sido adoptados porque significaron éxito en otros hospitales?</p> <p>¿Qué es importante a la hora de evaluar la eficiencia y eficacia de un profesional de la salud, en el hospital?</p>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3.10 presenta las técnicas diseñadas para la dimensión tres, relaciones y expectativas de los agentes, por cada variable, teniendo en cuenta los indicadores u observables en los que se presta la atención.

Tabla 3.10

*Variables, indicadores y técnicas para la dimensión tres*

<b>Dimensión 3: Cambios en las relaciones y expectativas de los agentes</b>		
<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas</b>
<p><b>VI:</b> Cambios en los significados compartidos por los agentes internos del hospital, acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional.</p>	<p><b>SIGNIFICADOS COMPARTIDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del trabajo del médico</li> <li>• Percepción sobre misión social y labor funcional del hospital</li> <li>• Percepción acerca de las condiciones de trabajo.</li> <li>• Concepto acerca del paciente</li> <li>• Concepto acerca de la enfermedad</li> </ul> <p><b>MITOS RACIONALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencia acerca de guías, protocolos, registros e indicadores.</li> <li>• Creencia acerca de cargas de trabajo, líneas de autoridad y órganos de coordinación.</li> <li>• Creencia acerca de la auditoría médica</li> </ul>	<p>Observación no participante</p> <p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Focus group</p> <p><b>Universo 1:</b> Personal asistencial y administrativo del hospital.</p> <p><b>Muestra cualitativa 1:</b> personal con la mayor antigüedad en el hospital.</p> <p><b>Universo 2:</b> Personal asistencial y administrativo pensionado del hospital</p> <p><b>Muestra cualitativa 2:</b> personal pensionado y administrativo con la mayor experiencia de trabajo en el hospital</p>
<p><b>VD:</b> Relaciones y expectativas de los agentes en el hospital.</p>	<p>Temores de los profesionales de la salud y personal administrativo.</p> <p>Aspiraciones de profesionales de la salud y administrativos</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3.11

*Guías de trabajo de campo para la dimensión tres*

<b>Dimensión 3: Relaciones y expectativas de los agentes en el hospital</b>		
<b>Guía de observación</b>	<b>Guía de Focus Group</b>	<b>Guía de entrevista</b>
<p>Observación no participante en sesión de un comité del área asistencial.</p> <p>¿Qué observar?: Manifestaciones de temores o prevenciones, relaciones de poder que se expresan en la interacción, conceptos que se anteponen a las decisiones.</p>	<p><b>Grupo de personal asistencial y administrativo con más de 20 años de servicio:</b></p> <p>Temas de discusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La historia del hospital.</li> <li>✓ El significado de servir al hospital antes y ahora.</li> </ul>	<p><b>Médicos en áreas de urgencias, consulta externa y cirugía</b> ¿Cómo define la razón de su profesión, puesta al servicio de este hospital?</p> <p>¿Cómo define al paciente de este hospital?</p> <p>¿Cuál es su percepción acerca de las cargas laborales para los profesionales al servicio del hospital?</p> <p>¿Qué valoración hace de las relaciones entre el personal en el hospital?</p> <p><b>Médicos especialistas</b> ¿Qué utilidad le atribuye a las guías, protocolos y registros que deben seguirse para la prestación del servicio?</p> <p>¿Cuál sería su propuesta de declaración de misión para el hospital?</p> <p>¿Cuál es su percepción en relación con el proceso de auditoría médica?</p> <p>¿Cómo impiden o facilitan su labor los órganos administrativos del hospital?</p> <p>¿Qué valoración hace de las relaciones entre el personal en el hospital?</p> <p><b>Líder de Auditoría Médica</b> ¿Qué cree que ocurriría en el hospital si se omitiera el proceso de auditoría médica?</p> <p><b>Líder de facturación</b> ¿Cómo cree usted que la labor de los profesionales de la salud en el hospital, aporta para mejores resultados de su labor?</p>
<p>Observación no participante en áreas asistenciales.</p> <p>¿Qué observar?: atención a pacientes, interacción entre el personal asistencial, asuntos que generan tensiones, temas de conversación.</p>		

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4.9. La validez

En el diálogo y la intersubjetividad se fundamentan consensos que legitiman el conocimiento construido con el enfoque cualitativo, a este respecto Galeano (2004) expone:

Estrategias como la triangulación y confrontación (de fuentes, métodos, escenarios, investigadores, teorías) parten del reconocimiento de que la realidad humana es heterogénea, diversa y que los actores sociales –que en su accionar diario la construyen e interpretan- son portadores de lógicas diversas que es necesario estudiar para comprender la complejidad social (...) La validez refiere al grado de coherencia lógica interna de los resultados y la ausencia de contradicciones con resultados de otras investigaciones o estudios bien establecidos (p.42).

Diferenciando entre validez interna y validez externa, la que interesa en esta investigación es la validez interna, es decir, el punto de interés está en el grado en el cual los resultados reflejan la realidad del fenómeno del cambio organizacional en el sistema de salud colombiano, para el caso de hospitales de mediana complejidad.

Perez (1994) citado por Galeano (2004), refiriéndose a la validez de los estudios de caso, considera que el análisis de un caso auténtico, incluso en su singularidad, conlleva de manera segura hacia las leyes generales del campo considerado.

La contrastación de los métodos utilizados durante el proceso de la investigación, con los métodos aprobados por la comunidad científica, es una estrategia clave para atribuirle validez a los resultados, de este modo no se pretende una validez de contenido sino una validez de construcción del conjunto.

En esta investigación la validez interna se aseguró con la confrontación de fuentes y escenarios, las distintas técnicas de recolección de datos utilizadas y la diversidad de

grupos de informantes involucrados, permitieron al investigador aproximarse a la realidad del fenómeno social y hallar las comprensiones pretendidas.

### **3.5. Trabajo de campo**

El trabajo de campo comenzó en el mes de enero y culminó en el mes de octubre del año 2018. En la primera etapa se hicieron los acercamientos con las autoridades de salud del nivel departamental, para hallar un visto bueno que facilitara la interacción con las autoridades internas en el hospital. Se llevó a cabo entrevista con el Secretario de Salud del Departamento, quien por razón de su cargo hace la secretaría de la junta directiva del Hospital Regional de Sogamoso, la intervención de esta autoridad hizo posible los contactos con las directivas del hospital, se formalizaron las comunicaciones sugeridas por ellos, dando a conocer el protocolo de la investigación y los instrumentos de recolección de la información a utilizar. Una vez tramitadas las autorizaciones con el gerente del hospital y el subgerente científico, se da inicio con la solicitud y análisis de documentación institucional referente a organigramas, actas de juntas directivas, acuerdos, ordenanzas, planes de gestión y demás que fueran permitiendo reconocer desde el discurso documentado el proceso de cambio del hospital.

En una segunda fase se desarrollan las técnicas propuestas enmarcadas en un enfoque cualitativo, para la aproximación al fenómeno, ligado en esencia a la naturaleza subjetiva de las construcciones sociales en la realidad organizacional. Se utiliza la fenomenología para comprender el proceso mediante el cual los patrones socialmente construidos en el campo organizacional de la salud moldean las creencias y prácticas en el hospital.

La figura 3.3 muestra las unidades de observación consultadas para cada una de las dimensiones, de acuerdo con la proposición planteada y los indicadores empíricos previstos.

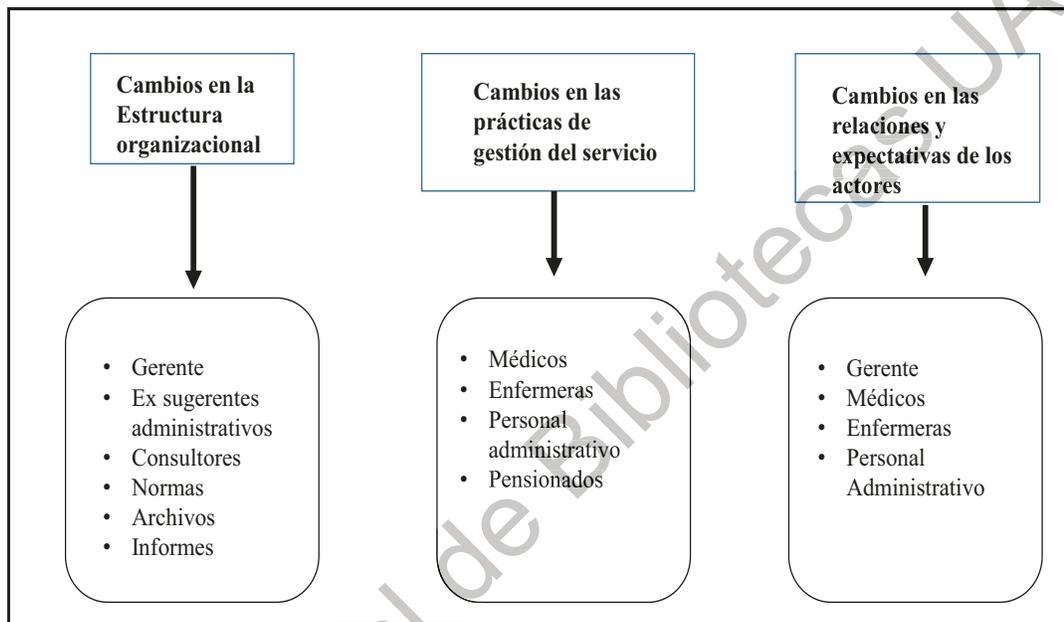


Figura 3.3 Unidades de observación por dimensión. Fuente. Elaboración propia

Las unidades de observación fueron abordadas con el uso de las técnicas que se detallan en la tabla 3.12.

Tabla 3.12

*Dimensiones, unidades de observación y técnicas utilizadas.*

<b>Dimensión 1: Estructura Organizacional</b>		<b>Dimensión 2: Prácticas de gestión</b>		<b>Dimensión 3: Significados-Relaciones y Expectativas</b>	
Unidad de observación	Técnica	Unidad de observación	Técnica	Unidad de observación	Técnica
Gerente Ex subgerentes administrativos	Entrevista semiestructura da	Médicos Enfermeras Pensionados Personal administrativo	Entrevista semiestructura da	Médicos Enfermeras Personal Administrativo	Entrevista semiestructura da
Consultores	Entrevista semiestructura da	Comité de calidad	Observación no participante	Médico Enfermeras Administrativos	Focus group
Normas Informes Archivos	Análisis documental			Médicos internos (estudiantes de último año)	Cuestionario

Fuente: elaboración propia

Para la definición de las unidades de observación se tomó como guía el mapa de procesos en razón a que desde la última década el hospital ha adoptado uno de los arreglos institucionalizados en el ambiente amplio empresarial y en el campo organizacional de la salud, se trata de los razonamientos de la gestión de la calidad, con ellos se entiende que el hospital cumple la misión transformando elementos de entrada en elementos de salida, a través de la interrelación de procesos. Este pensamiento dominante en el entorno inspirado en la agregación de valor para el usuario, que desarrolla la norma internacional ISO 9001:2008 se hizo obligatorio para todos los organismos del Estado a través de la norma técnica de calidad de gestión pública NTCGP 1000 de 2009.

El sistema de gestión de la calidad tratado por la norma define que todas las entidades públicas deben organizar la gestión a partir de cuatro macroprocesos: dirección, misional, de apoyo y de evaluación; de cada macroproceso se derivan los procesos. El

hospital diseña su sistema basado en la norma y el mapa de procesos pasa a ser la representación gráfica de la manera como se gestiona, dejando de reflejar en su organigrama las unidades de trabajo. En el apéndice I se presenta el mapa de procesos del hospital.

El investigador selecciona unidades de observación en cada uno de los cuatro macroprocesos, teniendo en cuenta los siguientes criterios: a) incorporar personal de los distintos campos profesionales, de las distintas formas de vinculación con el hospital y de los distintos tiempos de antigüedad, esto porque las observaciones no participantes preliminares señalaban que las cogniciones compartidas se manifestaban heterogéneas según estos tres factores; b) dar prioridad a líderes de procesos en los macroprocesos de dirección, apoyo y evaluación. Esta es la justificación de la selección de procesos y unidades de observación, presentadas en la tabla 3.13.

Adicionalmente a las unidades presentadas en la tabla 3.13 se seleccionaron pensionados con el criterio de que hubieran estado vinculados para el momento de la reestructuración del año 2005; para la selección de los consultores se tuvo en cuenta que en la actualidad estuvieran contratados por el hospital; fueron incluidos dos exsubgerentes administrativos considerando que uno de ellos ejercía el cargo para el momento de la reestructuración y el otro se acababa de retirar del cargo, por lo que el recién posesionado no tenía mayor conocimiento sobre el quehacer del hospital.

Tabla 3.13.

*Unidades de observación por macroproceso y proceso*

<b>Macroproceso</b>	<b>Proceso</b>	<b>Unidad de Observación seleccionada</b>
Macroproceso de dirección	Planeación institucional	Gerente Coordinadora de planeación
	Gestión de Calidad	Coordinadora de Calidad Profesional de apoyo
Macroproceso misional	Urgencias	Médicos generales
	Consulta Externa	Médicos especialistas
	Atención de hospitalización	Médicos especialistas Enfermeras jefe Auxiliares de enfermería
	Docencia servicio	Médico Especialista Médicos internos
Macroproceso de apoyo	Gestión de talento humano	Coordinador Talento humano
	Gestión financiera	Líder de facturación
	Gestión de ambiente físico	Coordinador de mantenimiento
	Gestión documental	Líder de archivo
Macroproceso de evaluación	Auditoría Médica	Líder de Auditoría médica

Fuente: elaboración propia a partir del mapa de procesos del hospital

El acercamiento a los actores a través de las entrevistas permitió confirmar que las mayores convergencias y divergencias en las cogniciones del interés de esta tesis, se manifiestan según el rol, la forma de vinculación y la antigüedad del servidor, y no de acuerdo con la unidad de trabajo o proceso del que hace parte dentro del hospital. La tabla 3.14 presenta los siete grupos de informantes que definió el investigador.

Tabla 3.14

*Categorización de informantes entrevistados según el rol en el hospital*

<b>Rol del informante</b>	<b>Grupo</b>
Médico	1
Enfermera	2
Administrativo	3
Pensionado	4
Exdirectivo	5
Asesor externo	6
Usuario	7

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3.15 se presentan los informantes entrevistados por cada grupo, se describe un perfil individualmente con tiempo de servicio, rol y forma de vinculación al hospital, asignándole un código que refleja el grupo al que pertenece el informante y el número que le corresponde, ejemplo: el código G1.3 denota que el informante entrevistado es del grupo uno (médico) y que es el médico número tres. Esta codificación es utilizada por el investigador para mantener la confidencialidad de la identidad del informante.

Tabla 3.15

*Informantes entrevistados y códigos asignados por el investigador*

<b>GRUPO</b>	<b>Perfil del informante, tiempo de servicio y tipo de vinculación</b>	<b>Unidad de trabajo</b>	<b>CÓDIGO</b>
Grupo 1: Médicos	Médico Especialista, con más de 30 años de servicio en el hospital. Vinculación de planta	Consulta externa y hospitalización	G1.1
	Médico Especialista, con más de 30 años de servicio en el hospital. Vinculación Tercerizado	Consulta externa y hospitalización	G1.2

Tabla 3.15 (continuación)

<b>GRUPO</b>	<b>Perfil del informante, tiempo de servicio y tipo de vinculación</b>	<b>Unidad de trabajo</b>	<b>CÓDIGO</b>
Grupo 1: Médicos	Médico especialista con más de 30 años de servicio. Vinculación OPS	Consulta externa y hospitalización	G1.3
	Médico Especialista con cargo administrativo. Treinta años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Sub gerencia científico	G1.4
	Médico General con cargo administrativo. Cinco años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Auditoría médica	G1.5
	Médico General atiende consulta en urgencias. Dos años de servicio en el hospital. Vinculación Tercerizado	Urgencias	G1.6
	Médico General con cargo administrativo. Diez años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Aseguramiento de la calidad	G1.7
	Médico Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud	Gerencia	G1.8
Grupo 2: Enfermeras	Auxiliar de enfermería con cargo administrativo. Más de 20 años de servicio en el hospital. Vinculación de planta	Hospitalización	G2.1
	Enfermera jefe con más de 30 años en hospital. Vinculación de planta	Hospitalización	G2.2
	Auxiliar de enfermería con 10 años de servicio en el hospital. Vinculación tercerizada	Hospitalización	G2.3
	Enfermera jefe con cargo administrativo. Diez años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Coordinadora de Facturación	G2.4
	Enfermera jefe con cargo administrativo. Diez años de servicio en hospital, vinculación OPS	Coordinadora de Hospitalización	G2.5

Tabla 3.15 (continuación)

GRUPO	Perfil del informante, tiempo de servicio y tipo de vinculación	Unidad de trabajo	CÓDIGO
Grupo 3: Administrativos	Odontóloga con cargo administrativo, veinte años de servicio en el hospital, vinculación OPS	Unidades de atención básica	G3.1
	Profesional del área administrativa, con más de 30 años en el hospital. Vinculación de planta	Talento humano	G3.2
	Psicólogo con cargo administrativo. Tres años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Talento humano	G3.3
	Contador con 20 años en el hospital, Vinculación tercerizado	Aseguramiento de la calidad	G3.4
	Bacterióloga con cargo administrativo, 30 años de servicio en el hospital, vinculación de planta	Docencia servicio	G3.5
	Abogado con 30 años de servicio en el hospital, vinculación de planta	Mantenimiento	G3.6
	Profesional en el área admntiva, 5 años de servicio en el hospital, vinculación OPS	Planeación	G3.7
	Tecnóloga en archivo. Diez años de servicio en el hospital. Vinculación OPS	Archivo	G3.8
Grupo 4: Pensionados	Periodo de vinculación: 1975-2012	Externo	G4.1
	Periodo de vinculación 1978-2004		G4.2
	Periodo de vinculación 1974-2007		G4.3
	Periodo de vinculación 1979-2008		G4.4
Grupo 5: Exdirectivos	Administrador de empresas. Fue subgerente administrativo en el periodo 2005-2009	Externo	G5.1
	Administradora de empresas. Fue subgerente administrativo durante los años 2016 y 2017		G5.2
Grupo 6: Asesores Externos	Abogado. Asesor en cobro de cartera		G6.1
	Abogado. Asesor reparación directa (daños causados por error médico)		G6.2

Tabla 3.15 (continuación)

<b>GRUPO</b>	<b>Perfil del informante, tiempo de servicio y tipo de vinculación</b>	<b>Unidad de trabajo</b>	<b>CÓDIGO</b>
Grupo 7 Usuarios	Usuario menor de 25 años de edad		G7.1
	Usuario mayor de 60 años de edad		G7.2
	Presidente de la asociación de usuarios		G7.3
<b>Total de entrevistas realizadas: 32</b>			

Fuente: elaboración propia

Los estudiantes de medicina que hacen su último año de formación en el hospital, en calidad de médicos internos, fueron consultados mediante la técnica de cuestionario, esta técnica se decide luego de analizar las entrevistas con los médicos codificados en la tabla 3.15, con el objeto de hallar más elementos para respaldar las proposiciones que se estaban comprobando en la investigación. El cuestionario se aplicó a 13 médicos internos pertenecientes a diferentes escuelas de medicina en el país. Por razón de las agendas de este personal la selección de los consultados estuvo a cargo del coordinador de docencia, quién hizo la convocatoria a los disponibles para el momento. Se aplicó un cuestionario de cinco preguntas abiertas. El apéndice C presenta el cuestionario.

El focus group se aplicó con un grupo de cinco personas, conformado por un auxiliar administrativo, un médico, dos enfermeras auxiliares y una enfermera jefe; estas personas fueron invitadas para conversar sobre las apreciaciones en torno a la historia del hospital y su tarea dentro de este. El propósito del ejercicio fue aportar un mayor acercamiento a los esquemas de significación construidos por las personas en su interacción en el hospital, para los fines de la dimensión tres. Las preguntas alrededor de las cuales se motivó la conversación entre los asistentes se presentan en el apéndice F.

### 3.6 Tratamiento de los datos

A partir del modo digital de todos los diálogos obtenidos a través de entrevistas y focus group, se hizo una ordenación de la información de la siguiente manera: los contenidos de cada diálogo se clasificaron por dimensiones de análisis, según los aportes del informante, a su vez dentro de cada dimensión se categorizaron los aportes por temáticas claves para la proposición. De este modo se diseñaron matrices por dimensión y en cada una de ellas se registró la información por grupos de informantes y por temáticas claves de la proposición, estas matrices se presentan en el Apéndice H.

El investigador valoró los datos a partir de las proposiciones que era necesario probar, con fundamento en el paradigma epistemológico y metodológico previamente determinado y bajo la orientación de la perspectiva teórica seleccionada.

#### **4. El caso de estudio: Hospital Regional de Sogamoso (Boyacá Col.)**

##### **4.1. Reseña histórica del Hospital Regional de Sogamoso**

El hospital fue fundado en 1872 por un grupo de caballeros, denominación heredada del dominio español, que hace referencia a una construcción social para reconocer a hombres probos y virtuosos. Durante el siglo XIX y el siglo XX esta fue una organización privada con naturaleza de fundación, de orden clerical, que hacía honor a San Vicente de Paul, figura emblemática del catolicismo francés del siglo XVII. Desde 1880 el hospital estuvo gestionado por religiosas de la comunidad de La Presentación. Para 1945 la Conferencia de San Vicente de Paul de Sogamoso que tenía a su cuidado y dirección el hospital, bajo la denominación de Hospital San José, decide cederlo al gobierno departamental para posibilitar la inversión del Estado en las ampliaciones y mejoras que eran necesarias (Notaría Primera del Circuito de Sogamoso 1945, escritura 381). El gobierno departamental inicia la construcción de unas nuevas instalaciones pero al no ser posible concluir las, en el año 1952 el departamento restituye la propiedad y la administración del hospital a la comunidad clerical (Notaría Segunda del circuito de Tunja, 1952, escritura 1190). Durante la segunda mitad del siglo XX el hospital presta los servicios bajo la administración de esta comunidad, recibiendo ayuda económica gubernamental.

El proceso de desregulación del Estado, como se muestra en los planes de desarrollo, la Ley 100 de 1993 y las normas reglamentarias que le han sucedido, presionó a los hospitales públicos a repensarse y transformarse de manera radical; la Asamblea del departamento, acatando la normatividad, en agosto de 1999 determina la conversión del hospital San José de Sogamoso en Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del

Estado, entidad descentralizada del orden departamental con patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Boyacá (Ordenanza 028 de 1999), a partir de este mandato el hospital se rige por los cánones de una organización pública, pero se gestiona con las racionalidades del mercado, en concordancia con estas racionalidades el gobierno cesó los giros de recursos para el sostenimiento del hospital y expuso por varios periodos a los trabajadores a no recibir salario, hasta que en el año 2005, mediante acuerdo 002 “se adecuó la planta de personal”, concretando una reforma que suprime buena parte de los cargos existentes, para atender las actividades con nuevas formas de contratación de personal.

El proceso experimentado por los sujetos en el hospital está marcado por la resistencia, manifestada en principio posponiendo la decisión sobre la transformación del hospital, que se acompañaba de la escasa y ambigua reglamentación gubernamental en torno a varios aspectos de lo que sería la nueva organización exigida por el ambiente institucional; entre tanto el gobierno conminaba a la reestructuración y disponía mecanismos financieros para la indemnización de los trabajadores cuyos cargos fueran suprimidos. Según relatos de los entrevistados que estaban vinculados para el momento, en este periodo de resistencia se puso en evidencia la solidaridad y compromiso de todos los trabajadores, quienes desarrollando actividades tipo bazares y rifas, y recurriendo al comercio de la ciudad, procuraban los insumos y elementos para continuar prestando los servicios. Esto sucedía porque el gobierno central ya no asignaba los recursos para el funcionamiento del hospital y ejercía fuerte presión hacia la transformación en organización autofinanciable.

Con la reforma organizacional del 2005, el hospital comienza la adopción de estrategias reductoras de costos como el outsourcing para la prestación de algunos servicios, así como la contratación de personal asistencial y administrativo por el mecanismo de cooperativas de trabajo asociado, las que se fueron sustituyendo por empresas de servicio temporal (EST) que hoy actúan bajo la figura de sociedad por acciones simplificada (SAS). La última década ha estado caracterizada por el énfasis en la estandarización y a través de ella el logro de la legitimación que se traduce en habilitaciones y acreditaciones.

En la actualidad las declaraciones conocidas como plataforma estratégica que se encuentran documentadas, siguen las prescripciones discursivas de la nueva gerencia pública orientada al mejoramiento continuo con pretensiones de eficiencia, eficacia y efectividad. La misión del hospital dice textualmente:

Somos una institución prestadora de servicios de salud de carácter público, de mediana complejidad con talento humano idóneo, óptima tecnología e infraestructura, brindando servicios con altos estándares de calidad, para contribuir al bienestar de nuestros usuarios, sus familias y el medio ambiente con responsabilidad social. (Plan de desarrollo del hospital, 2016-2020, p. 17).

Respecto de la visión los documentos registran: “ser una institución acreditada en la prestación de servicios de salud, con énfasis en programas dirigidos a la mujer y a la primera infancia” (Plan de desarrollo del hospital, 2016-2020, p. 17).

El lema que se expone en toda la papelería oficial, el sitio web y las comunicaciones visibles en carteleras es el siguiente: “brindamos servicios con calidad y calidez pensando en su salud”.

Como se evidencia hoy el hospital declara a través de su misión, visión y lema, que está comprometido con el pensamiento dominante y que todas sus actuaciones guardan conformidad con lo establecido en el campo organizacional, en torno a estándares de calidad, responsabilidad social, compromiso con el medio ambiente, propósitos de acreditación, etc.

#### **4.2. Ubicación, ámbito de operaciones y órganos de gobierno**

Este hospital es uno de los 296 hospitales públicos de Colombia, ubicado en una ciudad intermedia del departamento de Boyacá, a 210 kilómetros de Bogotá, es el hospital de referencia para empresas sociales del Estado (ESE) de primer nivel de 21 municipios de las provincias de Sugamuxi y la Libertad. Se encuentra categorizado como de mediana complejidad, con un portafolio de servicios que comprende: consulta externa especializada, servicios de urgencias, cirugía general y especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico, transporte asistencial, entre otros. El total de servicios habilitados son 100, de los cuales 62 se prestan en las instalaciones centrales del hospital y 38 en unidades básicas de atención ubicadas en las localidades de Pajarito y Busbanzá. La infraestructura física para la prestación de los servicios la constituyen 128 camas habilitadas, tres salas de cirugía, dos salas de partos, una sala de lactancia materna, una sala para enfermedades respiratorias agudas y una sala de gastroenterología.

Los órganos de gobierno los constituyen: una junta directiva, responsable del direccionamiento estratégico y un comité directivo que está a cargo de la ejecución. La primera está conformada de la siguiente manera:

- ✓ Un representante del gobernador del departamento
- ✓ El secretario de salud del departamento
- ✓ Un representante del sector científico externo
- ✓ Un representante del sector científico interno
- ✓ Un representante de los gremios de la producción del área de influencia
- ✓ Un representante de los usuarios
- ✓ Un revisor fiscal

El comité directivo por su parte está integrado de la siguiente manera:

- ✓ Gerente
- ✓ Subgerente administrativo y financiero
- ✓ Subgerente científico
- ✓ Revisor fiscal
- ✓ Asesor de control interno
- ✓ Asesor jurídico

## 5. Proceso de cambio en el ambiente institucional de la salud

Esta tesis se ocupa del cambio organizacional en el sistema de salud colombiano estudiando el caso de un hospital público de mediano nivel de complejidad, ubicado en la región central del país, en búsqueda de la comprensión del proceso ocurrido en el campo organizacional, y expresado en la estructura formal, las prácticas de gestión, las relaciones entre los actores que ejecutan las tareas en el hospital y sus expectativas.

Se define como Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de acuerdo con la Ley 1751 de 2015:

El conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud (artículo 4).

El proceso de desregulación del Estado se materializa para el campo organizacional de la salud en reglas de obligatorio cumplimiento, que provocan unos cambios graduales en los sistemas de creencias y las realidades sociales legitimadas. Las lógicas del mercado se van incorporando en el campo organizacional como el *deber ser*, y con escasez de evidencia empírica la racionalidad social crece en la aceptación de la libre competencia como la estrategia efectiva para que los servicios de salud lleguen con mayor calidad y equitativamente a todos los colombianos. Los actores influyentes en el campo, particularmente el gobierno, obran en dirección a crear una especie de ecosistema para la competitividad de los servicios de salud, que reduce el papel del Estado a la

vigilancia y control mientras procura condiciones legales para que la iniciativa privada desarrolle y comercialice portafolios de ofertas.

Como se puede apreciar en los contenidos siguientes, los propósitos de los gobiernos del periodo estudiado expresados en los planes de desarrollo, se mantuvieron consistentes con el pensamiento hegemónico de que la libre competencia conduciría a un desempeño eficiente de los hospitales públicos y una mejor calidad de los servicios.

### **5.1. Los planes de desarrollo nacional en el periodo de observación**

**5.1.1. El plan de desarrollo del período 1998-2002.** Denominado “Cambio para Construir la Paz”, en el apartado de salud hace la siguiente consideración: “Los hospitales mantienen grandes ineficiencias debido a las inflexibilidades que manejan en cuanto al régimen laboral y pasivos prestacionales, que obstaculizan la transformación de los mismos en empresas sociales del Estado” (p. 267). En consecuencia se determina desde este plan que la totalidad de los hospitales públicos deben transformarse en empresas sociales del Estado, mismas que deben reestructurar sus plantas de personal, flexibilizar su sistema de contratación, mejorar su gestión, garantizar la solvencia de sus sistemas de referencia y contrarreferencia y adecuar los servicios que prestan, de tal manera que se garantice su sostenibilidad y sean competitivas. El mismo documento público asevera que en la medida que se asignen recursos a la oferta se perpetúa la distribución inequitativa de los mismos. Se reconoce también que el sistema tiene deficiencias en la vigilancia y control y se definen mecanismos para superarla.

En este plan de desarrollo se manifiesta una decisión gubernamental de continuar el asentamiento de las racionalidades de la competitividad en torno al servicio de salud en

el país, para lo cual libera a los hospitales de las restricciones de la legislación laboral vigente.

**5.1.2. Plan de desarrollo 2002-2006.** “Hacia un Estado comunitario”. En este plan el gobierno declara su compromiso con la profundización del SGSSS y determina un sistema único de habilitación y acreditación para las EPS e IPS. Se determina que en este cuatrenio se concluirá el proceso de reestructuración de todos los hospitales públicos, para lo cual la nación y los entes territoriales concurrirán con créditos condonables para que los hospitales puedan indemnizar su personal. Se determina que “aquellas instituciones que no hagan sostenible su operación serán liquidadas” (p. 201).

**5.1.3. Plan de desarrollo 2006-2010.** “Estado comunitario: desarrollo para todos”. En este plan el gobierno declara victorias del sistema de salud en términos de la cobertura, afirmando que entre 1992 y 2005 se pasó de 9 millones a 32 millones de afiliados, este puede leerse como un mecanismo de refuerzo para la institucionalización de las racionalidades que avanzan en torno al SGSSS. En este plan se empiezan a declarar las preocupaciones del gobierno por la incapacidad de los organismos de vigilancia y control del sistema (Superintendencia Nacional de Salud) para superar las fallas del mercado, se reconoce que la protección de los derechos de los usuarios del sistema, está subordinada a otras actividades. Se profundiza en sistemas de estandarización de procesos y procedimientos, reglas claras para la interacción entre los agentes y sistemas de monitoreo. Es expresa la aprobación del mecanismo de tercerización de la prestación de los servicios en los hospitales dado que “constituye una importante alternativa para la calidad y la eficiencia” (p. 131).

**5.1.4. Plan de desarrollo 2010-2014:** “Prosperidad para todos”. Para este cuatrenio el plan reconoce que la oferta pública del servicio de salud se ha modernizado y reorganizado, pero no logra ser sostenible y eficiente debido a falta de gestión por resultados, al débil control del gasto y a una abultada cartera que se ha generado por fallas en el flujo de los recursos del sistema. La representación cognitiva dominante en el gobierno manifestada en el plan, es que las fallas que muestra el sistema son debidas a la debilidad de los actores para gerenciar los recursos. Se define que es prioridad reforzar el sistema de inspección, vigilancia y control.

**5.1.5. Plan de desarrollo 2014-2018:** “Todos por un nuevo país”. En esta fase de desarrollo del SGSSS el gobierno cree que el mayor problema a resolver es la gestión de los recursos financieros de la salud, por lo cual crea una nueva entidad para ese fin: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con el propósito de asegurar el adecuado flujo de recursos y los efectivos controles. Se plantea la formulación de una política de trabajo *decente*, referida a “promover la generación de empleo, la formalización laboral y la protección de los trabajadores de los sectores público y privado” (art. 74), se infiere que en este punto el gobierno advierte la precariedad laboral a la que ha sido sometido el personal servidor de la salud.

El curso de los planes de desarrollo a lo largo de cerca de tres décadas, en lo relacionado con la salud, señala que los líderes gubernamentales han apropiado con firmeza la creencia de que los principios de la economía de mercado son el camino correcto para alcanzar la equidad y la adecuada distribución de los recursos de la salud.

La figura 5.1 muestra las representaciones y decisiones gubernamentales en relación con los hospitales, definidas en cada plan de desarrollo.

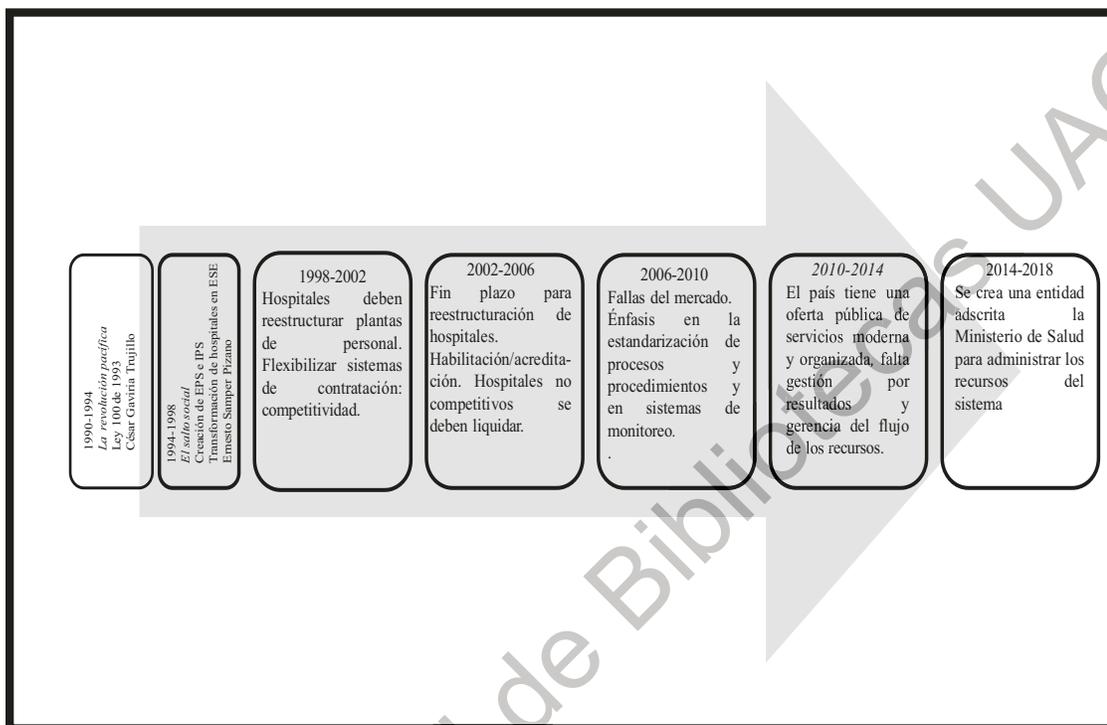


Figura 5.1 Proceso de cambio institucional a nivel del campo reflejado en los planes de desarrollo. Fuente: elaboración propia a partir de la Dirección de Planeación

Como lo resume la figura 5.1 al Estado le ha significado un trabajo de ajuste normativo desde la última década del siglo XX hasta lo corrido del siglo XXI, liderando una construcción social que reconozca en la libre competencia la estrategia para el mejor uso de los recursos y la mejor calidad de los servicios de salud.

## 5.2. Los cambios en el esquema regulatorio del campo organizacional

La Ley 100 de 1993 estableció el ambiente en el cual se ha desarrollado la normatividad para el sector de la salud, se encargó de sugerir el camino que el país debía

seguir, enmarcado en el paradigma neoliberal, para alcanzar los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad en la atención de salud.

En suma, el sistema actual de seguridad social en salud colombiano, vigente desde comienzos de la década de los 90 del siglo XX, transforma el rol del Estado, pasando de ser asegurador y prestador del servicio a encargarse de la inspección, vigilancia y control del sistema; los hospitales del Estado dejan de ser los responsables de dar servicio a la población pobre y receptores de recursos públicos como subsidio a la oferta, para convertirse en un prestador de servicios que compite en la economía de mercado y que percibe recursos según la demanda de servicios que obtenga.

En la tabla 5.1 se resumen algunas de las disposiciones gubernamentales que fueron promulgándose en la medida que el Estado evidenciaba las barreras a superar en el curso de la operacionalización del pensamiento dominante: el usuario recibe un servicio de calidad a través de actores conminados a competir por la eficiencia y un Estado que regula, controla y vigila. El orden de presentación de las regulaciones es cronológico a partir de la Constitución Política de 1991.

Tabla 5.1

*Configuración del ambiente institucional desde las regulaciones clave*

<b>Norma</b>	<b>Propósito</b>	<b>Efectos en el ambiente institucional</b>
Constitución Política de Colombia de 1991	Definir la salud como un derecho constitucional	Los ciudadanos perciben el derecho a los servicios de salud, como una obligación del Estado
Ley 100 de 1993	Crear el sistema de seguridad social integral.	No hay recursos públicos para la oferta, sí los hay para la demanda. Hay una red de aseguradores que contratan con prestadores, unos y otros compitiendo en el libre mercado.

Tabla 5.1 (continuación)

<b>Norma</b>	<b>Propósito</b>	<b>Efectos en el ambiente institucional</b>
Ley 87 de 1993	Establecer el sistema de control interno en los organismos del Estado.	El Hospital como organismo público está obligado a garantizar eficacia, eficiencia y economía en todas sus operaciones, adoptando el manual estándar de control interno (MECI).
Decreto 1876 de 1994	Reglamentar la Ley 100 de 1993 en lo referente a los hospitales públicas	El Hospital público es una Empresa Social del Estado, su permanencia depende de su capacidad competitiva
NTCGP 1000 de 2009	Establecer un sistema de gestión de la calidad en los organismos públicos	El hospital como organismo del Estado tiene la obligación de implementar la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP1000 basada en las normas internacionales ISO 9000:2005 e ISO 9001:2008
Decreto 1011 de 2006	Establecer un sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del SGSSS.	Los aseguradores y prestadores deben implementar sistemas de aseguramiento de la calidad. Los hospitales deben habilitar los servicios que ofertan y comprometerse en proceso de acreditación.
Ley 1122 de 2007	Realizar ajustes al SGSSS para mejorar la prestación del servicio a los usuarios.	El Estado es consciente que la libre competencia no ha dado los resultados esperados en la calidad de la atención a los usuarios, por lo cual refuerza mecanismos de dirección, regulación, financiamiento y articulación entre los actores del sistema.
Resolución 123 de 2012	Establecer manual estándar de acreditación para los prestadores de servicios de salud	La estandarización domina el lenguaje y la interacción entre los agentes en los hospitales.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Regular el derecho fundamental a la salud	El Estado refuerza su declaración de responsabilidad en la protección y garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como respuesta a los conflictos entre usuarios y demás actores del sistema por fallas en el servicio.

Tabla 5.1 (continuación)

<b>Norma</b>	<b>Propósito</b>	<b>Efectos en el ambiente institucional</b>
Ley 1753 de 2015	Crear una entidad administradora de los recursos del SGSSS, con carácter de empresa industrial y comercial del Estado.	El Estado crea un nuevo ente burocrático para superar los problemas relativos a la gestión de los recursos de la salud.
Resolución 1441 de 2016	Establecer estándares de habilitación para redes de servicios	Los prestadores de servicios deben hacer parte de redes de servicios, las que a su vez deben cumplir estándares de habilitación.
Ley 1797 de 2016	Sanear las deudas del Estado con el sector de la salud y mejorar el flujo de los recursos.	El Estado se reconoce como un actor responsable de la ineficacia de flujo de los recursos de la salud y define redistribuciones de recursos del presupuesto nacional.

Fuente: elaboración propia

Las normas registradas en la tabla 5.1 dan cuenta de un proceso de transformación de los arreglos institucionales en el campo de la salud, que, sin requerir evidencias empíricas construidas rigurosamente, se da por sentado que la normalización, la eficiencia y la productividad son las reglas adecuadas para alcanzar la cobertura y calidad de los servicios de salud. En el proceso el gobierno evidencia las fallas del mercado y las corrige con regulaciones más complejas en el orden de mayor burocratización y estandarización que se estimulan con habilitaciones y acreditaciones.

## **6. Cambios en la estructura organizacional del Hospital Regional de Sogamoso**

### **6.1. Cambios en la estructura organizacional como consecuencia de presiones isomórficas**

El nuevo rol del Estado en los distintos asuntos de la vida nacional y en particular en la salud, crea una incertidumbre con un efecto disruptivo en el campo. Las reglamentaciones clave de la Ley 100 de 1993, se fueron dando lentamente, entre tanto los actores debían interpretar y actuar según los arreglos del mercado. El hospital San José de Sogamoso había incorporado las lógicas de la beneficencia estatal y representaba históricamente la cultura de una comunidad; la nueva concepción -empresa autónoma- de propiedad del Estado implica un enfrentamiento entre las representaciones locales tradicionales y las racionalidades de la eficiencia económica que dominaban el ambiente. Esto puede leerse en el despertar de la comunidad de trabajadores y la ciudadanía local, que de algún modo se hace cargo, por momentos, de la sobrevivencia del hospital, durante el primer lustro del siglo XXI, aceptando el no pago de salarios por algunos meses y demandando la solidaridad de la comunidad para adquisiciones básicas.

**6.1.1. De la atención médica integral a la especialización.** Las presiones que el hospital recibe del campo organizacional, se enmarcan dentro del paradigma de la simplicidad de Morin (2009), asumiendo que el todo es la suma de las partes y entonces la estrategia es la desagregación de los servicios, privilegiándose la especialización de la atención por encima de la atención integral a la persona, la familia y la comunidad; se trata de la separación del objeto de su ambiente. Se formalizan las categorías de primero, segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad, que hoy han transitado a baja, mediana y alta complejidad, se definen los tipos de atención para cada nivel y se condena toda acción que no sea medible.

En desarrollo de este pensamiento, el hospital enfoca su misión al tratamiento y curación de la enfermedad, y abandona tareas que eran centrales en su cotidianidad: prevención de la enfermedad, salud familiar y comunitaria, y la salud emocional vinculada a la espiritualidad de sus trabajadores y pacientes. En la tabla 6.1 se registra la supresión de los cargos de promotoras de salud rural, técnicos de saneamiento ambiental, nutricionista dietista, profesionales en salud oral y capellán, entre otros.

Las promotoras de salud rural se trataba de un personal de la misma comunidad capacitado y entrenado para hacer visitas domésticas, formar a la familia rural en hábitos de vida saludables y verificar los cumplimientos en vacunación, crecimiento y desarrollo, y controles prenatales; el equipo de saneamiento ambiental velaba por el cumplimiento de normas sobre agua potable, vertimiento de aguas servidas, manipulación de alimentos y la sanidad de los animales domésticos, en las localidades del ámbito de operaciones del hospital. El capellán era un miembro del clero católico que asistía espiritualmente a los pacientes y a los trabajadores del hospital.

La tabla 6.1 muestra los cargos que fueron suprimidos en la reestructuración del año 2005.

Tabla 6.1

*Empleos suprimidos con la reestructuración del año 2005*

<b>No. Empleos</b>	<b>De</b>	<b>Denominación del empleo</b>
9		Médico General
18		Médico Especialista
1		Coordinador de Urgencias
1		Jefe Departamento
1		Coordinador área de influencia
1		Coordinador de Consulta Externa

Tabla 6.1 (continuación)

<b>No. De Empleos</b>	<b>Denominación del empleo</b>
1	Coordinador Laboratorio Clínico
1	Coordinador Odontología
1	Capellán
5	Enfermero
5	Enfermero SSO
3	Odontólogo
2	Bacteriólogo SSO
1	Nutricionista dietista
1	Médico veterinario
1	Supervisor técnico
2	Tecnólogo
7	Técnico saneamiento ambiental
2	Auxiliar
4	Auxiliar administrativo
1	Supervisora auxiliar
1	Cajero
9	Secretario
9	Auxiliar información en salud
26	Auxiliar de enfermería
1	Auxiliar consultorio dental
2	Auxiliar higiene oral
3	Auxiliar imágenes diagnósticas
1	Auxiliar laboratorio clínico
1	Auxiliar salud familiar y comunitaria
28	Promotor de salud
3	Auxiliar de mantenimiento
23	Operario servicios generales
2	Conductor

Fuente: elaboración propia a partir del acuerdo 002 de 2005, archivo institucional

Las entidades territoriales reciben la responsabilidad de velar por la salud preventiva, como actividad de primer nivel de atención. Los hospitales y clínicas definen portafolios de servicios y se ubican dentro de alguno de los niveles reglamentados. El hospital de Sogamoso se ubica dentro del segundo nivel y recibe la designación de regional por ser el de referencia para todos los territorios de las provincias de Sugamuxi

y la Libertad, en el departamento de Boyacá, 21 municipios en total. El hospital hoy está categorizado como de mediana complejidad.

La labor del Estado de hacer acompañamiento a la familia rural para comprender sus formas de vivir y motivar la construcción de significados en torno al autocuidado y la prevención de la enfermedad, fue definitivamente abandonada, bajo la creencia de que especializando los prestadores, cada individuo recibiría mejor calidad según el nivel de su necesidad.

**6.1.2. La reestructuración de la planta de cargos: conformidad con arreglos institucionales.** La lógica dominante en el campo organizacional que enfatiza la contención de costos, deja escasos márgenes de maniobra al hospital, este debe asegurar una ecuación de equilibrio entre lo recibido por ventas de servicios y los gastos. Los arreglos institucionales se configuran como hechos sociales que se reproducen en la organización controlando el pensamiento y la acción de los líderes internos, en consecuencia se da por sentado que el camino efectivo para bajar costos y aproximarse a la rentabilidad es castigar la nómina de personal, de lo cual no se exceptuó el personal que desarrollaría la misión del hospital.

Previo a la reestructuración los trabajadores tenían la condición de empleados públicos o de trabajadores oficiales, algunos de ellos vinculados a la carrera administrativa, otros con fuero sindical. Se decide por una transición de una planta estructural a una planta global. El concepto de la planta global en los organismos públicos emerge como consecuencia del mismo proceso de desregulación. Mientras en la planta estructural los cargos están creados formalmente para cada una de las dependencias, en la planta global solo existe una relación detallada de empleos necesarios para cumplir las

actividades del hospital, sin identificar su ubicación en las unidades o dependencias (Función Pública, 2018), corresponde al gerente ubicar a las personas de acuerdo con sus perfiles y las necesidades del servicio.

La mayoría del personal que continuó vinculado pero ahora en la planta global, cumplía criterios como prepensionado, de carrera administrativa, fuero sindical y especialidad médica escasa en el territorio; en el curso de los años subsiguientes las vacantes que se han producido no han sido cubiertas, continuando de este modo la reducción del número de personas vinculadas de planta con el hospital

Es importante la precisión que la expresión *personal de planta* hace referencia a los cargos creados como nómina formal del hospital desde la reforma del 2005, para ser ocupados por personal que venía trabajando y que fue incorporado a la nueva planta.

La tabla 6.2 muestra planta de personal global establecida a partir del año 2005, esta planta ha ido estrechándose porque los cargos que se declaran en vacancia no se proveen. A la fecha solo 41 cargos de esa planta están proveídos.

Tabla 6.2

*Planta de personal global establecida en la reestructuración del año 2005*

<b>DESPACHO DE GERENTE</b>	
<b>No de empleos</b>	<b>Denominación del empleo</b>
1	Gerente
<b>PLANTA GLOBAL</b>	
<b>No de empleos</b>	<b>Denominación de empleo</b>
1	Profesional especializado científico adscrito a la gerencia
1	Profesional especializado administrativo adscrito a la gerencia
3	Profesional universitario
2	Médico General
6	Médico Especialista

Tabla 6.2 (continuación)

No de empleos	Denominación de empleo
1	Profesional especializado área de salud
6	Enfermero
1	Odontólogo especialista
2	Bacteriólogo
1	Terapista
1	Trabajador social
1	Técnico estadística
1	Almacenista general
1	Tesorero
2	Auxiliar
3	Auxiliar administrativo
1	Supervisor auxiliar
3	Secretario
1	Auxiliar droguería
55	Auxiliar de enfermería
1	Auxiliar de laboratorio
9	Promotor de salud
<b>TRABAJADORES OFICIALES</b>	
14	Operario servicios generales
1	Conductor
1	Auxiliar de mantenimiento
TOTAL: 120 cargos	

Fuente: Elaboración propia a partir del Acuerdo 002 de 2005

***La empresa de servicios temporales, evidencia del isomorfismo organizacional.***

Las organizaciones en el campo de la salud, siguiendo el dogma de la eficiencia operacional, echan mano de herramientas de gestión de personal, que migran de la empresa industrial, y se asume sin evidencia empírica que el cuidado de la salud puede ser una tarea más eficiente y de mejor calidad, contratando a otras empresas para que provean el personal, mecanismo con el cual evita compromisos laborales con el trabajador, mismos que traslada a la empresa contratista. El Ministerio del Trabajo ha reglamentado la empresa de servicios temporales con el decreto 4369 del 2006, definiéndola como: “aquella que contrata la prestación de servicios con terceros beneficiarios para colaborar

temporalmente en el desarrollo de sus actividades, mediante la labor desarrollada por personas naturales, contratadas directamente por la Empresa de Servicios Temporales, la cual tiene con respecto de estas el carácter de empleador” (artículo 2).

El hospital desarrolla sus actividades con un número de personas que varía permanentemente de acuerdo con las necesidades de servicio, el número total oscila alrededor de 600 servidores, de los cuales el 90% está vinculado a través de empresas de servicios temporales, solo 41 personas son de la planta propia (global) de la organización. La figura de orden de prestación de servicios es también preferida por el hospital para algunas tareas. Los criterios para que se vincule un trabajador por alguna de las formas citadas son ambiguos, existe preferencia por la orden de prestación de servicios para los cargos con responsabilidad administrativa como líderes de procesos o coordinadores de servicios.

En entrevista con uno de los directivos se conoce que el hospital contrata con las empresas de servicio temporal para que le administre la nómina, explica el entrevistado que el hospital de manera generalizada le pide al contratista que le disponga un personal con un perfil definido para determinadas labores y para un periodo de tiempo establecido, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, que recurrentemente no supera los 6 meses. Por fuera de la formalidad del contrato entre el hospital y la empresa temporal, las personas contratadas son definidas por el mismo hospital y corresponde generalmente a personal que ya viene laborando, los valores a pagar a cada trabajador son también un arreglo informal entre el hospital y la empresa temporal. El informante relata:

En eso ha aprendido el hospital y las normas de contratación las pone el hospital...adminístreme usted la nómina, pero yo le digo cuánto le pague,

obviamente no nos podemos salir de lo que dice la norma laboral, pero sí el hospital dice contrátame enfermeras y págueles 3 millones de salario básico punto...las condiciones las pone el hospital, hace algunos años sí decían vea empresa aquí le doy 100 millones para que me contrate 20 enfermeras, la empresa podía decir: listo yo le contrato 20 enfermeras con el salario mínimo y el resto es mi rentabilidad (G1.4).

En las entrevistas con personal contratado por esta modalidad, se pone de manifiesto una convergencia simbólica en torno a experimentar injusticia e incertidumbre, lo primero porque no han tenido derecho a unas vacaciones en el término de 5 y más años de trabajo, y porque perciben condiciones de trabajo en desventaja con el personal de planta, lo segundo porque sus contratos son de 3, 4 ó 6 meses, y llegada su terminación esperan ser nuevamente contratados por la misma temporal o por otra, tal vez con nuevas condiciones laborales porque es sabido que las temporales manejan distintas condiciones de contratación. Esta información fue confirmada con documentos de las convocatorias públicas para este fin.

Una enfermera vinculada por esta modalidad comenta: “nosotras somos un cuento aparte y hasta le voy a contar algo, que eso todo el mundo lo sabe, créame que hacemos más nosotras que lo que hacen ellas, tienen sus turnos y hacen menos horas que nosotras” (G2.3). Cuando habla de *ellas* se refiere a las enfermeras de planta.

Antes del mecanismo de contratación de personal a través de la empresa de servicio temporal, el hospital utilizó la intermediación de cooperativas de trabajo asociado, las que fueron creadas por el mismo personal que perdió su empleo, esta forma

se prohíbe a partir de la ley 1429 de 2010, configurándose la legalidad de la empresa temporal.

En la tabla 6.3 se señalan las empresas temporales con las cuales el hospital contrata actualmente el *suministro* de personal, según el área de trabajo y el perfil:

Tabla 6.3

*Empresas de servicio temporal que suministran el personal al hospital*

Perfil-Área de trabajo	Empresa de servicio temporal
Médicos de urgencias	Gestión de Empleo Temporal SAS
Médicos especialistas	Corporación de servicios médicos especializados CORESMED
Personal de apoyo en procesos y subprocesos área de rehabilitación	Consorcio Salud Sogamoso
Enfermeras (urgencias, hospitalización, consulta externa, sala de partos)	S&A Servicios y Asesorías SAS
Auxiliares de enfermería	Laboramos SAS
Personal administrativo	Gestión de Empleo Temporal SAS

Fuente: elaboración propia

Como lo señala la tabla 6.3 las empresas de servicio temporal, actúan con la figura jurídica de Sociedad por Acciones Simplificada (SAS), que les permite responsabilidad limitada sobre sus actuaciones y puede ser constituida por una sola persona, para esta forma jurídica es aplicable el derecho el comercial.

En relación con los cambios en las construcciones sociales entre los sujetos en el hospital, que es el interés de esta tesis, se precisa que esta forma de gestionar el personal ha incorporado nuevas expresiones en el lenguaje, la expresión *suministrar personal* para referir al compromiso contractual de la empresa de servicio temporal con el hospital, equipara la contratación del trabajo de la persona a la adquisición de materiales y equipos o cualquiera otro elemento, como puede verse en la resolución de adjudicación de

convocatoria pública del apéndice G. Se lee en el lenguaje cotidiano y en los documentos, que el requerimiento es de fuerza de trabajo sin mayor interés por el ser humano que la representa. En las observaciones no participantes y en las entrevistas se revela que se ha desarrollado en la mente y la acción de los sujetos, una diferenciación entre las personas de acuerdo con su forma de vinculación, es cotidiano escuchar: *él o ella es tercerizado, es de ops o es de planta*, condición que asigna un adjetivo a la persona y que denota lo que puede esperarse de ella en términos de compromiso con el hospital.

A pesar de que algunas autoridades internas del hospital, reconozcan que la estrategia de gestión humana es perversa, por la precariedad laboral que implica, se evidencia que mostrar conformidad con las lógicas del campo organizacional está por encima de cualquier consideración; actúa por una parte el ambiente regulatorio que presiona por indicadores de eficiencia, y por otra, la incertidumbre que lleva al hospital a imitar las formas de hacer de otros hospitales considerados reconocidos, en los cuales esta es una forma habitualizada de contratar el personal. Actuando con ausencia de análisis que demuestren los niveles de ahorro que tendría el hospital con este mecanismo, se adopta como el *correcto* porque está generalizado en el campo, aun contraviniendo preceptos legales (decreto 4369 de 2006: se autoriza esta forma de contratación cuando se trate de labores ocasionales, accidentales o transitorias). El hospital sigue patrones que han logrado un estatus de legítimo en un contexto social más amplio, esta es una evidencia empírica de institucionalización organizacional.

**6.1.3. El proceso de cambio en la estructura organizacional refleja esquemas de significación dominantes en el campo organizacional.** La estructura organizacional del hospital se mueve de un tipo de estructura tradicional que se combina entre

departamentalización por productos y departamentalización por funciones, de características rígidas por la existencia de perfiles de cargos, manuales de funciones y jerarquías, a formas postburocráticas más flexibles, privilegiando equipos de trabajo en torno a los servicios del hospital. Como se muestra en las figuras 6.2 y 6.3 se transita de un organigrama que detalla unidades de trabajo en las áreas de servicio asistencial y de gestión administrativa, sugiriendo líneas de subordinación, a uno que no define dependencias, señalando apenas las dos grandes áreas de gestión, por la adopción de las racionalidades de la gestión de la calidad que remite al mapa de procesos para identificar la clasificación de las tareas del hospital, circunstancia que de paso supone flexibilidad para la administración de crear y suprimir sobre la marcha las unidades de trabajo necesarias, de acuerdo con la oferta y la demanda de servicios.

La noción compartida socialmente sobre autoridad se ha ido transformando hacia una suerte de adhocracia (Mintzberg, 1999) no intencional, porque contradice la inflexibilidad de las estructuras burocráticas, aunque no se diseña deliberadamente con algún propósito, esto por efecto principalmente de los diferentes nominadores del personal que trabaja para el hospital, algunos son contratados por el hospital directamente bajo la figura de orden de prestación de servicios, un pequeño grupo es de carrera administrativa, y la mayoría son contratados por alguna de las cinco empresas de servicio temporal que proveen personal para el hospital; todas estas formas de vinculación están legitimadas dentro del campo organizacional.

*El outsourcing como mecanismo de gestión para contener costos.* La herramienta de la tercerización que ha dado señales de efectividad en la reducción de costos operativos en la industria en general, ha sido incorporada por el campo de la salud, generando la

creación de complejas redes de empresas que prestan distintos servicios a centros de atención hospitalarios. El Hospital Regional de Sogamoso siguiendo estos patrones ha reducido las actividades que controla directamente, para externalizarlas o dejarlas al control de proveedores especializados. El paradigma de la competitividad hace definiciones en torno a cuáles actividades de la cadena de valor no deben quedar por fuera del control de la empresa, y la literatura managerial recomienda no externalizar aquellas actividades que son clave para la estrategia, en el hospital no se reconoce criterio distinto a la contención de costos para decidir por la externalización de alguna actividad.

En la actualidad la tendencia en el hospital es avanzar en este tipo de contratación en la medida que resulte más eficiente a la ejecución y control directo. Las siguientes son algunas de las actividades tercerizadas: patología, rehabilitación, radiología, laboratorio clínico, instrumentación quirúrgica, farmacia, transporte asistencial, vigilancia y seguridad, aseo, cocina y lavandería.

Es importante trazar una línea divisoria entre el outsourcing o tercerización y la contratación del personal a través de Empresa de Servicio Temporal (EST), en el primero el hospital mediante arreglo contractual con una empresa independiente recibe la ejecución de una obra o servicio, como es el caso de los servicios citados en el párrafo anterior; el segundo se trata de un mecanismo en el que el hospital contrata con la EST para que le envíe personal competente para ciertas actividades, los trabajadores son contratados por la EST y las obligaciones laborales están a cargo de la misma.

***El organigrama y las racionalidades del campo organizacional.*** El organigrama es la representación gráfica de la estructura organizacional y en ella pueden leerse las variables que la definen: especialización, centralización, descentralización, distribución de roles. Las tres figuras siguientes muestran la evolución del organigrama como

representación oficial de la estructura organizacional del hospital. La figura 6.1 es el organigrama antes de los cambios regulatorios en el campo organizacional, La figura 6.2 representa la estructura permeada por los primeros cambios en el ambiente, y la figura 6.3 corresponde al organigrama actual.

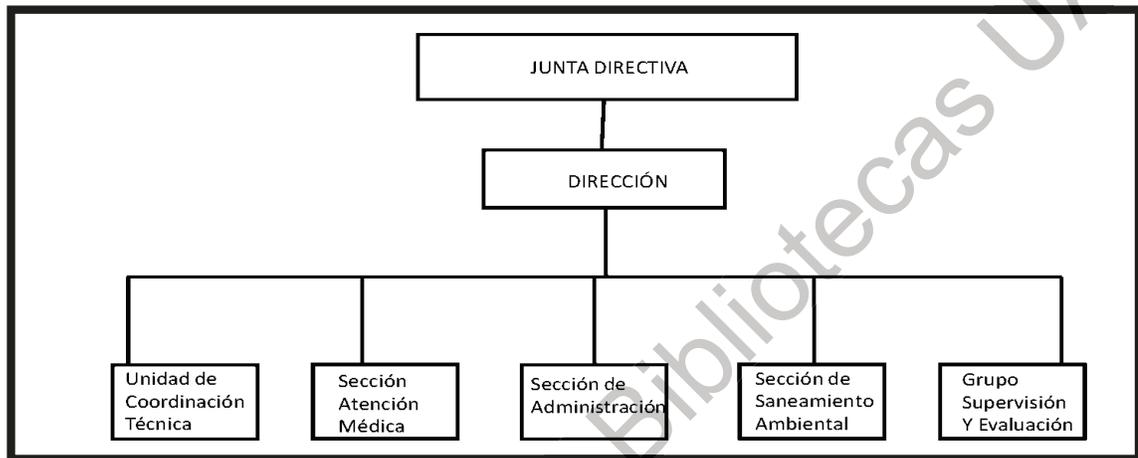


Figura 6.1 Organigrama 1979 a 1989. Fuente: archivo institucional

La figura 6.1 permite leer que en un ambiente de estabilidad eran claras las cinco tareas que se cumplían en el hospital, sin prever mecanismos de control ni asesorías jurídicas, como tampoco refleja mayor compromiso con la sistematización de los datos.

En la figura 6.2 se expresa el acatamiento a todas las prescripciones, con ocasión del nuevo papel del Estado centrado en la regulación, la vigilancia y el control, por ello se muestran expresamente unidades de trabajo como la revisoría fiscal, el control interno, la asesoría jurídica y la planeación y sistemas, este organigrama estuvo vigente durante el periodo 1990 - 2005, al término del cual ocurre la reestructuración del hospital que es vigente para la actualidad.

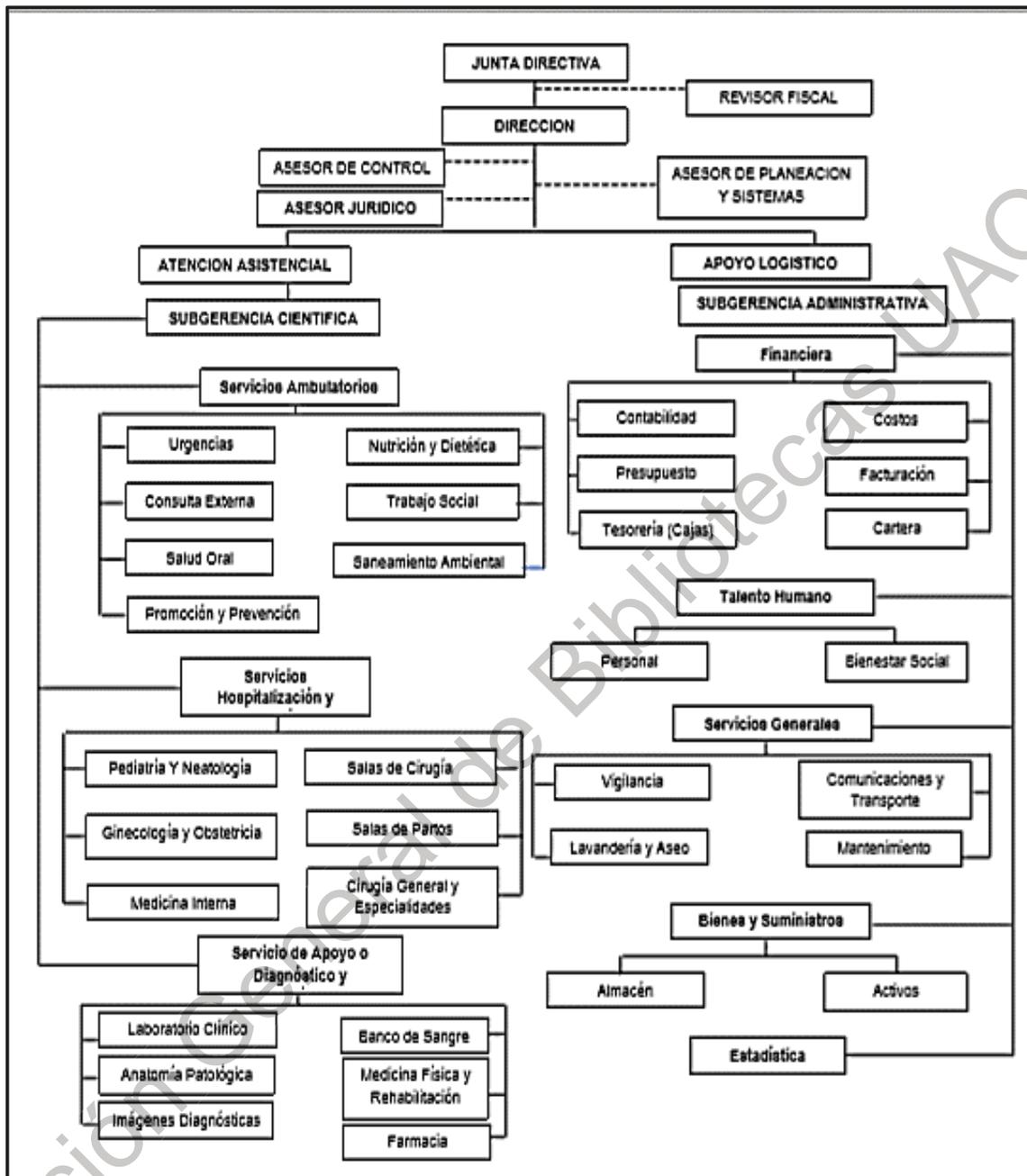


Figura 6.2 Organigrama 1990-2005. Fuente: archivo institucional

Para el tiempo de vigencia de la representación de la figura 6.2, el hospital ya había alineado su configuración de estructura a las exigencias del campo, en torno a la definición de los dos ejes de gestión: administrativo y asistencial.

La figura 6.3 denota que tal como ha sucedido en el campo organizacional, la adopción de sistemas de gestión de calidad tiene una de sus plantillas arquetípicas que es el mapa de procesos y en él se refleja una nueva configuración que interrelaciona procesos, dejando al organigrama como una representación que no muestra la realidad, en tanto este sugiere jerarquías y líneas de subordinación que ya no son significativas en la nueva forma de entender la organización propuesta por las tesis de la calidad.

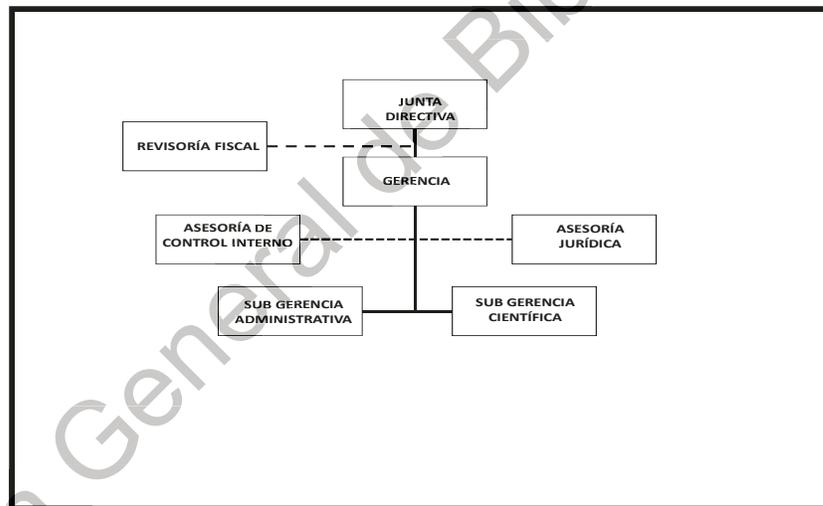


Figura 6.3 Organigrama actual del hospital. Fuente: archivo institucional

La evolución sugerida en las tres últimas figuras resalta un cambio convergente (Greenwood y Hinings; 2006), el cambio en la estructura organizacional ocurre dentro de parámetros institucionalizados en el ambiente, las racionalidades en el campo de la salud se ven reflejadas en las estructuras y sistemas internos del hospital. Con el arribo del pensamiento neoliberal que honra los poderes de la competitividad, se especializan las actividades de la organización en la atención a la enfermedad, desaparecen en el hospital

tareas de bienestar integral de la comunidad mientras se establecen tareas de control interno, asesoría jurídica, planeación y se especifican unidades de trabajo administrativo del orden de costos, facturación, cartera, entre otros, como denota la Figura 6.2.

En la figura 6.3 se refleja, de una parte que las unidades de trabajo ya no tienen dependencia funcional unas de otras como era lo tradicional, sino que la lógica de acción es interrelación de procesos, por lo cual tales unidades no se detallan en el organigrama sino en el mapa de procesos; de otra parte puede leerse que la incertidumbre y la ambigüedad provenientes del mercado y de la complejidad de las regulaciones, obligan a la flexibilidad para crear y suprimir unidades asistenciales o administrativas cuando se requiera, eso sí sugiriendo a las comunidades de interés que todo se hace debidamente, al explicitar la presencia de revisoría fiscal, control interno y asesoría jurídica.

Los supuestos teóricos de DiMaggio y Powell (1999), encuentran una evidencia en este caso, el hospital en la búsqueda de legitimación para asegurar su supervivencia, decide por el isomorfismo, enfrenta las estructuras de significación y dominación internas construidas por años, para lograr conformidad con un ambiente institucionalizado. La dependencia del ambiente está traducida particularmente en el control y vigilancia que hace el gobierno y en la demanda de los servicios que hacen las aseguradoras (EPS).

**6.1.4. Estructura formal como mito y ceremonia.** La estructura formal del hospital a partir de la Ley 100 de 1993 que se viene mencionando, ha mostrado un proceso de redefinición, en dirección a mantener conformidad con los supuestos de eficiencia y eficacia. En términos generales el proceso ha seguido las tendencias de transitar de estructuras rígidas y jerarquizadas, a estructuras emergentes de naturaleza flexible y de relaciones más horizontales.

Un aspecto que esta investigación pudo constatar se relaciona con el terreno ganado por el rol administrativo, en un juego de poder con el rol asistencial en el hospital, es un proceso que se puede definir como subtitulan su libro Scott, Ruef, Mendel y Caronna (2000) “de la dominación profesional a la atención administrada”. Las reglas de juego que se han venido imponiendo en las dos últimas décadas en el campo de la salud, han presionado a las organizaciones de prestación de los servicios a refinar sus procesos para asegurarse de la conformidad con las reglas institucionales, lo cual ha significado un debilitamiento de la hegemonía de quien fuera la autoridad tradicional en un hospital: el médico, reconocido clásicamente como el doctor. Cuando la tarea administrativa del hospital comienza a significar la responsabilidad sobre la supervivencia de la organización, por las dominantes racionalidades del mercado, la gerencia en el hospital gana status en el pensamiento y la acción social, mientras tanto el profesional de la salud experimenta intromisiones en el terreno de su dominio, expresadas en registros obligatorios, guías, manuales, además de las nuevas formas para contratarle los servicios. La gerencia por su parte transita de una tarea meramente administrativa a una tarea estratégica, en la medida que debe comprender el hospital sistémicamente y su entorno competitivo para definir el rumbo. Esto pudo hallarse en las entrevistas con personal que ocupó cargos directivos en la primera década del siglo XXI y se trianguló con documentos de la memoria histórica del hospital que dan cuenta de la existencia de los planes estratégicos sólo hasta el presente siglo. Evidencia de ello también es el organigrama que hasta 1989 agrupaba las tareas del hospital en cinco secciones del mismo nivel jerárquico, cuatro de ellas relacionadas con la labor asistencial y una encargada de la tarea administrativa, el organigrama actual agrupa todas las tareas en dos grandes áreas: la

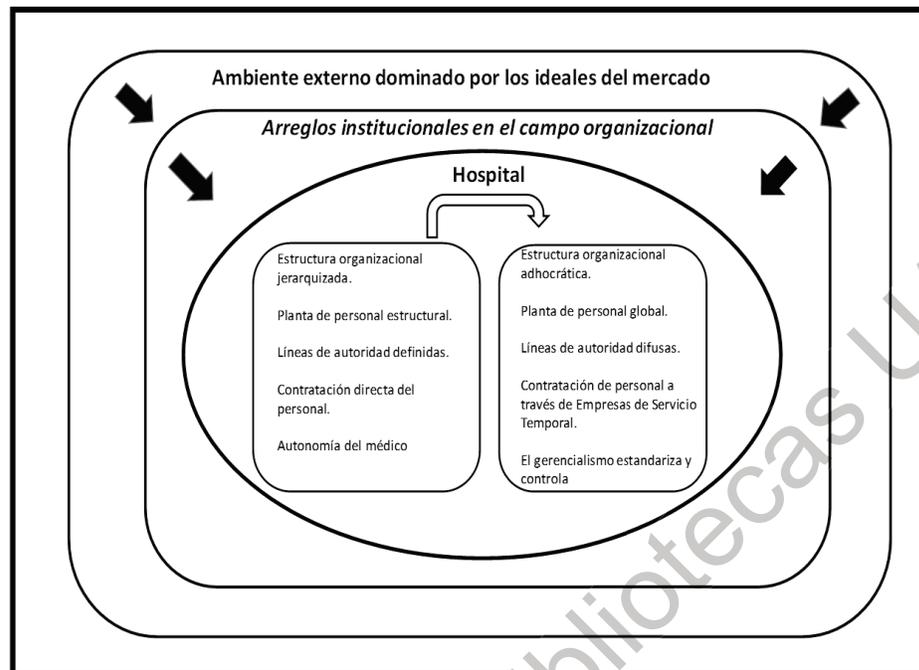
administrativa y la científica, denotando un engrosamiento de los procesos administrativos.

La realidad de la estructura formal del hospital es una evidencia empírica de la tesis de Meyer y Rowan (1999), dado que el éxito del hospital depende de su capacidad para mostrar conformidad con el ambiente institucionalizado del campo de la salud, para ganar legitimidad y recursos, antes que de la coordinación y control eficiente de las actividades. En el escenario de que la capacidad de innovación del hospital propusiera una estructura formal que se apartara de los procedimientos, tareas y jerarquías tipificadas desde las agencias del gobierno, las EPS y las modas del management, le sería muy difícil lograr la habilitación de los servicios, las contrataciones con las EPS, los proyectos de mejoramiento con el gobierno, y por supuesto, la legitimidad ante todas las comunidades de interés.

La pregunta que surge es si como lo señalan Meyer y Rowan (1999), la estructura formal del hospital se ha convertido en mito y ceremonia, la evidencia advierte que en la medida que el ambiente institucional del campo de la salud ha ido madurando sus patrones, o como lo exponen Berger y Luckman (1995) se han sedimentado las experiencias quedando estereotipadas, el hospital ha mitificado más prácticas, en particular del área administrativa como la planeación estratégica, la gestión por procesos, la gestión de la calidad, la estandarización, el outsourcing, etc, entendiéndose que en la medida que se atiendan estas acciones, se envía un mensaje de organización ajustada al obrar correcto, a pesar de no existir evidencia del verdadero impacto en la eficiencia y efectividad organizacional. La cotidianidad observada y relatos en las entrevistas, dan cuenta que a pesar del esfuerzo de algunos por estrechar la distancia entre lo que se hace

en la práctica y lo prescrito en la estructura formal, se cumple lo teorizado: la acción social no se ciñe estrictamente a lo prescrito. El hospital emplea planes, métricas y controles ritualizados para alcanzar los reconocimientos que le permiten su viabilidad en el mercado; esto ocurre por factores distintos como la promulgación constante de normas, personal con diferentes formas de vinculación al hospital, términos cambiantes en la interacción con EPS y proveedores, presiones de líderes políticos, etc.; los supuestos de los sistemas flojamente acoplados de Weick (2009) y del bote de basura de Cohen, March y Olsen (2011), cobran sentido en esta realidad, por la complejidad y el desorden que rodean los procesos de decisión.

La figura 6.4 resume los elementos en los que se concreta el cambio en la estructura organizacional del hospital, como resultado de las presiones isomórficas coercitivas y miméticas del campo de la salud.



*Figura 6.4. Cambios en la estructura organizacional como resultado de presiones del ambiente externo y del campo institucionalizado. Fuente: elaboración propia.*

La figura denota que el proceso de desregulación del Estado trajo consigo la institucionalización de los dogmas del mercado como mecanismo de resolución de los problemas estructurales de la sociedad, provocando la instalación de mitos racionales en el campo de salud en torno a la eficiencia y productividad como vía para alcanzar cobertura y calidad de los servicios. Consecuentemente a nivel de la organización hospital se desarrolla un proceso de instalación de los mitos del campo, reflejados en la contención de costos y la estandarización. En ausencia de evidencia empírica sobre los beneficios, se implementan configuraciones a fin de legitimar la organización.

## 7. Cambios en las prácticas de gestión de los servicios hospitalarios

El hospital regional de Sogamoso se encuentra anidado dentro de un campo organizacional que fue transformado por un contexto más amplio en el que las lógicas del Estado protector se reemplazaron por las del Estado facilitador. El hospital encara a partir de la década de los años 90 la necesidad de ser eficiente para subsistir en el libre mercado y la necesidad de mostrar conformidad con un campo marcado por nuevas regulaciones. Una organización como esta, con una tradición de más de un siglo, ha construido arreglos institucionales a la manera de hechos sociales, con su comunidad interna y con su comunidad atendida tradicionalmente, por lo cual las nuevas presiones del ambiente despiertan resistencias y tensiones entre los diferentes actores. La divergencia en los esquemas de significación en relación con las nuevas formas de trabajo que se imponen, son una consecuencia.

Lo observado por Meyer y Rowan (1999) tiene una evidencia empírica en esta organización, por un lado responde a las presiones institucionales mostrándose isomorfo con las organizaciones del campo, con una estructura estandarizada y legitimada, y por el otro, responde a una cotidianidad que en momentos se muestra caótica por las múltiples racionalidades que se encuentran en el escenario de la acción, la heterogeneidad de significados y de identidades que se ponen en juego es inevitable. En la práctica ocurren desacoplamientos, para lo cual el equipo de administración del hospital y los auditores de los organismos de control y de las EPS desarrollan mitos de supervisión ceremonial. Un líder de proceso administrativo relata: “la gente se siente agotada, los cambios por lo general generan apatía, cierta resistencia, uno intenta que salga lo mejor posible, algo falla y entonces eso desmotiva al equipo” (G2.4).

### **7.1. Lógicas de estandarización marcan los cambios en las prácticas de gestión de los servicios**

El curso de institucionalización del hospital le conduce a la adopción de prácticas que siguen manuales, guías, registros diseñados en el campo organizacional, en particular por los organismos de control y vigilancia; la alineación con los estándares asegura la legitimidad que se premia con la habilitación de los servicios y la acreditación de la organización. Como puede leerse en la visión, la acreditación es el reto la apuesta

Como quiera que la naturaleza de las guías de práctica clínica es reducir la incertidumbre que supone la discrecionalidad de las decisiones individuales y los diferentes estilos de práctica médica, el campo ha venido desarrollando las guías de práctica clínica basadas en evidencia, definidas como declaraciones a la manera de recomendaciones para optimizar el cuidado de pacientes informados, diseñadas a partir de revisiones sistemáticas de la evidencia y la valoración de los riesgos y beneficios de alternativas de cuidado (Gómez, 2013). El propósito de las guías de práctica clínica además de disminuir la heterogeneidad en la atención médica, es hacer más eficiente el manejo de los recursos. Por su parte los protocolos están referidos a un método o paso a paso para organizar el trabajo del personal de atención clínica, ante un evento específico de salud. Guías y protocolos comparten un objetivo final: la estandarización de la práctica clínica.

El campo organizacional de la salud como se ha reconocido en esta tesis es altamente estructurado o tiene un acoplamiento apretado al decir de Greenwood y Hinings (1996), existen mecanismos de monitoreo, difusión y refuerzo permanentes, para asegurar

la alineación de sus integrantes, las presiones no abren espacios para interpretaciones idiosincrásicas y el alejamiento de estos arreglos se traduce en pérdida de legitimidad.

El campo de la salud en el ámbito internacional promueve las guías de práctica médica a partir de la década de los 80 y Colombia empieza a desarrollarlas a partir de la década de los años 90, justamente como preocupación por estandarizar y eficientar la aplicación del plan obligatorio de salud (POS) que corresponde al paquete de servicios de atención en salud, al que tiene derecho un usuario del sistema.

Lo expuesto en este apartado supone que el ejercicio de las labores en el hospital está fuertemente presionado por estos arreglos del campo, a la manera de guías, protocolos, manuales y registros, y que su supervivencia depende en gran parte de la conformidad mostrada con tales arreglos (Dimaggio y Powell, 1999; Greenwood y Hinings, 1996). Los actores en el hospital son conscientes de esta realidad, al tiempo que reconocen en las guías, manuales y protocolos, propuestas juiciosas de comunidades científicas a partir de evidencias, sin embargo, los desajustes en términos de recursos, liderazgos y subculturas persistentes en el hospital, complican la acción disciplinada hacia la aplicación de estos lineamientos en la práctica, y promueven representaciones asociadas a ceremonia antes que efectividad en la calidad de la atención. Un médico especialista refiriéndose al asunto comenta: "...las guías y manuales no restringen, dan respaldo científico, para auditorías, para defensas, para estadísticas" (G1.1). Otro médico especialista al respecto dice: "las guías y protocolos siempre han existido, lo que pasa es que ahora el Ministerio les ha metido la mano para decir si usted no los cumple no lo habilito" (G.1.2). El grupo de médicos especialistas entrevistados y los escuchados en la observación no participante llevada a cabo en reunión de calidad, convergen en la

significación que estas prescripciones son un recurso para: a) mostrar que se hace lo correcto ante las autoridades de control, b) probar responsabilidades en caso de demandas jurídicas interpuestas por afectados y c) un dato para las estadísticas.

Resulta paradójico que mientras los médicos comparten las representaciones simbólicas descritas, la administración del hospital promueve la aplicación de las prescripciones y el campo organizacional monitorea su cumplimiento, bajo la creencia de que con ello se obtiene seguridad del paciente, eficiencia y eficacia en la atención, situación que adolece en muchos casos de estudios rigurosos de comprobación. Se puede afirmar entonces que los impulsores latentes del cambio organizacional en las prácticas de gestión en el hospital, provienen sin duda, de las fuentes previstas por la teoría institucional: legitimidad e isomorfismo (Dimaggio y Powell, 1999; Zucker, 1987).

## **7.2. Lógicas institucionales en competencia**

Los arreglos institucionales en el campo han desarrollado como su principal aliado en el hospital a los responsables de procesos administrativos, particularmente al grupo de calidad en cabeza del gerente y los subgerentes administrativo y científico, son ellos los encargados de dar cuenta que el hospital está comprometido con guías, manuales, protocolos, registros, programas, etc. De manera rutinaria la Secretaría de Salud del Departamento y otros organismos de vigilancia y control hacen visitas al hospital para constatar estos compromisos.

Los funcionarios de calidad en quienes la gerencia ha delegado la tarea de promover el cumplimiento de estos estándares de calidad, llevan a cabo una ardua labor de información, capacitación, y acompañamiento al personal asistencial para lograr lo que ellos han denominado *adherencia*, expresión también tomada del campo organizacional.

Mensualmente, los terceros jueves de cada mes, se destina el día para el desarrollo de la reunión de calidad a la que son convocados todos los coordinadores de servicios para socializar nuevas instrucciones provenientes del campo, hacer retroalimentación de cumplimientos, compartir actuaciones tomadas como referencia de otras IPS consideradas exitosas y escuchar las barreras halladas en el proceso de adopción de lo prescrito.

En una observación no participante que se le permitió al investigador en el curso de una reunión denominada comité de calidad, se puso en evidencia que los funcionarios de calidad respaldados por los directivos del hospital, cargan el peso de erigir una especie de nueva cultura organizacional con enfoque en el aseguramiento de la calidad. La reunión transcurre entre informes de cada coordinador de servicio, recomendaciones y llamados de atención del grupo de calidad. Los informes que se presentan allí por los líderes de servicios contienen descripciones y estadísticas de la labor del mes, y de manera importante, los problemas presentados en relación con la aplicación de los estándares. Cada presentación de informe está seguido del debate por parte de los asistentes (médicos, enfermeras, administrativos), a fin de consensuar modos de actuar.

Luego de escuchar dificultades en la estandarización de algunas prácticas, uno de los directivos presente, dice a los asistentes:

La actitud y el compromiso de las personas marca la pauta para la acreditación, empecemos a cambiar... el hospital tiene muchas actividades académicas como las de humanización, el 80% de la gente que asiste es de fuera del hospital, no desaprovechemos, propongo que se comience a premiar, y el que se identifique dando malos tratos al usuario o dificultando el trabajo en equipo, le empecemos hacer llamados de atención. (registros observación no participante).

Ante la propuesta, uno de los médicos asistentes pregunta “¿el hospital paga por este tiempo para uno irse a capacitar?”, la coordinadora de calidad le dio respuesta informándole que en el contrato con la empresa de servicios temporales (EST) existe la cláusula que el personal se compromete con la asistencia a las capacitaciones.

Otro médico asistente añade: “desafortunadamente nosotros no estamos todos disponibles para asistir a las capacitaciones que se programan, de mi servicio vienen cuatro o cinco personas y los que menos vienen son justamente los que actúan inadecuadamente” (registros observación no participante).

En relación con la humanización del servicio se comenta en el mismo comité que la insatisfacción más expresada en la atención de urgencias, no es la demora que sí es evidente, sino la calidad y calidez de la atención; justamente el slogan del hospital es “prestamos servicios con calidad y calidez pensando en su salud”, pero el buzón de quejas señala este factor como el mayor incumplimiento.

Una coordinadora de servicios, responsable de la interventoría de los contratos con empresas de servicio temporal (EST), señaló que las personas que incumplan con la adherencia a protocolos y guías o con las actitudes esperadas para la humanización, sean reportadas por sus líderes para notificar a la empresa correspondiente y promover las sanciones. Para la humanización el hospital ha diseñado un manual, siguiendo los lineamientos emanados del campo organizacional.

Ante las reiteradas intervenciones de los responsables de calidad acerca de mecanismos para asegurar el cumplimiento de estándares de práctica, un médico cirujano expone:

Buenísimo todo lo que hacen pero por lo menos pónganos un succionador que sirva, no sé cuántos años tengan que pasar para que se atienda eso, es increíble que uno tenga que trabajar en esas circunstancias, arreglen lo de base...los electrobisturí no funcionan. (registros observación no participante).

La jornada estuvo marcada particularmente por las reiteradas invitaciones del grupo de calidad para que se haga adherencia a los paquetes de instructivos, pero también por las manifestaciones del personal asistencial en relación con las dificultades experimentadas en la práctica.

Las entrevistas con los médicos y enfermeras mostraron convergencia en la apreciación de que se trata de trámites y papeles que complejizan la labor, no califican de inútil estos instructivos, pero sí reconocen que hay sobrecarga de trabajo y que no hay las condiciones logísticas y técnicas para poder cumplir. Un médico especialista entrevistado refiriéndose a las visitas de organismos de control comenta: “llegan los auditores, hay que poner bonito para la foto, hay que demostrar que se controla, para eso se necesita más gente y suministros, pero no se tiene la plata porque las EPS no nos pagan” (G1.1). Un médico general del servicio de urgencias sobre el particular comenta: “el papel aguanta todo, nosotros en el afán del quehacer médico, con tanta demanda, no podemos especificar por qué pedimos las cosas y contextualizar a detalle los pacientes en la historia clínica” (G1.6).

Una enfermera jefe con más de 30 años de servicio, en la entrevista reconoce que antes no habían tantos protocolos para el uso de guantes, tapabocas, sondas, manejo de medicamentos, etc, hoy hay más seguridad para el paciente y para el personal asistencial, añade que al principio se molestaron mucho porque eran capacitaciones de ocho horas

cada mes, pero se muestra de acuerdo con esas nuevas formas de hacer el trabajo; manifiesta preocupación porque el personal de enfermería nuevo que llega a través de las empresas de servicio temporal (EST), no está siendo seleccionado cuidadosamente y no muestra compromiso alguno con el cuidado de las cosas ni disciplina con la aplicación de protocolos y guías.

La tensión entre las lógicas del personal que hace las tareas misionales y las lógicas administrativas es manifiesta, unos custodiando la autodeterminación y los otros a la defensa de la eficiencia y la estandarización.

### **7.3. Isomorfismo coercitivo y mimético en el cambio de las prácticas de gestión de los servicios.**

El análisis del material de campo permite afirmar que la proposición planteada en la dimensión dos de esta tesis, encuentra evidencia, los cambios en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, han sucedido bajo el mecanismo del isomorfismo coercitivo, pues se comprueba que el hospital se propone implementar los métodos alrededor de los cuales existe la racionalidad de que son los apropiados y eficientes, porque provienen de su ambiente institucionalizado en el que órganos de vigilancia y control monitorean su uso. La evidencia empírica de esta tesis hace necesario ampliar la proposición en el sentido de que el isomorfismo mimético es también el responsable de los cambios en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, las entrevistas y observaciones no participantes aportan testimonio de que en las agendas de los líderes de procesos es clave las visitas a hospitales y clínicas acreditados o considerados exitosos para tomar como ejemplo y redefinir formas de gestionar varios asuntos dentro del servicio. .

Las actuaciones del hospital concordantes con las presiones isomórficas coercitivas y miméticas, son la razón para que el hospital gane la legitimidad necesaria para continuar compitiendo (Dimaggio y Powell, 1999; Zucker, 1987; Greenwood y Hinings, 1996). Complementariamente los hallazgos permiten derivar una nueva proposición para reconocer que las lógicas dominantes en el campo organizacional, no se instalan automáticamente en todos los grupos de agentes en el hospital, sino que van dando espacio a racionalidades heterogéneas, según el rol que los sujetos cumplen, las formas de vinculación con el hospital y las estructuras de significación preexistentes que comparten.

Los encargados de la administración del hospital son los responsables de la supervivencia del mismo, por lo tanto deben dar cuenta de que el hospital acata las pautas racionalizadas en el campo, para lograrlo desencadenan actividades de sensibilización con todos los actores involucrados, diseñan lemas y estructuras de premio castigo, capacitan y hacen refuerzo permanente para evitar desvíos de las plantillas, para esa tarea exhiben sus recursos discursivos, técnicos y políticos que le son posibles. Entre tanto el personal que desarrolla la acción objeto de estandarización, el asistencial, ve socavadas las racionalidades que usa para desarrollar su trabajo y lo que es más importante, encuentra barreras que le ayudan a justificar la no adherencia al estándar, relacionadas con falta de recursos (tiempo, materiales, logísticos, etc.) y condiciones de trabajo.

El fenómeno visto con la lente de la teoría institucional no se lee como resistencia al cambio, como sí lo etiquetan los administradores y encargados del aseguramiento de la calidad en el hospital, se trata de la presencia de racionalidades en conflicto. El nuevo gerencialismo en ascenso (Scott et al., 2000) se impone sobre las tradiciones profesionales provocando una incertidumbre duradera, que se instrumenta con una heterogeneidad de

convergencias simbólicas como: tenemos elevadas cargas de trabajo y un pago que no se compadece, nuestros contratos con la empresa temporal son por 3 ó 4 meses, llevamos 5 o más años de trabajo sin unas vacaciones porque somos de empresas temporales, en el sistema de salud hay intermediarios que se quedan con los recursos, el gobierno no sanciona a las EPS que no pagan a los hospitales, no están dadas todas las condiciones logísticas y técnicas para trabajar adecuadamente, el personal de las empresas temporales no tiene pertenencia, el personal de planta trabaja menos y tiene mejores condiciones laborales. Estas racionalidades están presentes en grupos distintos de actores encargados de la labor asistencial en el hospital, que son expresadas con lenguaje de incertidumbre e impotencia y que juegan papel fundamental a la hora de concurrir al cumplimiento de prescripciones mitificadas en el campo organizacional.

Para mantener la legitimidad tiene lugar la tesis de Meyer y Rowan (1999), es preciso llevar cabo el mito ceremonial, el hospital muestra la mejor evidencia de su cumplimiento y el organismo de control despliega sus consideraciones y flexibilidades, ambas partes conscientes de la presencia de factores incontrolables que pueden explicar la diferencia entre la formalidad y la práctica.

Una importante concurrencia entre todo el personal del hospital, hallada en el análisis de datos, es la apreciación de que todas estas presiones para establecer estándares de atención, han procurado sin duda una mejora en la seguridad del paciente y recientemente una reflexión en torno al trato que se le brinda. Si bien sobrevienen en la marcha desacoplamiento organizativos y se manifiestan las divergencias simbólicas entre los sujetos, la presión permanente ha ido generando coaliciones y liderazgos que aunque transitorios, apoyan los cambios en las prácticas de gestión del servicio.

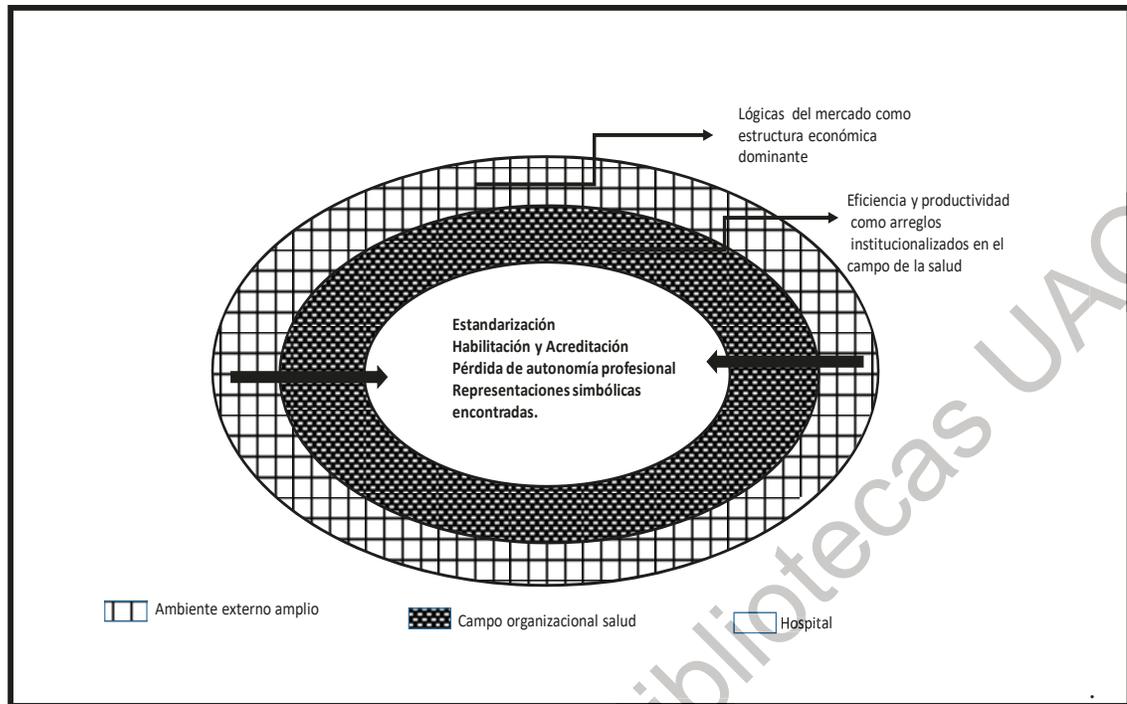


Figura 7.1. Presiones isomórficas que definen los cambios en las prácticas de gestión.

Fuente: elaboración propia.

## **8. Cambios en las estructuras de significación y en las relaciones y expectativas de los agentes**

La tercera proposición relaciona las variables cambios en los significados compartidos y cambios en las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital, en el supuesto de que los cambios ocurridos en los esquemas de significación de las personas tienen como consecuencia cambios en las formas de relacionarse las personas y en sus expectativas.

### **8.1. Cambios en las estructuras de significación**

En este apartado se usa el término *institución* para denotar que se trata de un rol arraigado en el pensamiento colectivo, con adjetivaciones tradicionales que se dan por sentadas.

**8.1.1. La institución hospital.** El término hospital proviene de latin hospitium que refiere al lugar donde se albergan pobres y peregrinos. Turnes (2009) da cuenta de la existencia del hospital con esta connotación durante la edad media en ciudades europeas. Los hospitales en Boyacá Colombia, como en la generalidad de las urbes latinoamericanas, eran refugios de los desposeídos enfermos; los historiadores Martínez, Alvarado y Carvajal ((2002), exponen refiriéndose a los hospitales en esta región para el siglo XIX: “este recinto ayudaba a todo pobre e impuro por sus dolencias, a alcanzar el perdón divino y el buen morir” (p. 153). Esto explica las categorías de hospitales existentes para finales del mismo siglo, hospital para virulentos, leprosos, locos y de caridad. Según el diccionario de Ciencias Médicas Dorland, el hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos en especial aquellos carentes de recursos.

Estos antecedentes tienen sentido para hallar explicación acerca de los esquemas de significación en torno a la noción -hospital- que el campo institucional de la salud había reproducido de generación en generación, hasta la incorporación de los principios del mercado; para este particular es preciso considerar dos grupos de informantes en el hospital: trabajadores con 25 o más años de servicio y pensionados a partir de la reestructuración, por una parte, y por otra, trabajadores con 10 años o menos de servicio. Los primeros convergen en recordar que el hospital era *una familia*, dedicada a servir a las personas en el diagnóstico y curación de la enfermedad, particularmente a los que carecían de recursos económicos, mientras que hoy es un establecimiento a donde acuden personas contratadas por diferentes empresas, cada una a cumplir una tarea pactada, que en suma pretenden restablecer las condiciones de salud de quienes demandan el servicio del hospital.

Este grupo de entrevistados (trabajadores con 25 o más años de servicio y pensionados) en su condición de médicos, enfermeras y administrativos, expresan en su lenguaje gestual la nostalgia y la creencia de que el pasado fue mejor, se evidencia que el proceso de desinstitucionalización de arreglos arquetípicos que se traían y la institucionalización de nuevas formas de funcionar en el hospital, no se ha logrado en el pensamiento y la acción de este grupo de actores. Una enfermera profesional relata “este hospital pertenecía a todos los que trabajábamos aquí...cuidábamos las cosas porque teníamos muchas necesidades de recursos, pero teníamos un sentido de pertenencia muy grande...El hospital era para ayudar a cuidar de nuestra gente, la que más lo necesitaba” (G2.2).

Una pensionada retirada en la reestructuración del año 2005, comenta “para mí haber trabajado en esa noble institución fue lo más bello que me pudo pasar, uno se untaba de pobreza, de gamines, de rateros, de todo, pero eso era algo muy lindo, poder ayudar a salvar vidas...” (G4.2).

Revisados archivos del hospital se constata que las personas que acudían a los servicios eran carnetizados con las categorías A, B, C y D, de acuerdo con las posibilidades económicas que tenían, siendo A el que no poseía condición alguna para pagar por el servicio y D el que tenía las mejores posibilidades, por supuesto las cuatro categorías relacionadas con precaridad económica, porque los que gozaban de buenas condiciones acudían al servicio de las clínicas privadas o al servicio de su asegurador (Seguro Social o Cajas de Previsión); se hallan evidencias documentales de estudios socioeconómicos a pacientes para determinar la categoría del carné según su condición económica.

Alrededor de la misma noción -hospital-, un segundo grupo converge de manera diferente, se trata de los vinculados hace 10 años o menos, para ellos hay una representación que se armoniza con los principios de la economía de mercado, concurren alrededor de la idea de que el hospital es una empresa que vende servicios de salud y ellos están ahí porque tienen unas competencias en el saber y el hacer que les permite ser contratados por el hospital o por las empresas de servicio temporal (EST). Un médico de este grupo comenta “yo trabajo por los pacientes, fui contratado por una empresa temporal...soy todavía de las personas con un pensamiento un poco altruista y nuestra función como médicos siempre es velar por la salud y la vida... uno trabaja y paga el bienestar y la satisfacción personal” (G1.6).

El lenguaje que se activa en los entrevistados de uno y otro grupo marca una diferencia en la representación, los primeros aunque reconocen algunas bondades del sistema de salud vigente, no ocultan el sentir que la sociedad perdió una entidad cuya razón de ser era servir a los más necesitados. Los segundos parecen cómodos con la idea del hospital como organismo que compete en la economía del libre mercado.

Es evidente que todo el personal consultado a través de las diferentes técnicas converge en sentirse honrado por trabajar para el hospital, sentimiento que se deriva de valorar como muy importante el servicio que se presta a una masa poblacional, en su mayoría de escasos recursos. Por esta razón no ocultan la denuncia y el enojo que guardan porque las EPS no pagan debidamente los servicios. Un médico en entrevista comenta: “los auditores médicos de la EPS están viendo en qué fallan los médicos del hospital para no pagar”; otro médico relata “las EPS glosan las cuentas al hospital, luego llaman a conciliar para pagar cualquier valor; a los auditores médicos les pagan por cuenta glosada...La EPS puede esperar a quebrarse y nunca pagar, ya ha pasado”.

**8.1.2. La institución médico.** El sistema de seguridad social en salud derivado de la Ley 100 de 1993, transformó el esquema interpretativo de los usuarios, se institucionalizó en la sociedad colombiana la regla de que el usuario tiene derecho exigible e irrenunciable al cuidado de su salud, para lo cual el principio de solidaridad (todos los que tienen ingresos aportan al sistema) previsto en la ley, ha posibilitado la cobertura del 98% de la población.

Los ejercicios de divulgación y promoción de las empresas aseguradoras (EPS), con el propósito de ganar afiliaciones, y el mejor acceso de la población a la información, apoyó la construcción social de usuario empoderado, manteniendo en bajo tono las

obligaciones del mismo. Al consolidarse este esquema de interpretación, se refleja dentro del hospital un cambio de la relación médico-paciente. Las entrevistas con los médicos reflejan que la soberanía y la discrecionalidad profesional ha ido transformándose por varias razones: a) el empoderamiento creciente del usuario, que expresa su inconformismo y propone las formas terapéuticas que cree necesitar, b) el involucramiento del médico como agente responsable en procesos de facturación y auditorías médicas de cuentas y c) presiones restrictivas externas a la manera de actuaciones normalizadas.

Los mismos agentes informantes reconocen que el proceso de maduración del sistema en el país, ha ido institucionalizando en la sociedad y en el campo organizacional un nuevo significado acerca de la *profesión del médico*, que transita de una profesión con status social a una profesión como cualquiera otra, para posibilitar un empleo, o para la creación de un negocio en el mercado de los servicios de salud. En entrevista con uno de los médicos se afirmó sobre la profesión:

El médico era una persona de mucha relevancia en la sociedad, había más libertad para ejercer la profesión, más libertad de hacer cosas, de desarrollar libremente una profesión liberal como es la medicina, y ahorita nuevamente metidos en el concepto mercantilista, pues eso nos ha afectado muchísimo porque entonces ya somos un obrero más, un obrero de la empresa. (G1.4).

En complementación, para la construcción de este nuevo significado, se pone en evidencia que la institucionalización de las reglas de eficiencia en el campo de la salud, han venido tocando también la formación de los médicos en las facultades; en las entrevistas con los médicos mayores de 50 años de edad, que prestan servicios en el hospital, manifiestan que hay una gran distancia entre las competencias de los médicos

egresados en las décadas de los 80 y 90 y los egresados en años recientes, los últimos no tienen las capacidades para ganarse la confianza del paciente e interpretar la enfermedad; uno de los entrevistados señala:

Creo que ya casi por norma los estudiantes tienen que aprender en laboratorios de simulación... Aquí recibimos médicos de último año, médicos internos que vienen a hacer su práctica antes de graduarse, hay muchachos que llegan que nunca han atendido un parto... Hay muchachos que llegan que nunca han hecho una sutura en la vida real y aquí les toca enfrentarse, yo me atrevería a pensar que algunos sin haber visto un paciente de carne y hueso, entonces en eso ha cambiado porque entonces los hospitales no quieren someterse al riesgo de las demandas. (G1.4)

Se ha venido consolidando entonces, alrededor de la noción *médico general*, el significado de baja capacidad de acierto en el diagnóstico y el procedimiento terapéutico, lo cual sale al encuentro con el mito racional del campo de la salud, reflejado en guías de atención, en las que el médico general tiene restricciones para decidir sobre tratamientos y debe limitarse a ordenar pruebas diagnósticas del plan básico y a hacer remisiones del paciente a las especialidades.

Un médico general de reciente vinculación expone refiriéndose a los pacientes “...muchas veces te ven y... ¡ay no!, usted es el médico general?, usted no sabe; los pacientes se toman esas atribuciones exigiendo valoraciones por especialidad médica” (G1.6).

Un médico especialista con más de 30 años de servicio relata:

“...Ya el médico como ese símbolo, como ese respeto no, ahora ya ser médico es ser un empleado más, el usuario ya viene a exigir, no viene a solicitar, se pierde el respeto total, ya el usuario puede agredir, tanto que nos tocó hacer campañas para la no agresión porque ya golpeaban a los médicos de urgencias...la EPS manda al usuario a pelear y le echa toda la culpa al médico.(G1.1).

Los médicos entrevistados, en cualquiera de sus edades y tiempo de servicio con el hospital, reflejan en su lenguaje y en su acción que el significado de esa profesión tiene marcadamente un antes y un después de la reforma. El antes asociado a un profesional con status, respetado por su paciente en una relación idealizada de subordinación del paciente ante el médico, alto respeto de su autonomía y de los tiempos y formas que decidía servir al hospital; el después vinculado a una autonomía erosionada y grandes restricciones en las formas de prestar los servicios. Los factores más importantes que han intervenido tienen que ver con las regulaciones que encierra el nuevo sistema de salud: a) paciente con derecho constitucional al cuidado de su salud, b) El Plan Obligatorio de Salud (POS) que define servicios y medicamentos cubiertos por el sistema, c) los condicionamientos a la práctica médica impuestos por las EPS e IPS en desarrollo de sus objetivos de eficiencia y productividad, d) la proliferación de estándares de práctica médica, e) la necesidad de sistematizar los cobros del servicio. Concomitante con estos factores existen factores relacionados con dinámicas del mercado laboral, se viene superando la escasez de médicos en el país que obedecía a las pocas escuelas de medicina, que estaban concentradas en las grandes ciudades, y a las pocas familias con privilegios para educar en esta profesión a uno de sus miembros. Estas últimas condiciones se han superado significativamente, las ciudades intermedias ya tienen una o varias escuelas, y la emergencia de la clase media

junto con el impacto de reformas en la educación superior, ha posibilitado una mayor oferta de profesionales en este campo. Un médico con más de 20 años de servicio comenta: “...obviamente el Estado qué le dijo a las facultades de medicina?, empecemos a sacar más peladitos, necesitamos aquí gente para qué?, para abaratar costos, entre más gente haya más barato es el precio” (G1.2)

Los cambios regulatorios y las transformaciones del mercado laboral para el médico, han concurrido para que los arreglos organizacionales en el hospital abran paso a la resignificación del actor médico frente a los demás actores. Los médicos especialistas y los médicos generales, en su totalidad, convergen en lamentar la pérdida de la dignidad médica. Un médico especialista refiriéndose al margen de discrecionalidad que tiene para su desempeño comenta “...ya no depende del criterio médico, sino también depende de la lista, de un intermediario que le diga si puede o no operar al paciente, si puede o no formular  $x$  o  $y$  medicamento...” (G1.1).

La convergencia simbólica entre los médicos en torno a su propia figura como profesional, los conduce a comportamientos ceñidos a prescripciones, en menoscabo de interacciones espontáneas, al tiempo que su disposición para el hospital se limita inflexiblemente a programaciones de turnos.

La observación no participante y expresiones recibidas en las entrevistas permiten advertir que dentro del grupo de médicos ocurren distintas convergencias simbólicas, los médicos generales experimentan sensación de reverencia ante los especialistas, uno de los consultados expresó: “ el especialista falangista del dedo chiquito de la mano derecha, es intocable” (G.1.6). Los médicos especialistas con más tiempo de servicio al hospital ven

en los médicos generales nuevos a un personal que no fue exigido lo suficiente en su formación profesional.

**8.1.3. La institución paciente.** Uno de los hechos que soportan el cambio de significado en torno a la noción de médico, confluye para soportar la resignificación del concepto paciente, los informantes en esta parte son actores del hospital que interactúan cotidianamente con el paciente; creen que el paciente incorporó en su saber que es sujeto de derechos constitucionales como el de la salud. El acceso masivo a la información a través de los medios, la telefonía móvil y la banda ancha, han permitido la concientización de los ciudadanos, del mismo modo, la labor de marketing de las EPS del régimen subsidiado, en su interés de ampliar su participación en el mercado. El afiliado por el régimen contributivo sabe que su aporte mensual al sistema le da el derecho al servicio y el afiliado al régimen subsidiado cree que el Estado paga por él a la red de servicios para ser atendido. Un líder de proceso refiriéndose al paciente comenta “antes era la persona que se sentaba pacientemente a esperar que lo atendieran sin ningún tipo de exigencia...el usuario ya sabe que tiene derechos y los solicita y los exige... es un cambio de actitud, de ellos hacia nosotros” (G2.4).

Es importante aquí señalar que antes de los años 90 el hospital clasificaba sus pacientes en pensionados y de caridad, el primero tenía posibilidades económicas para pagar y recibía un servicio con algunas comodidades, hasta la de elegir su médico particular que iba al hospital para atenderle, el segundo no podía pagar el valor de los servicios lo cual lo convertía en la razón de ser del hospital, por lo que era atendido con toda la capacidad médica de que se disponía, aunque logísticamente no pudiera ser lo mejor.

Es unánime la representación elaborada por médicos, enfermeras y personal administrativo, en relación con el paciente, convergen en que este es un actor a quien el sistema ha transformado profundamente, de una parte como efecto de los derechos que le han sido conferidos, y de otra, porque en la creencia de que el Estado le debe asistir, hace uso de prácticas no legítimas para mostrarse como sujeto incapaz económicamente de aportar al sistema, esto último aplica particularmente para los afiliados por el régimen subsidiado.

Las acciones frente al paciente se derivan de esas representaciones compartidas o convergencias simbólicas, de quienes le deben atender, ya no hay un trato que refleje la compasión y la caridad sino una atención tipificada para un usuario en la que se deben seguir protocolos de seguridad del paciente y hacer los registros para evidenciar que se obró de manera pertinente; tales acciones serán verificadas por las auditorías médicas del hospital, la EPS en el proceso de cobro del servicio y por los órganos de externos de vigilancia y control.

Los médicos cualquiera sea su antigüedad con el hospital, incluidos los que hacen el año de internado, coinciden en manifestar el temor de las demandas judiciales que pueden provenir por reclamaciones de usuarios; algunas afirmaciones definen al usuario como un demandante judicial en potencia. Este temor se corresponde con la obligatoriedad de registrar todo acto médico en la historia clínica del usuario y seguir protocolos y guías prescritos.

**8.1.4. La institución sacerdote-capellán.** En concordancia con el perfil histórico de hospital, su creación y funcionamiento se vinculaba con la acción compasiva; las personas con la mayor capacidad de dominación en la organización, por razón del

significado compartido por los miembros, eran el doctor y el sacerdote. El primero por la hegemonía que le atribuía la profesión y el segundo por el poder divino del que estaba investido. La fe en que el poder divino (de filiación católica para el caso) estaba presente para determinar la sanidad del paciente, era compartida por todos los grupos de actores en el hospital, esto se mostraba en las instalaciones físicas que reservaban un lugar especial para la capilla, en las celebraciones religiosas cotidianas y en la presencia del sacerdote capellán, quién hacía parte de la nómina oficial del hospital.

Entrevistados que trabajaban para el año 2005 en el hospital, comparten relatos acerca de las tensiones generadas por la supresión del cargo de capellán y con ello el fin de los rituales religiosos cotidianos dentro del hospital. Un exdirectivo que le correspondió sortear la situación comenta :

“... Me comenzaron a preguntar y la misa? y mi confesión?...tuvimos que hacer un convenio con la pastoral de la región para que un cura fuera, sin generar gastos para el hospital, por supuesto...tuvimos que dejar un espacio para la capilla y no molestar a la gente cuando se iba para la misa”. (G5.1).

El entrevistado se refiere a *la gente* aludiendo a los empleados del hospital. Se puede afirmar que la influencia de los ritos católicos dentro del hospital (misa, confesión, comunión, extremaunción) sobre la salud y bienestar de los sujetos, funcionaba como un mito racional, su desmonte y la construcción de nuevos mitos es un proceso que aún no se concluye. Hoy trece años después, la capilla continúa siendo un lugar sagrado ubicado en el quinto piso del hospital en donde tienen lugar celebraciones, aunque excepcionalmente para conmemorar algún acontecimiento especial. El catolicismo como credo ha dejado de ser el único entre los trabajadores y los usuarios del hospital, hoy

profesan varias religiones y algunos se declaran ateos, por ello ha ido desapareciendo la convergencia simbólica en torno al poder conferido al capellán para dar paso a la diversidad ideológica propia de la postmodernidad. La supresión del cargo de la planta de personal podría calificarse, para el momento de ocurrencia, como la perturbación de uno de los operadores de la estructura de significación existente (Schvarstein, 1998).

**8.1.5. El gerente y el jefe.** Otros roles que se han resignificado en el hospital son el de gerente y jefe, el primero referido al representante legal del hospital y responsable de la gestión, y el segundo al encargado de un área de trabajo que cuenta con un equipo de apoyo para lograr los resultados esperados.

El análisis de las entrevistas muestra que existe una representación convergente entre los que tienen veinte años o más de servicio, al calificar como desafortunada la transformación del significado de estos dos roles. El gerente significaba una autoridad científica en el hospital, que definía la actuación médica en caso de incertidumbre, con el paso del tiempo se abrió campo a la representación de experto en finanzas, marketing y competitividad, para lo cual desde el campo organizacional se fueron institucionalizando formaciones profesionales y posgrados en gerencia hospitalaria, gerencia de instituciones de salud, administración hospitalaria, etc. Es válido afirmar que hoy la gerencia de organismos de salud es un campo profesional institucionalizado en la medida que han desarrollado patrones y arquetipos que se imponen automáticamente para quienes ejercen esta labor. Los entrevistados médicos cualquiera sea su tiempo de servicio, concurren en reconocer que se ha vuelto altamente atractivo especializarse en la gestión administrativa y apartarse de la práctica médica, lo cual los libra de las tensiones propias de la pérdida de autonomía profesional de la que ya se comentó. Hace curso rápidamente en el campo

organizacional la designación de gerente de hospital a profesionales de la administración y áreas afines, rompiendo la tradición de cargos reservados para médicos. En el caso del hospital el gerente es un médico que ha dedicado buena parte de su vida profesional a labores administrativas.

Las habilidades gerenciales claves para el buen desempeño se han trasladado del campo médico científico a competencias para gestionar la contratación con la compleja red de proveedores de servicios y con las aseguradoras (EPS), así como la habilidad para recuperar la cartera, asunto que le ha significado graves problemas financieros a los hospitales en Colombia.

Al respecto de la noción jefe, en el hospital tradicionalmente estaba referido al jefe de una unidad de servicio, este tenía a cargo un grupo de personas de quienes podía exigir respeto, obediencia y cumplimiento de tareas, rol que hizo tránsito al de un experto en relaciones humanas capaz de sincronizar las capacidades y los entregables de los miembros de su equipo para materializar los output que se esperan de su área. Entre los entrevistados que han sido jefes de algún servicio, se reproduce la percepción de la ausencia del respeto, refiriendo que no existe el comedimiento tradicional del subordinado al jefe, cada uno cumple la labor para la que fue contratado, en el turno que le corresponde sin preocupación por rendir informes o esperar vistos buenos. Converge también el grupo de entrevistados cuando intenta hallar razones de este cambio, señalan que el personal es vinculado a través de diferentes empresas de empleo temporal, lo cual diluye la representación de subordinación o dependencia.

La tabla 8.1 muestra los cambios en la significación de roles y los grupos de entrevistados entre los que se evidencian tales cambios.

Tabla 8.1

*Cambios de significación como construcción social de los actores en el hospital*

<b>Significado</b>	<b>Esquema de significación en deconstrucción</b>	<b>Esquema de significación que se instala</b>	<b>Grupo de entrevistados que convergen en el cambio de significación.</b>
Hospital	Una familia, dedicada a servir a las personas en el diagnóstico y curación de la enfermedad, particularmente a los carentes de recursos económicos.	Un establecimiento a donde acuden personas contratadas por distintas empresas, cada una a cumplir una tarea pactada, que en suma pretenden restablecer las condiciones de salud de quienes requieren el servicio.	Trabajadores con antigüedad en el hospital superior a 20 años, trabajadores recientemente vinculados y pensionados
Médico	Un profesional con estatus social, merecedor de respeto y acatamiento, autónomo en su ejercicio.	Un profesional para el mercado laboral o para hacerse empresario de la industria de la salud, cuyas actuaciones clínicas son controladas por organismos del campo.	Médicos generales y especialistas de cualquier antigüedad en hospital
Paciente	Una persona que tenía paciencia en una relación idealizada de subordinación frente al médico. Comprendía que la atención brindada por el hospital era un acto de bondad, particularmente el paciente de caridad.	Un usuario del mercado de los servicios de salud, que tiene el derecho constitucional y que accede a los mecanismos jurídicos para hacerlos cumplir. Pero que también es víctima de las lógicas de eficiencia del sistema.	Personal de distintas áreas del hospital y pensionados
Capellán del hospital	La representación del poder sobrenatural que puede sanar, la presencia que encierra confianza y esperanza.	Una ocupación que no hace parte de la misión del hospital.	Personal con más tiempo de servicio y pensionados
Gerente del hospital	Autoridad científica en el campo de la salud	Un experto en management	Personal asistencial y administrativo con antigüedad de servicio
Jefe (de área, unidad o dependencia)	Autoridad a la que se debe subordinación en el trabajo, dicta las instrucciones y controla el cumplimiento.	Ausencia de jefes, existencia de líder de procesos, no da instrucciones ni vigila, despliega su capacidad de persuasiva ante el equipo.	Personal que ha sido jefe de servicios o que lo es actualmente.

Fuente: elaboración propia

## 8.2. Cambios en las relaciones y expectativas de los actores

Como lo planteó la proposición tres, los cambios en los significados han provocado cambios en las relaciones y expectativa de los actores. La verificación de este supuesto se da en concurrencia con el cumplimiento de la proposición tratada en el capítulo siete, dado que la construcción de mitos racionales como efecto de presiones coercitivas y miméticas provenientes del ambiente externo influye tanto en la adopción de nuevas prácticas de gestión como en la construcción de nuevos significados y consecuentemente nuevas formas de relacionamiento entre los actores en el hospital.

La interacción entre los administrativos con roles en el monitoreo del cambio y los ejecutores de los procesos asistenciales, es una fuente de tensiones, por las exigencias que los primeros hacen sobre la tarea de los segundos; para lograr mejor entendimiento entre unos y otros el hospital ha decidido vincular profesionales de las áreas de la salud en la coordinación de calidad y la facturación, de este modo se mitigan las tensiones que despiertan las exigencias de unos en relación con las prácticas de los otros sin conocer los intrínquilis del quehacer clínico. Recientemente se ha incorporado esta práctica, lográndose que los requerimientos sobre el área asistencial sean pertinentes con el lenguaje y con la realidad de la acción médica. El hospital ha comprendido que hay economía de esfuerzo, por la disminución de conflictos, y asigna tareas administrativas relacionadas con seguimiento a la labor asistencial, a profesionales de la salud capacitados; los coordinadores de calidad y auditoría de cuentas son médicos, la coordinadora de facturación es enfermera profesional.

Los coordinadores de servicios asistenciales reconocen que han sido inferiores al reto de entusiasmar a las personas a capacitarse, mejorar sus competencias y cambiar sus

formas de hacer, no han sido eficaces los recursos discursivos ni políticos intraorganizacionales para lograrlo. Tal vez el personal misional está más influenciado por la sensación de inequidad, corrupción en el sistema e inestabilidad laboral que se ha incorporado como construcción simbólica; se entiende entonces que la lógica del campo organizacional en lo referente a la prácticas médicas no ha alcanzado la legitimidad pragmática requisito para la institucionalización ( Greenwood, Suddaby y Hinings, 2002).

Algunos actores se muestran como autoridad en su campo de saber y no reflejan interés de buscar consensos con otros actores, lo cual se refuerza con la estandarización de agendas y mitificaciones de registros, se da por sentado que cualquier profesional del hospital que vea un paciente encuentre todos los detalles del caso en la historia clínica, haciendo innecesaria la discusión en torno al caso. Se ponen en evidencia tensiones entre algunos grupos de actores por la apreciación de que no hay trato laboral igual para tarea igual, lo cual es cierto en la práctica por las formas distintas de vinculación con el hospital.

Las relaciones del personal en el hospital son el reflejo de las divergencias de significados. Respecto de la comunicación informal se pueden describir dos escenarios: el personal administrativo se muestra más dispuesto, hace parte de grupos informales y participa de reuniones de celebración que se organizan espontáneamente o que se planean desde la coordinación de talento humano, a pesar de padecer las dificultades de la vinculación a través de diferentes empresas temporales, la razón es atribuida a la flexibilidad que permiten las tareas. Por el otro lado está el personal de médicos y enfermeras, quienes por razón de sus tareas mantienen muy ocupados durante sus turnos y experimentan mayor sentimiento de inequidad laboral, hay algunos profesionales que su

comunicación con otros actores en el hospital se restringe a los registros y documentos de trabajo formales.

El cambio en los esquemas de significación en torno a las nociones de médico, paciente, hospital, ha trastocado las relaciones entre los actores, pasando de unas relaciones de camaradería como lo describen todos los entrevistados con más de 20 años de servicio, usando la expresión “eramos una familia”, a relaciones mecánicas en la medida que la comunicación y la interacción se limitan a las requeridas por la tarea, esto se refleja particularmente entre el personal asistencial.

Las relaciones entonces están marcadas por la diversidad de estructuras de significación entre los actores como se planteó, pero también por la diversidad de condiciones laborales emergentes y la naturaleza distinta de las tareas.

Las expectativas de los actores están atravesadas por el temor de que el hospital en el futuro no pueda generarse los recursos financieros para seguir compitiendo, en particular por la resistencia de las EPS a pagar oportunamente los servicios prestados. Una percepción en la que hay convergencia generalizada es que al Estado no le interesa salvar los hospitales públicos y que está en crecimiento la aparición de negocios de la salud cuyos inversionistas son actores influyentes en el contexto nacional.

El personal médico comparte el temor de ser objeto de demandas judiciales por cuenta de los usuarios, por lo que consideran que el seguimiento a registros, guías, protocolos, etc, les resulta una herramienta útil para defenderse en tales eventos. Este temor ha invadido a las nuevas generaciones de médicos en formación y se evidencia cuando el total de los médicos internos consultados a través del cuestionario, afirman que

su mayor temor es perder el derecho a ejercer la profesión por algún error en la práctica médica, como puede verse en el Apéndice D.

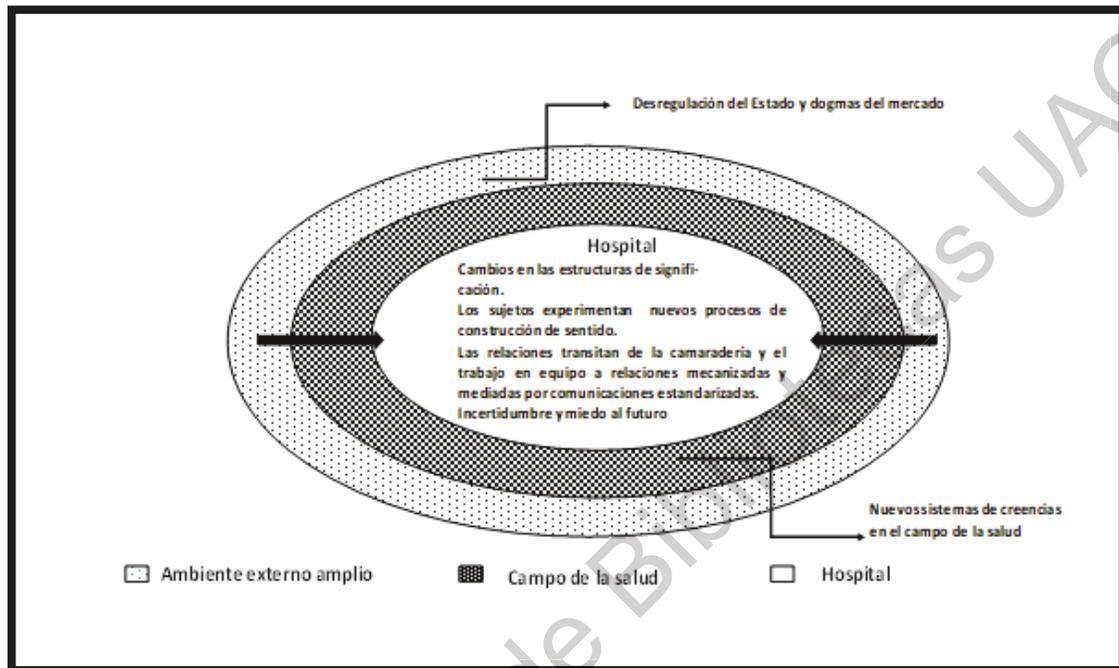


Figura 8.1. Cambios en estructuras de significación y en relaciones y expectativas de los agentes en el hospital. Fuente: elaboración propia.

## Conclusiones

### **El campo organizacional y la institucionalización de la organización hospital**

El campo organizacional de la salud en Colombia, ha venido haciendo una transformación de la racionalidad colectiva, reconfigurando conceptos para sustituir las representaciones del Estado protector por las lógicas de la competitividad y el libre mercado, los supuestos que respaldan las herramientas del management se consideran infalibles en la búsqueda de la eficiencia. Sin evidencia empírica se atribuye a prácticas como la planeación estratégica, el outsourcing y la gestión de la calidad, para citar algunos, el poder para asegurar el uso eficiente de los recursos y la calidad de los servicios de salud, en consecuencia, se desencadena la presión institucional sobre los hospitales para comportarse como unidades de negocio.

Los tres tipos de presiones institucionales de DiMaggio y Powell (1999) que conllevan al isomorfismo organizacional tienen lugar en el hospital, con mayor fuerza la presión coercitiva y la presión mimética. La primera está provocada por el entramado normativo que condiciona toda la gestión, proveniente de organismos gubernamentales en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, estas son prescripciones acerca de cómo se deben comercializar y cobrar los servicios, cómo llevar a cabo la atención en salud, cómo gestionar el personal, la tecnología, las compras, la cartera, etc. El acatamiento de estos mandatos es condición para la supervivencia del hospital. Los actores en el hospital consultados no consideran que existan alternativas al seguimiento de los instituidos. El entendimiento generalizado en la organización es que el cumplimiento de estas plantillas como las denomina Greenwood y Hinings (1996), es imperioso para la supervivencia del hospital.

La presión mimética es una realidad en el hospital, los niveles de incertidumbre y ambigüedad son crecientes por el volumen y la frecuencia de nuevos reglamentos, y por las cambiantes condiciones del mercado en el que compete. La organización toma referentes en el campo, hace visitas y mesas de trabajo con hospitales y clínicas que se muestran exitosos y que se aprecian como legítimos. Los referentes seguidos son las IPS acreditadas, de las que se observan los procesos más afinados y estandarizados que allí se tengan, para tomar lo que parece apropiado y adoptarlo en el hospital. Es evidente que la incertidumbre provocada por las regulaciones permanentemente cambiantes, exponen al hospital a buscar la imitación para asegurar la conformidad institucional; los prestadores de salud se monitorean unos a otros y las prácticas exitosas son imitadas e institucionalizadas (Greenwood y Hinings, 1996; Meyer y Rowan, 1999).

La presión normativa tiene particularidades en el sistema de salud colombiano y se hace manifiesta en el hospital, si bien como ocurre a nivel global, la profesión médica es altamente estructurada, están bien definidos los patrones para reconocerse como miembro de esa comunidad, con reglas sociales bien habitualizadas que definen sus formas de actuar, también es una realidad que está muy limitada la capacidad del gremio para definir formas de gestionar la organización hospitalaria, dada justamente la presión coercitiva presentada a la manera de nuevo gerencialismo (Scott et al. 2000) que ha debilitado la autonomía profesional y consecuentemente la capacidad para generar presión isomórfica normativa (Dimaggio y Poweel, 1999). La actuación del profesional de la salud ha venido resistiendo a un proceso creciente de condicionamientos provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS, usuarios, empresas de tercerización laboral y del hospital mismo a través de sus equipos de calidad, facturación, auditoría

médica y auditoría de cuentas. Podría emitirse en esta tesis la proposición de que mientras el profesional de la salud disminuye su capacidad para generar presión normativa en el campo organizacional, esta es ganada por la comunidad de gerentes de instituciones de salud, auditores de cuentas y líderes de calidad.

Se evidencia la convergencia de los tres mecanismos de isomorfismo defendidos por esta perspectiva teórica, siendo la presión coercitiva la responsable de la mayor homogeneidad entre los hospitales de mediana complejidad. Los mandatos del gobierno nacional han definido las pautas para todas las actuaciones del hospital y los cambios han sido respuesta directa a estos mandatos. El papel de las EPS se configura también en una presión coercitiva frente al hospital, en la medida que como contratante de los servicios emite pautas sobre procedimientos para su prestación y facturación, obligando incluso a establecer puestos de trabajo en el hospital para atender sus condicionamientos. Estas imposiciones de procedimientos de operación estándar, emanadas de autoridades gubernamentales y de los compradores de servicio, dejan escasas alternativas al isomorfismo organizacional.

El hospital se mueve dentro de guiones institucionalizados, a pesar de las dificultades que supone el no pago oportuno por parte las aseguradoras (EPS) y la diversidad de subculturas internas emergentes. Alinearse con las lógicas del campo de la salud que se mueven en reverencia a la estandarización y la eficiencia, aún sin los flujos de recursos esperados por los servicios prestados, en medio de una heterogeneidad de representaciones cognitivas y motivaciones, y atendiendo presiones de actores externos cambiantes, configuran al hospital como una organización flojamente acoplada (Weick,

2009) que acude a prácticas ceremoniales para mantener la legitimidad (Meyer y Rowan, 2009).

**Proposición uno: el proceso de desregulación del Estado y las presiones isomórficas en el campo de la salud, tuvieron como consecuencia un cambio en la estructura organizacional de los hospitales públicos**

El proceso de cambio en la estructura organizacional del hospital refleja la traducción de mitos sociales derivados del proceso de desregulación del Estado que se institucionalizaron en el campo de la salud; tales mitos se instalan en la organización y evolucionan sin beneficios comprobados (Meyer y Rowan, 1999). Las presiones de legitimidad y las herramientas de gobierno corporativo interno se complementan entre sí (Spitzmueller, 2018) para racionalizar estas creencias como lo correcto y necesario. La razón de ser del hospital se mueve de la preocupación por la salud integral de la comunidad a la atención de la enfermedad dentro de los límites que le define su nivel de mediana complejidad. La estructura organizacional abandona el modelo rígido jerarquizado para adoptar uno de naturaleza adhocrática y se mueve de una planta de personal vinculada directamente con el hospital a una planta tercerizada. En esta dinámica el hospital incorpora permanentemente los discursos del campo a la manera de panaceas para eficientar la gestión y evaluar resultados, por ello ha transitado por manual estándar de control interno, manual de procesos y procedimientos, manual integrado de planeación y gestión, manual de humanización, manual de hospital sostenible, para citar algunos, y nuevos guiones siguen proponiéndose. Se reconoce que por el carácter impositivo con el que se presentan terminan promoviendo algunos comportamientos que benefician al

usuario, sin embargo la construcción de sentido por parte de la generalidad de los actores responsables de la tarea es escasa.

**Proposición dos: El cambio en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, han tenido lugar bajo el mecanismo del isomorfismo coercitivo; los mandatos gubernamentales han obrado como mitos institucionalizados para garantizar condiciones de legitimación que se materializan en habilitaciones y acreditaciones de los servicios**

Las presiones isomórficas coercitivas y miméticas que han obrado como impulsores de los cambios en la estructura, confluyen para los cambios en las prácticas de gestión, las que son igualmente dinámicas y se definen a través de guías de atención, protocolos, manuales y registros; su adopción en el hospital ha provocado tensiones entre las expectativas de la administración y el personal asistencial, por el interés de los primeros de responder por la legitimidad del hospital y de los segundos de preservar su autonomía. Factores como los mecanismos de vinculación del personal que derriba los sentimientos de estabilidad y despierta los de inequidad, así como las restricciones tecnológicas y logísticas, han promovido diversos grupos con sus propios esquemas interpretativos y dificultado la *adherencia* a todos estos patrones dictados para la práctica. Es importante resaltar en todo caso, que se evidencia y hay convergencia generalizada en torno a que la forma de prestar el servicio ha cambiado profundamente para bien del usuario; si bien el propósito que subyace a todas las plantillas que se imponen es la estandarización y la eficiencia, es también cierto que han concurrido para la seguridad del paciente.

Las exigencias para la habilitación de servicios y acreditación del hospital, se muestran como condicionamientos superiores para la legitimación y consecuente supervivencia del hospital; como se puede leer en la visión del hospital y se pudo constatar en la cotidianidad, en las agendas de trabajo está presente la preocupación por asegurar la conformidad con estándares en todas las actividades asistenciales; en entrevistas con personal de calidad, médicos, enfermeras y personal encargado de la facturación y auditoría de cuentas, es evidente que están enfocados en exigir, cumplir o resistir a estos patrones.

Se puede afirmar desde los constructos teóricos del institucionalismo que el verdadero cambio en las prácticas de gestión no se ha logrado, porque las nuevas formas de hacer, que se evidencian por supuesto, son el resultado de exigencias monitoreadas por agentes internos y externos, en un afán de modelar cultura organizacional con enfoque en la calidad, pero la convergencia simbólica entre el personal misional en torno a la necesidad de cambio aún no se concreta. En consecuencia no se puede declarar que se han instalado en el personal médico y paramédico los mitos racionales del campo organizacional, entre tanto, sí ha emergido una heterogeneidad de representaciones cognitivas en torno a estas exigencias. Los acoplamientos flojos (Weick, 2009) que son una realidad en el hospital, le hacen acudir al ritual de inspección para asegurar la legitimidad, de acuerdo con las definiciones de Meyer y Rowan (1999).

**Proposición tres: Las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital se han transformado como consecuencia de cambios en los significados que comparten acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional de la salud.**

Los esquemas de significación que comparten los agentes internos del hospital han cambiado, se han reconceptualizado los entendimientos tradicionales acerca del médico, el paciente y el hospital. Simultáneamente, se afianzan sentimientos compartidos en el campo organizacional y en la sociedad en general, que señalan inequidad, precariedad laboral y vicios en las administraciones de los recursos de la salud, lo cual concurre en la afectación de la acción social intraorganizacional. El mismo sistema de salud consciente de esta realidad, hace intentos por contrarrestarla con nuevas plantillas como las de la humanización del servicio con mecanismos de control y sanción para el incumplimiento.

Como consecuencia, las relaciones y las expectativas de los agentes se han transformado. La comunicación e interacción se ha tornado impersonal, la convergencia simbólica alrededor de la idea de hospital como familia ha desaparecido, es generalizada la percepción de que el trabajo en equipo es muy difícil y que elementos como la solidaridad y la confianza han desaparecido del ambiente de trabajo, se comparten las representaciones de inequidad, inestabilidad e incertidumbre.

### **Consideraciones finales del investigador**

La investigación pone en evidencia que el proceso de desregulación del Estado en el ámbito de la salud, ha incorporado mitos a la gestión de las organizaciones del campo. En ausencia de evidencia empírica se confieren poderes a herramientas del management que han migrado del corporativo industrial y que se imponen con poder sancionatorio, en busca de mejores indicadores de eficiencia y productividad. La implementación en organizaciones como los hospitales supone que el principio fundamental de velar por el bienestar de la comunidad, se ve marginado por arreglos dominantes como la especialización de la atención según el nivel de complejidad del hospital y la tercerización

de la gestión del capital humano, lo cual unido al flujo permanente y complejo de normas para la vigilancia y control y al incumplimiento de los pagos del servicio por parte de aseguradoras, obran en detrimento de la salud integral de los usuarios y del bienestar básico del personal que presta los servicios. Es evidente que los patrones institucionalizados en el campo limitan la elección racional y en consecuencia el hospital antepone la concordancia institucional a su objeto misional (Dimaggio y Powell, 1999; Meyer y Rowan, 1999).

La rutina en el hospital caso de estudio está marcada por una disimulada tensión entre las unidades de dirección y gestión encargadas de dar cuenta del cumplimiento de los lineamientos dictados desde afuera (organismos gubernamentales, aseguradoras en salud, certificadoras) y el personal que ejecuta la tarea. Los primeros asegurando que la legitimidad de la organización sea demostrable y los segundos buscando sentido a los guiones que se imponen.

El emprendedor institucional referido en la teoría (Greenwood y Hinings, 1996; Greenwood, Suddaby y Hinings, 2002; Spitzmueller, 2018), de quien se esperan las propuestas para desestabilizar los arreglos dominantes y plantear innovaciones que pudieran alcanzar la institucionalización, no puede venir de la esfera directiva del hospital dado que opera una presión mimética y normativa para convertir al gerente en un avezado gestor de contratos con aseguradoras, empresas de servicio temporal, tercerización de procesos, proveedores de insumos, etc., asegurando resultados en la contención de costos, ejercicio para el cual se debe actuar sobre disponibilidades presupuestales que obligan a suscribir contratos por términos de 6 meses o menos. Esta realidad concentra la agenda de

la gerencia en los aspectos de la viabilidad financiera y la alineación con patrones del nuevo gerencialismo adoptados como mitos por el campo organizacional.

Los guiones para estandarizar las prácticas en la gestión de los servicios, se cumplen de modo general porque media la vigilancia, el control y las sanciones, pero la construcción de sentido por parte de los ejecutores de las tareas está impedida por los significados compartidos de precariedad laboral, inequidad y falta de transparencia en el sistema de salud. Esta convergencia simbólica ha reconfigurado las lógicas de la acción social al interior de la organización y exacerbado el temor y la incertidumbre.

Como quiera que los significados compartidos al interior del hospital se vigorizan en la sociedad en general en el ámbito nacional, es previsible que se dé lugar a la desinstitucionalización de algunas de las estructuras del sistema de salud. Se prevé que como lo teoriza Greenwood, Sudabby y Hinings (2002) ocurra un cambio institucional motivado por movimientos precipitantes en lo social, tecnológico o regulatorio que conlleven a la emergencia de nuevos jugadores y nuevas lógicas en el campo organizacional.

Desde las evidencias empíricas que se pudieron conseguir con esta investigación se puede señalar que el caso estudiado se enmarca en el tipo de organización que a pesar de la heterogeneidad de esquemas de significación y de la precaria construcción de sentido en torno a las racionalidades que impone el ambiente, seguirá creciendo en la demanda de servicios porque las condiciones del mercado y las obligaciones que le asisten en su carácter de hospital público, lo presentan como la mejor oferta de servicios para la base de la pirámide económica en el área geográfica de influencia, y porque las tendencias señalan aumento de la enfermedad dado el poco esfuerzo del sistema de salud por

promover cultura de la prevención. Las personas en el hospital que se hallan en el núcleo de operaciones (Mintzberg, 1999), a pesar de sus racionalidades en conflicto, cuidarán del mejor desempeño del hospital porque persiste el orgullo de pertenecer a esa organización dado el entendimiento compartido de ser “hospital de puertas abiertas” que en la práctica sí atiende en un primer momento a todos los que requieren del servicio, y porque existe una convergencia simbólica entre los profesionales más jóvenes y los médicos de último año universitario, acerca de disfrutarse el ejercicio de su labor profesional, aún en medio de condiciones laborales precarias.

Esta tesis confirma que los análisis organizacionales que han dado origen a las reglamentaciones del sistema de salud en Colombia, se han hecho con sujeción al paradigma racional funcionalista, bajo el presupuesto de que los actores son racionales y actúan con la intencionalidad natural de optimización, esta mirada supone que la organización planea con disposición de información suficiente, ejecuta según lo planeado, verifica y hace los correctivos necesarios, asegurando el logro de los objetivos. En la realidad los actores son sujetos socializados que se comportan de acuerdo con creencias, mitos y rutinas provenientes de un ambiente institucionalizado; los tomadores de decisiones no disponen de la información suficiente y la ambigüedad e incertidumbre es más común de lo que parece a la hora de tomar decisiones. Por esta razón es necesario que se aporte a los debates sobre el sistema de salud reflexiones desde la dialógica entre el paradigma funcionalista y el subjetivo, para ampliar la comprensión del fenómeno organizacional, incluyendo los procesos de construcción social que le son propios. De este modo la gestión de las organizaciones de salud merece la reconceptualización de nociones del tipo *gestión de la cultura organizacional*, *resistencia al cambio*, o *sentido de*

*pertenencia*, que hasta ahora son asumidas como si se tratara de variables que se deciden, se gestionan y se controlan desde la dirección, o como si la persona tomara la decisión racional de oponerse a los cambios o de no querer pertenecer a la organización.

Por estas razones las oportunidades de investigación organizacional en torno a este campo son abundantes, es necesario explicar los mitos y realidades presentes en los supuestos que soportan el campo organizacional, y principalmente, comprender la acción social que tiene lugar. Por otra parte, el reconocimiento del contexto cultural amplía las agendas de investigación porque es preciso evidenciar el impacto de este factor en el proceso de institucionalización organizacional.

Dirección General de Bibliotecas UAO

### Referencias

- Alvarado, S. (2006). Metamorfosis de la concepción del cambio organizacional en el nuevo institucionalismo. *Contaduría y Administración*, 219, 9-40.
- Álvarez, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Alyahya, M., Hijazi, H. y Harvey, H. (2016). Explaining the accreditation process from the institutional isomorphism perspective: a case study of Jordanian primary healthcare centers. *The international Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 102-120.
- Anthony, D., Appari, A. y Johnson, E. (2014). Institutionalizing HIPAA Compliance: Organizations and Competing Logics in U.S. Health Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 108-124.
- Banco de la República (2015). *Documentos de trabajo sobre economía regional* (218). Recuperado de [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_218.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf)
- Banco Mundial (2017). *Gasto en salud, total (% del pib)*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Beckert, J. (1999). Agency, entrepreneurs and institutional change. The role of strategic choice and institutionalized practices in organizations. *Organization Studies*, 20(5), 777-799.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores

Blalock, H. (2011). *Introducción a la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu

Bode, I., Lange, J. y Marker, M. (2016). Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 19(4), 501-517.

Burrell, G. y Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis*. Londres: Heineman.

Cicourel, A. (1982). *El método y la medida en sociología*. Madrid: Editora Nacional

Cohen, M., March, J. y Olsen, J. (2011). El bote de basura como modelo de elección organizacional. (Traductor Romo y Quintero). *Gestión y Política Pública*, 20(2), 247-290.

Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crozier, M. y Friedberg (1990). *El actor y el sistema. Las contradicciones de la acción colectiva*. México: Editorial Patria S.A. de C. V.

De la Rosa, A. (2002). Teoría de la Organización y Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional. *Administración y Organizaciones*. 13-44.

Demers, C. (2007). *Teorías del cambio organizacional: una síntesis*. California: Sage Publications.

Denscombe, M. (2010). *The Good Research Guide. For small-scale research projects*. New York: Open University Press.

Dimaggio, P. y Powell, W. (1983). The Iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

Dimaggio, P. y Powell, W. (1999). Retorno a la Jaula de Hierro: el isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dimaggio, P. y Powell, W. (1999). Introducción. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dirección Nacional de Planeación. Planes de Desarrollo Nacional. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

Donaldson, L. (1966). *The Contingency Theory of Organizational*. Sage Publications.

Durkheim, E. (2001). *Las Reglas del Método Sociológico*: México: Fondo de Cultura Económico.

El Ateneo (1981). *Diccionario de ciencias médicas: Dorland*. Barcelona: El Ateneo

Función Pública (2018). Planta estructural y planta global. Recuperado <https://www.funcionpublica.gov.co>

Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores.

Galeano, E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo editorial universidad Eafit.

- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Giménez, G. (2012). El problema de la generalización en los estudios de caso. *Cultura y representaciones sociales*, 7(13), 40-62.
- Gómez, P. (2013). Guías de práctica clínica en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 214-217.
- Greenwood, R., Suddaby, R. y Hinings, C. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, 45(1), 58-80.
- Greenwood, R. y Hinings, C. (1996). Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054.
- Guerrero, Gallego, Becerril y Vasquez (2011). Sistema de Salud en Colombia. *Salud Pública de México*, 53(2), 144-155.
- Handayani, P., Hidayanto, A., Ayuningtyas, D. & Budi, I.(2016). Hospital information system institutionalization processes in indonesian public, government-owned and privately owned hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 95, 17-34.
- Herrera, D. (2002). *La persona y el mundo de su experiencia. Contribuciones para una ética fenomenológica*. Bogotá: Universidad de San Buenaventura.

- Huerta, M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. *Política y Cultura*. (24), 121-150.
- Ibarra, E. y Montaña, L. (1987). Mito y poder en las organizaciones. Un análisis crítico de la Teoría de la Organización. México: Trillas.
- Ibarra, E. y Montaña, H. (1986). Teoría de la Organización: Desarrollo histórico, debate actual y perspectivas. *Teoría de la organización: Fundamentos y controversias*. Universidad Autónoma Metropolitana
- Jepperson, R. (1999). Refinamiento de la Teoría Institucional. *Neoinstitucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica
- Kast, F. y Rosenzweig (1990). *Administración en las organizaciones*. México: McGraw Hill.
- Kondra, A. y Hinings, C. (1998). Organizational diversity and change in institutional theory. *Organization Studies*, 9(5), 743-767.
- Lawrence, P. y Lorsch, J. (1987) *La Empresa y su entorno. Gestión e innovación*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Lawrence, P. y Lorsch, J. (1967). *Organization and Environment*. Cambridge: Harvard University Press.
- March, J. y Olsen, J. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Martínez, P. ( 2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.

- Martínez, R. y Soto, E. (2012). *Política y Cultura*, (37), 35-64
- Martínez, A., Alvarado, S. y Carvajal, J. ( 2002). *Aproximación histórica a la medicina y la salud pública en Tunja, en el siglo XIX*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Merlano, C, y Gorbanev, L. (2013). Sistema de Salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Meyer, J. y Rowan, B.(1999). Organizaciones Institucionalizadas: La estructura formal como mito y ceremonia. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica
- Miles, M. y Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. London: Sage Publications.
- Mintzberg, H. (1999). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel S.A.
- Mohr, R. (2015). An institutional perspective on rational myths and organizational change in health care. *Medical Care Review*, 49(2), 233-255.
- Morin, E. (2009). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muñoz, R. (2010). Cambio y Cultura Organizacionales. Una crítica teórica y un estudio de caso. *Sociología de la empresa. Del marco histórico a las dinámicas internas*. Medellín: Fondo Editorial Universidad de Eafit.
- Murillo, G. y González, C. (2015). La transformación organizacional de la banca colombiana entre 1990 -2012 a partir del cambio institucional y organizacional. *Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, 9(3), 53-83

- Oliver, C (1992). The antecedents of desinstitutionalization. *Organization Studies*. 13 (4).
- Perdomo, G. (2012). *Análisis del Cambio Organizacional e Institucional. Estudio comparado de dos incubadoras de empresas: Centro Integral de Servicios Empresariales (CREAME) en Medellín, Colombia (1996-2010) y Barcelona Activa, en Barcelona, España (1986-2010)*. (Tesis doctoral). Universidad de Eafit. Medellín
- Prada, S. y Salinas, M. (2016). Estadísticas del Sistema de Salud: Colombia frente a OCDE. Documentos Proesa.
- Ramírez, Vargas y De la Rosa (2011). Estudios Organizacionales y Administración. Contrastes y Complementariedades: caminando hacia el eslabón perdido. *Revista Electrónica Forum Doctoral*. (3) Edición Especial.
- Roggenkamp, S. y White, K. (2001). Is hospital case management a rationalized myth?. *Social Science & Medicine*, 53, 1057-1066.
- Romero, J. (1999). Estudio Introdutorio. Los nuevos institucionalismos: sus diferencias, sus cercanías. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica
- Rosas, J. (2008). *El cambio en las universidades públicas estatales (UPES) de 1982 a 2004. Estudio de caso: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*. (Tesis doctoral). Centro Universitario Querétaro. Querétaro.
- Roth y Molina (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano 2012-2013. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 44-55.

- Scott, W. (1999). Retomando los argumentos institucionales. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Scott, R. (1995). *Institutions and Organizations*. London: Sage Publications.
- Scott, R., Ruef, M., Mendel, P. y Caronna, C. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The university of Chicago.
- Schvarstein, L. (1998). *Diseño de organizaciones, tensiones y paradojas*. Buenos Aires: Paidós
- Selznick, P. (1949). *TVA and the Grass Roots*. Los Angeles: University of California Press
- Spitzmueller, M. (2018). Remaking community mental health: contested institutional logics and organizational change. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 42(2), 123-145.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tolbert, P. y Zucker, L. (1996). The institutionalization of institutional theory. *Handbook of organization studies*. London: Sage Publications.
- Turnes, A. (2009). Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>
- Urbiola, A. (2004). *Cultura y comunicación en organizaciones de ahorro y crédito popular. Un caso de institucionalización de mitos racionales y convergencia*

*simbólica*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa, México.

Velasco, G. *La gestión tecnológica en la remisión de pacientes críticos en Santiago de Cali (Colombia)*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Querétaro. México.

Vértiz, M. (2008). Referentes teóricos para el análisis del cambio organizacional: las tesis sobre el cambio y la síntesis de los procesos institucionales. *Gestión y Estrategia*, 33, 13-27.

Weber, M. (2002). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Weick, K. (2009). Las organizaciones educativas como sistemas flojamente acoplados. (Traductor Caldera, D. y Ortega, M.). *Gestión y Estrategia*, 36, 93-110.

Williamson, O. (1991). *Mercados y Jerarquías: su análisis y sus implicaciones antitrust*. México: Fondo de Cultura Económica.

Woodward, J. (1965). *Industrial Organizations. Theory and Practice*. London: Oxford University Press.

Yin, R. (2009). *Case Study Research*. London: Sage.

Zemelman, H. (2012). *Los Horizontes de la Razón. Dialéctica y apropiación del presente*. Barcelona: Anthropos editorial.

Zucker, L. (1987). Institutional Theories of Organization. *Annual Reviews Sociology*, 13, 443-464

Zucker, L. (1999). El papel de la institucionalización en la persistencia cultural. *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

# Apéndices

Dirección General de Bibliotecas UAQ

**Apéndice A. Lista de abreviaturas**

<b>Abreviaturas</b>	
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
EPS	Empresa Promotora de Salud: Aseguradora
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
SAS	Sociedad Anónima Simplificada
EST	Empresa de Servicio Temporal: tipo de organización con la cual el hospital está intermediando la contratación del personal.
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía del SGSSS
ADRES	Administradora de los Recursos del SGSSS
POS	Plan Obligatorio de Salud
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social
SAS	Sociedad por Acciones Simplificada: forma jurídica adoptada por las empresas de empleo temporal (EST)
NTCGP1000:2009	Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública, desarrollada en el sistema de gestión de la calidad de las entidades del Estado. Basada en las normas internacionales ISO 9000:2005 e ISO 9001:2005
MECI	Manual Estándar de Control Interno: sistema de evaluación de la gestión en los organismos públicos.
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión: modelo que integra el sistema de gestión de la calidad con el de control interno a fin de hacer más eficientes los procesos de la organización.
ACESI	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

## Apéndice B. Guías entrevistas semiestructuradas

### Entrevista con subgerente científico

1. Qué era un hospital público en Colombia ayer y qué es hoy?
2. Quién era un médico ayer y quién es hoy?.
3. Publicaciones en revistas científicas de médicos investigadores dan cuenta que el sistema ha tocado también la formación médica, el médico general hijo del sistema muestra debilidad en las competencias para ganarse la confianza del paciente y para interpretar la enfermedad. Se está formando un profesional para los requerimientos de EPS e IPS. Qué piensa de esto?
4. El roll del jefe del área misional en un hospital ha cambiado?. De qué manera?
5. Qué expectativas y qué temores ha interpretado en su personal misional en el hospital?
6. De qué naturaleza son los cambios más importantes que se han dado en la forma de prestar los servicios de salud en este hospital?.
7. De qué manera cree que se transformaron las relaciones entre los servidores en el hospital?. Se han cambiado las fuentes de poder?
8. Recuerda algunos mitos, creencias, verdades que se daban por sentadas, en la cotidianidad del hospital, que se hayan derribado con el cambio de modelo?. Cuáles se han venido construyendo? (en la relación médico-paciente, en la relación área administrativa-área asistencial, en las maneras de prestar un servicio hospitalario, etc).

### Entrevista con Coordinador de Talento Humano

1. Qué cambios han tenido lugar en el hospital en los últimos 20 años, en relación con la estructura de cargos, jerarquías de autoridad, mecanismos de coordinación de tareas, centralización/descentralización de la toma de decisiones.?
2. Qué percepción tiene acerca de cambios en las relaciones de poder en el hospital, durante los últimos 20 años?. Han surgido Se ha transformado la influencia de poderes externos sobre la vida del hospital y el comportamiento de personas internamente?
3. Prácticas de gestión humana: cómo se han transformado los mecanismos de incorporación, capacitación, promoción y estímulos al personal servidor del hospital, durante los últimos 20 años? Cuáles eran los criterios más importantes para el ingreso y la promoción antes de las reformas y cuáles son ahora?.
4. Cómo ha percibido que se han ido transformando las expectativas, anhelos y temores de las personas en el hospital, durante los últimos 20 años.
5. Cómo define el clima laboral de las relaciones entre las personas en el hospital hoy?. Se ha transformado el sentido de pertenencia de las personas con el hospital?
6. Los cambios en la formas de prestar los servicios del hospital, de qué manera han exigido nuevas formas de proveer personal?

### Entrevista con médicos y enfermeras

1. Quién era un médico/enfermera antes de las reforma del hospital que lo convirtieron en una ESE?, Quién es hoy?
2. De quién se siente servidor? De un sistema, del hospital, de la empresa de tercerización, del paciente?. Ser servidor de este hospital, qué le significaba antes. Hoy tiene un significado diferente para usted?

3. Cree que este sistema de salud está basado en unas verdades no probadas, es decir, en unos supuestos que no son ciertos.?
4. Describa: cómo se llevaba a cabo la atención a un paciente antes de la reforma. Cómo ocurre hoy?
5. Si hoy se le invitara a construir una declaración de misión para el hospital, qué elementos serían fundamentales?. Para antes del Sistema de Seguridad Social en Salud, esa propuesta hubiera sido distinta?. En qué cree usted que se fundamentaría la diferencia?.
6. Qué principios y valores antepone en el desempeño de sus labores en el hospital. Cree que para antes del Sistema de Seguridad Social en Salud esos principios eran otros?.
7. Qué era importante a la hora de evaluar la eficiencia y efectividad de su labor, antes del Sistema de Seguridad Social en Salud?. Eso ha cambiado? De qué manera?
8. La prestación de servicios de salud en el hospital, tiene lugar con el cumplimiento de normas, protocolos, guías, registros, prescritos por el Sistema de Seguridad Social en Salud, qué percepción tiene del impacto de este entramado regulatorio sobre la calidad de la prestación de los servicios?. Qué piensa de las auditorías en salud?.
9. Considera que el rol del área administrativa en un hospital ha sido transformado por efecto del Sistema de Seguridad Social en Salud?. Cómo percibe esa transformación?.
10. Describa cómo eran las relaciones entre las personas en el hospital antes de la reforma? Cómo son hoy?. Quiénes representaban el poder antes dentro del hospital, quiénes lo representan hoy?. Se perciben cambios en la forma de coordinar el trabajo, qué pasaba con el trabajo en equipo?
11. Qué creencias, mitos, ceremonias y símbolos, compartían los servidores del hospital antes del Sistema de Seguridad Social en Salud?. Prevalecen algunos? Se han desarrollado nuevos?.
12. **Para los recién llegados:** Qué percepción tiene acerca de la formación recibida en la universidad. Se ha sentido competente? Se ha sentido seguro en su ejercicio como médico/enfermera?. Qué piensa de sus capacidades resolutivas?

#### **Entrevista con coordinadora de facturación**

Qué significa un proceso de facturación en un hospital público hoy, siempre ha sido igual

Describa de qué manera han ido cambiando los procesos y prácticas de la facturación en el hospital. Cree que antes de la reforma este proceso tenía otros retos

Cómo describe un buen sistema de facturación en un hospital público?

Cuáles son los agentes o sujetos responsables de un buen sistema de facturación en el hospital?

Qué acciones o formas de actuar de las personas son imprescindibles para un buen funcionamiento del proceso de facturación.

Qué percepción tiene acerca del sentir del médico y el paramédico en relación con los procesos de facturación.

Qué percepción tiene acerca del sentir del paciente en relación con los procesos de facturación

Cree que es necesario desmontar algunos, hábitos, rutinas, creencias que no permiten un buen funcionamiento?.

El trabajo en equipo de todo el personal del hospital, tal vez se refleje en la calidad del proceso de facturación, qué percepción tiene al respecto.

Qué de las historias y relatos de la historia del hospital percibe que hacen daño para los grandes retos de hoy.

Cómo se sienten las relaciones de poder interna y externamente, desde el proceso que usted lidera.

#### **Entrevista con Coordinadora de Calidad**

1. Estructura: la condición de ese implicó la creación de nuevos cargos y la aparición de nuevos centros de poder.
2. Prácticas de gestión: se cambiaron las formas de prestar los servicios de salud, por efecto de la figura de empresa social del estado?. Cómo cambiaron
3. Relaciones y expectativas: cree que por efecto de ese se dieron cambios en las formas de relacionarse las personas, surgieron nuevos poderes, cambiaron las expectativas de las personas
4. Cuál es su opinión particular en relación con los sistemas de acreditación y habilitación de servicios en un hospital?
5. Qué significa en la práctica acreditar un servicio hospitalario?. cree usted que acreditar un servicio, tiene como efecto inmediato en la práctica, una mayor calidad en la prestación del mismo?
6. Qué le significa al personal del hospital implicado en un servicio, alcanzar la acreditación del mismo.
7. Qué era importante a la hora de evaluar la eficiencia y efectividad de la labor de las personas en el hospital. hoy en la figura de ese ha cambiado?
8. Cree que antes, en ausencia de guías y protocolos para la prestación de ciertos servicios, no había calidad en la prestación de los mismos.
9. El hospital tiene referentes nacionales o internacionales para la calidad de sus servicios.
10. Cree que todo el entramado regulatorio que impone el sistema: registros, protocolos, guías, manuales, ha provocado cambios en las relaciones y en las expectativas y temores de las personas?.
11. Cuál es la posibilidad que desde un hospital como este surjan propuestas de protocolos, registros y manuales propios para estandarizar las prácticas de sus servicios?

#### **Entrevista con coordinadora de Auditoría Médica de Cuentas**

1. Quién es un médico hoy en el hospital?
2. Qué cambios en las formas de atender el paciente cree que se han dado como consecuencia de la transformación a ESE?
3. Cuál es la razón de ser de la auditoría médica
4. Como se ve desde la auditoría médica el compromiso de la parte asistencial con un buen proceso de cuentas?

#### **Entrevista con coordinador de mantenimiento**

1. Qué era el hospital antes de la reforma y qué es ahora?
2. Percibe algún cambios en las relaciones de poder internas y externas en el hospital?
3. Describa como han cambiado las relaciones entre las personas en el hospital?

4. Qué eventos y ceremonias les hacen sentir verdaderamente convocados?

### **Entrevista a ex subgerente administrativo**

#### 1. Estructura organizacional:

a). Qué concepto tiene acerca del tipo de estructura organizacional actual en el hospital: más piramidal que plana?, toma de decisiones centralizada o descentraliza? cómo se puede definir la coordinación de tareas en el hospital?.

b) Cómo podría definirse el rol del jefe en el hospital? Ejercen influencia sobre las personas despertando compromiso o acatamiento?

c) Tiene conocimiento de que antes de las grandes reformas haya sido igual?

#### 2. Prácticas de gestión:

a). qué hecho o principio han mitificado las personas en la rutina, a la hora de **prestar un** servicio a un usuario (paciente).

b). A la hora de prestar el servicio cuál es el orden de prioridad?

Asegurar que pueda hacerse cobranza por el servicio/ asegurar que se siga la guía, el protocolo o el registro prescrito para el caso/asegurar el mejor bienestar del **paciente**.

c). Existe oportunidad para que el hospital sea innovador en sus formas de prestar los servicios, o por el contrario, todo está reglamentado desde instancias **externas**.

#### 3. Relaciones y expectativas

**a).** Su opinión: cree que el personal asistencial ha transformado sus significados como profesional de la salud a partir de estas reformas orientadas a **competir** en el libre mercado?

b) cree que las relaciones entre el **personal** del hospital han sido transformadas por razón de estos cambios de significados?

c) Cuáles son las expectativas de un **médico/una enfermera** profesional que llegan hoy a servir al hospital?

d) Cuáles son los mayores **temores** que hoy experimenta el personal en el hospital?

### **Entrevista con experto en el sistema de seguridad social en salud-asesor externo del hospital**

1. Tiempo **asesorando** a hospitales

2. **Áreas** de asesoría?

3. Conoce cuáles fueron los referentes para el diseño del sistema?

4. En el caso de los hospitales públicos: en qué se rigen por el derecho privado, en qué por el derecho público?

5. Experiencias del impacto en los hospitales públicos: cuáles fueron las reacciones más comunes

6. Las auditorías del hospital y de la Eps, sobre la base de asumir que no hay buena fé?. Se crearon desde el principio o qué les dio su origen?, cómo fueron estableciéndose?

7. Las guías, manuales, registros: diseñados **bajos** lógicas externas?. Qué flexibilidad se deja a particularidades internas?

8. Experiencia en la adopción de manuales, guías, registros: cuál ha sido en los hospitales la adopción de todas estas prácticas: por la vía de imposición, autoritarismo, liderazgos coercitivos o carismáticos.

9. No hay sensación de bienestar: ni de pacientes, ni de servidores, que puede esperarse?
10. Razones más recurrentes de demandas contra los hospitales
11. Origen de las fallas en los hospitales que les implican demandas en contra
12. Elementos que más convergen para la defensa.
13. Cree que la preocupación por las guías, registros, manuales, protocolos, disminuyen las posibilidades de una mejor relación médico-paciente?.

#### **Entrevista con pensionados**

1. En qué tiempo trabajó para el hospital?. Cuáles eran sus funciones?
2. Cómo define el hospital? Cree que ha cambiado en su razón de ser?
3. Describa cómo eran los procesos de vinculación con el hospital, qué mecanismos de promoción y estímulo se utilizaban.
4. Describa detalles de cómo se llevaba a cabo la atención de los pacientes. Esas prácticas fueron cambiando? De qué manera?
5. Defina quién era el paciente para usted y para el hospital en aquel tiempo
5. Cómo describe las relaciones de las personas en el hospital para el tiempo que estuvo trabajando?.
6. Relate acerca de ceremonias, ritos, grupos informales,

#### **Apéndice C. Cuestionario aplicado a médicos internos el día 14 de agosto de 2018**

El proyecto de investigación titulado “Cambio organizacional en el sistema de salud colombiano. Caso Hospital Regional de Sogamoso”, tiene como propósito comprender los cambios en los esquemas de significación de los agentes servidores en el hospital y sus consecuentes relaciones y expectativas.

Responsable: Marlén Suárez Pineda

Autoriza: Gerente: Julio César Piñeros Cruz

1. Señale los dos motivos más importantes que le condujeron a elegir la medicina como su profesión.
- 2.Cuál es su mayor expectativa o anhelo, para dentro de 5 años y para dentro de 10 años?
- 3.Cuál es su mayor temor para el futuro de su ejercicio profesional?
4. Qué percepción tiene acerca del compromiso que le asiste en su actuar médico, con registros, protocolos, manuales y guías?.
5. En una frase, cuál es su calificativo para el sistema de salud colombiano?

**Apéndice D. Sistematización de las respuestas al cuestionario aplicado a médicos****internos**

Médico	Preguntas				
	1	2	3	4	5
1	Hacer el bien. Ayudar a la igualdad.	*Especialista **Ser feliz	Demandas judiciales	No se ciñen a la guía de práctica clínica	No tan bueno
2	Gusto por las ciencias básicas. Gusto por la medicina	*Buen médico general **Estabilidad económica	Responsabilidad médico-legal	Poco conocimiento, faltan conceptos estandarizados y datos epidemiológicos locales.	Bueno en el papel pero dispendioso en la práctica
3	Altruismo Curiosidad	*Especialista **Ser feliz con una familia	No ser bueno como médico	No ayuda a solucionar problemas	Mercantilista y deshumanizado
4	Ayudar a los demás. Impactar en la vida de otros.	*Especialista **Familia y trabajo estable	No poderse especializar	Bastante responsabilidad y muchas implicaciones	No ha mejorado ni impactado
5	Contacto cercano con la gente. Interés por la fisiología	*Especialista **Cambiar la salud pública.	Mala práctica médica y no ser buen clínico	Unos son estrictos con eso, otros no conocen	Impacto deficiente
6	Conocimiento Ayuda	*Especialista **Tener pacientes regulares	Falta de recursos que limiten el ejercicio y la decisión médica	Son tantos que es confuso	Competencia corruptiblemente regulada
7	Vocación Servir a la comunidad	*Especialista **Subespecialista	Fracaso	Útiles en unificación de conceptos sobre patologías	Corrupción e Ineptitud
8	Bienestar propio Altruismo	*Especialista y feliz **Subespecialista y feliz	Trámites administrativos que afecten procedimientos médicos.	Es más importante el bienestar del paciente.	Completo desastre
9	Servicio a necesitados Amor por el cuerpo y la fisiología	*Especialista en cirugía plástica **Ayudar como cirujano plástico	Exceso de horas de trabajo y baja remuneración	Mucho proceso burocrático que limita la labor del diagnóstico médico.	Inequitativo
10	Amor por la ciencia Ayudar al otro	*Especialista ginecología **Trabajar como ginecólogo	Retiro de la tarjeta profesional	Pocos profesionales siguen guías	Desgaste para el profesional de la salud
11	Interés por entender el cuerpo humano.	*Especialista **Tener clínica propia	Cometer errores	Regular compromiso	Malo

	Interés por entender la enfermedad				
12	Trabajar con la gente. Practicidad de los temas	*Especialista *Tener consultorio particular	Demandas judiciales injustas	Depende del personal	Ineficiente
13	Deseo ayudar a las personas. Interés en los temas	*Especialista **Tener un trabajo estable.	Fallar como profesional y pérdida del trabajo	La mayoría lo percibe lejano e impersonal	Buena idea para una época pasada.

Fuente: elaboración propia

\*Expectativa para dentro de 5 años. \*\*Expectativa para dentro de 10 años

### Apéndice E. Observación no participante

<b>Evento observado: Comité de Calidad</b> <b>Fecha: 21 de junio de 2018</b> <b>Hora de inicio: 9:00</b> <b>Hora finalización: 17 horas</b> <b>Lugar: Auditorio segundo piso del hospital</b>	
<b>Orden de día</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura por parte del Subgerente Científico</li> <li>2. Lectura del acta anterior</li> <li>3. Informes</li> <li>4. Acuerdos</li> </ol>
<b>Informes presentados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación de laboratorio</li> <li>2. Comité de calidad</li> <li>3. Coordinación de cirugía y partos</li> <li>4. Eventos adversos</li> <li>5. Estadísticas</li> <li>6. Informe visita referenciación hospital San Ignacio Bogotá</li> <li>7. Humanización</li> <li>8. Informe visita de referenciación Hospital San Rafael Tunja</li> <li>9. Comité de infecciones</li> <li>10. Comité de farmacia</li> </ol>
<b>Acuerdos</b>	Elevar el monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos, manuales y registros. Reportar incumplimientos.

**Apéndice F. Focus Group**

<p><b>Fecha: 11 de julio de 2018</b> <b>Hora de inicio: 15 horas</b> <b>Hora de Finalización: 16 horas</b> <b>Lugar: Oficina de la secretaría de la subgerencia científica</b></p>
<p><b>Guía de temas/preguntas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comente acerca de las circunstancias que añora de la experiencia de trabajo en el hospital.</li><li>2. Percibe que las relaciones interpersonales en el hospital han cambiado? De qué manera?</li><li>3. El hospital es ahora mejor como organización prestadora de servicios de salud?</li><li>4. Comente acerca del nivel de gratificación de su tarea en el hospital</li><li>5. Comente acerca de los factores a los que atribuye los cambios</li></ol>

Dirección General de Bibliotecas UHO

**Apéndice G. Resolución adjudicación de contrato con empresa de servicio temporal**

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
GERENCIA

RESOLUCIÓN No.334 de 2018.  
(10 DE SEPTIEMBRE)

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADJUDICA LA CONVOCATORIA PÚBLICA No. 30 DE 2018, CUYO OBJETO ES: SUMINISTRO DE TRABAJADORES EN MISIÓN A TRAVÉS DE EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN CON ENFERMERAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS, CONSULTA EXTERNA, CON PERSONAL SUFICIENTE Y CAPACITADO PARA CUMPLIR CON SU OBJETO SOCIAL COMO ENTIDAD HOSPITALARIA DE II NIVEL DE ATENCIÓN DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS REQUERIMIENTOS, CONDICIONES Y NECESIDADES DESCRITAS, CON OPORTUNIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA.

El Gerente del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E., en uso de sus facultades institucionales, legales y en especial las otorgadas por el Artículo 196 de la Ley 100 de 1.993 de diciembre de 2008, en concordancia con la Ordenanza 028 de 1.999, el Estatuto de Contratación Acuerdo No. 003 del 04 de Junio de 2.014 y demás normas de derecho privado.

**CONSIDERANDO:**

- a). Que el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. en cumplimiento del Estatuto Interno de Contratación, procedió a adelantar el proceso de Convocatoria Pública N° 30 de 2018, cuyo objeto es suministro de trabajadores en misión a través de empresas de servicios temporales para apoyar las actividades en el proceso de atención con enfermeras en el área de urgencias, hospitalización, sala de partos, consulta externa; con personal suficiente y capacitado para cumplir con su objeto social como entidad hospitalaria de II nivel de atención de acuerdo a los objetivos, requerimientos, condiciones y necesidades descritas, con oportunidad, eficiencia y eficacia.
- b). Que el proyecto de pliegos permaneció publicado en página web desde el 17 de Agosto al 31 de Agosto de 2018.
- c). Que mediante Resolución N° 311 del 24 de Agosto de 2018, se dio apertura a la Convocatoria Pública No. 30 de 2018.
- d). Que el pliego de condiciones definitivo permaneció publicado en página web desde el 24 hasta el 31 de Agosto de 2018.
- e). Que se llevaron a cabo todos y cada uno de los procedimientos determinados en la Convocatoria Pública No. 30 de 2018 conforme lo establecen los pliegos.
- f). Que a la fecha y hora prescrita en el cronograma para el cierre de la Convocatoria Pública No. 30 de 2018, presento propuesta la Empresa, S&A SERVICIOS Y ASESORIAS, de conformidad con lo consignado en el acta de cierre de fecha 31 de Agosto de 2018.
- g). Que una vez recibidas las propuestas fueron analizadas, evaluadas y calificadas por el Comité de Contratación, según Acta de evaluación preliminar N° 036 de fecha

RES.334/2018.



HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
GERENCIA

04 de Septiembre de 2018 de acuerdo a los parámetros de los términos de referencia.

h). Que al momento de efectuar la evaluación se evidencia que las tres propuestas restantes presentan un empate en cuanto a la calificación entre las Empresas, S&A SERVICIOS Y ASESORIAS.

i). Que una vez efectuado el procedimiento establecido en los pliegos de condiciones y teniendo en cuenta la propuesta presentada en cada uno de los ítems, el Comité de Contratación en acta de evaluación Definitiva N° 036 de fecha 04 de Septiembre de 2018, recomendó a la Gerencia adjudicar el contrato a la propuesta presentada por la Empresa, S&A SERVICIOS Y ASESORIAS, teniendo en cuenta que dicha propuesta cumple con todos los requisitos exigidos en los pliegos de condiciones.

j). En consecuencia, se procederá a adjudicar el contrato resultado de la Convocatoria Pública N° 30 de 2018, a la propuesta favorecida.

Con base en las consideraciones anteriores,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ADJUDICAR a la Empresa, S&A SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S., con NIT. 890312779-7 el contrato resultado de la Convocatoria Pública N° 30 de 2018, cuyo objeto es: suministro de trabajadores en misión a través de empresas de servicios temporales para apoyar las actividades en el proceso de atención con enfermeras en el área de urgencias, hospitalización, sala de partos, consulta externa; con personal suficiente y capacitado para cumplir con su objeto social como entidad hospitalaria de II nivel de atención de acuerdo a los objetivos, requerimientos, condiciones y necesidades descritas, con oportunidad, eficiencia y eficacia, por un periodo desde el día 15 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor total de QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 595.000.000) M/CTE, Con un AIU 11.5% + IVA.

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución no procede recurso alguno por la vía gubernativa.

ARTICULO TERCERO: Ordénese publicar en las páginas web [www.hospitalsogamoso.gov.co](http://www.hospitalsogamoso.gov.co) y [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co)

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la Gerencia del Hospital a los diez (10) días del mes de Septiembre del año dos mil dieciocho (2018).

ORIGINAL FIRMADO

JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ  
Gerente

Elaboro: Alexandra Beltrán C.  
Abogada Aux. Jurídica y contratación.

RES.334/2018.

**Apéndice H. Tablas de categorización de los datos de entrevistas por dimensión.****Notas para este anexo:**

- a). La dimensión uno no está en estas tablas porque se desarrolló con estudio documental.
- b). Las columnas G1; G2; G3,5,6 y G4 denotan los grupos de informantes que de acuerdo con la tabla 3.15 corresponden así:

G1: Médicos  
 G2: Enfermeras  
 G3: Administrativo  
 G4: Pensionados  
 G5: Exfuncionarios y directivos  
 G6. Asesores Externos

**DIMENSIÓN 2****PRÁCTICAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

**Proposición:** El cambio en las prácticas de gestión de los servicios en el hospital, han tenido lugar bajo el mecanismo del isomorfismo coercitivo; los mandatos gubernamentales han obrado como mitos institucionalizados, para garantizar condiciones de legitimación, que se materializan en habilitaciones y acreditaciones de los servicios.

<b>Agentes de cambio 1998-2018</b>			
<b>Cambios en las prácticas de gestión</b>			
<i>Cómo han cambiado las formas de prestar los servicios en el hospital, en el transcurso del tiempo que usted ha estado vinculado?</i>			
<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>
Anteriormente se morían las personas, no tenían acceso a una red pública donde los atendieran. Si usted me pregunta la ley 100 es maravillosa, si le pregunta a uno de la vieja guardia la ley 100 fue lo peor que nos pudo ocurrir.	El trabajo se hacía con precariedad de elementos: los guantes se lavaban y reutilizaban, no habían toallas para secado de manos, usábamos una sábana, no contábamos con jeringas desechables, las hervíamos. Había mucha austeridad en el uso de los recursos.	Si en la epicrisis falta la lectura de una radiografía, ahí hay una glosa. Digamos que es bueno, se asegura la calidad del servicio.	Había que luchar pero se atendía a la gente en dónde fuera.
<i>La secretaria de la EPS o el auditor, deciden si al</i>	Hay gente que no tiene sentido de pertenencia con su trabajo, por el	Las EPS tienen profesionales, técnicos y	Cuando se reestructuró el hospital mucha gente que salió

<i>paciente se le hagan o no los exámenes que el médico autoriza.</i>	suelo no más, no atienden que las historias del paciente remitido hay que pasarlas, pero a veces como que no se tiene ese sentido.	tecnólogos revisando las cuentas. Cuando hay un error se glosa toda la cuenta.	ya tenía de antes la cooperativa lista.
<i>No cuenta la voluntad del paciente ni la del médico, el sistema decide si "yo lo puedo seguir viendo" o lo manda a donde otro.</i>	Hemos mejorado muchísimo en cuanto a calidad y seguridad del paciente, ciento por ciento. La atención es buena por eso se nos congestionan las urgencias.	Una cuenta es objetable por tarifas, por soporte, por no ser pertinente al paciente, por demora en la atención.	Facturábamos en unos formatos, se le cobraba al paciente si podía pagar, porque se le hacía estudio socioeconómico, más que todo se facturaba al Seguro Social que mandaba allá sus afiliados, se atendía a los de la cárcel y a los de la policía
<i>Antes se tomaba más tiempo para ver el paciente, ahora para diligenciar un documento que es público</i>	Ahora se escucha de seguridad del paciente, antes no, ahora se usa un manilla para el paciente, lo de la desinfección, ahora todo es con siglas, uno tiene que familiarizarse con ellas, antes era más simple.	El hospital tiene 4 auditores: dos hacen preauditoría en facturación y dos contestan las glosas que generan las EPS.	Con lo de un bazar compramos unas cortinas y unas persianas para hospitalización.
<i>La toma de exámenes al paciente no depende de que el médico ordene sino de una señorita de la EPS, entonces es necesario dejar todo escrito: qué ordenó y por qué ordenó.</i>	Anteriormente uno no usaba guantes para los medicamentos, era e lavado de manos, ahora es con guantes y tapabocas. Par todo hay guías.	Estas normas surgieron para proteger el sistema de entidades que no obran correctamente y sobrefacturan, cobran lo que realmente no aplican o no hacen.(Audit m).	En la crisis económica del hospital no había para comprar insumos, yo compraba por la tarde un queso y un arequipe y al otro día desde las 7 de la mañana lo rifaba, con eso compraba alcohol, esparadrapo, algodón, para canalizar los niños porque no había con qué.
<i>Los auditores médicos de la EPS están viendo en que fallán los médicos del hospital para no pagar.</i>	Hay cosas que se tomaron pero se mejoraron, por ejemplo la entrega de turnos se hacía delante del paciente, ahora se hace en el pasillo, para no	Un médico con una cantidad exorbitante de pacientes, trabajando bajo presión y tiene que escribir, y pensar que un auditor de la EPS le va a revisar, y	

	<p>incomodar al paciente, solo se entra para saludarlo. Lo del kardex ya no. Ahora por computadores es todo superconcreto.</p>	<p>va a estar pendiente de todo.</p>	
<p><i>Las EPS glosan las cuentas al hospital, luego llaman a conciliar para pagar cualquier valor. A los auditores médicos les pagan por cuenta glosada.</i></p>	<p>La nota de enfermería tiene que ser muy objetiva. El lenguaje tiene que ser más técnico.</p>	<p>Si en urgencias un paciente llega con dolor de estómago, característico de gastritis, el médico le ordena varios exámenes para descartar afecciones de riñón, la EPS dice no era necesario esos exámenes no se los pago.</p>	
<p><i>La EPS puede esperar a quebrarse y nunca pagar, ya ha pasado.</i></p>	<p>Antes el paciente era la persona que se sentaba pacientemente a esperar que lo atendieran sin ningún tipo de exigencia.</p>	<p>El médico se tiene que limitar a hacer lo mínimo con cada paciente.</p>	
<p><i>Cualquier paciente que pise urgencias hay que atenderlo, sea del contributivo, el subsidiado o la prepagada.</i></p>		<p>Si se recibe un paciente con politraumatismo y se le hacen varias cirugías en momentos diferentes, la EPS no tiene reparo en reclamar porque no se le hicieron todas las cirugías a la vez, para bajar costos.</p>	
<p><i>Normalmente los pacientes que vienen traen muchos sufrimientos, hay que escucharlos, mirarlos a los ojos, pero eso no se le puede pedir a todos médicos. Depende de la persona.</i></p>		<p>El médico se siente terrible, los controles son buenos pero cuando ya se excenden ya no es bueno.</p>	
<p><i>Que yo le preste más cuidado a la</i></p>		<p>El paciente le pide al médico que le orden</p>	

<i>computadora que al paciente, depende de la persona.</i>		exámenes pero este tiene que decirle que no porque en la EPS hay un auditor médico que le va a revisar que exista la justificación suficiente, y no se los va a autorizar.	
La gente ya sabe y se queja y comenta: es que me atendió un practicante y vienen las demandas.		Al hospital le toca hacer inducción para explicar que deben registrar todo, soportar todo, hacer bien para evitar la glosa.	
La mercantilización de la salud ha puesto al hospital a competir y se ha mejorado en instalaciones, tecnología, se dispone 24 horas de especialistas. El paciente se siente seguro de venir al hospital..		Los tiempos son relativamente estándares, en consulta externa son 20 minutos, en urgencias hay un promedio de 15 minutos.	
Como ahorita no hay escasez de recursos y además hay incertidumbre por la parte laboral, entonces la gente desperdicia.		En consulta externa le dicen al médico hay cuatro horas y le mandan 36 citas, generalmente cuatro por hora y a veces le meten el quinto pensando que alguien no viene.	
Lo de la humanización del servicio no se logra de un día para otro, es más lo que se trae de casa. Aquí se ve indolencia, se deja a la señora que sufra dolor, se le dice		Como enfermera llego a desempeñar un cargo administrativo cuando para mí prima la vida, la dignidad, la salud,	

<p>espere que ya le vamos a tomar exámenes, pero no se le ayuda a aliviar el dolor.</p>		<p>para mis antecesores lo único que importaba era cobrar, cobrar, cobrar. Hay que encontrar un término medio</p>	
<p>La práctica médica de los médicos generales está limitada, son los que más perciben que se les valora por el volumen de pacientes que atiendan.</p>		<p>Un administrador dice: se cobra así, se hace así, se trae acá, yo lo hago pero siempre intento ponerme en el zapato de la persona que está en la misión.</p>	
<p>Los recursos se quedan en manos de terceros y al paciente hay que atenderlo en medio de precariedades, ejemplo que no se cuenta con una ambulancia disponible para una emergencia, no hay un tomógrafo.</p>		<p>Ahora viene la concientización del equipo misional, decirle al médico, sumercé atendió perfectamente al paciente pero no me anotó esto acá entonces yo no puedo cobrar.</p>	
<p>Lo único que se puede aplaudir de la ley 100 es la cobertura, la calidad no porque no llegan los recursos. La plata se queda en los políticos</p>		<p>La facturación tiene que ver con el cumplimiento de guías, protocolos y registros, con el tema de seguridad del paciente, de calidad; ellos piensan que la factura es un problema de los facturadores.</p>	
<p>Lo que más ha cambiado en la práctica son los tiempos y las condiciones, tienes de 15 a 20 minutos</p>		<p>En este momento desde el portero hasta el gerente son responsables de que podamos</p>	

para un paciente, difícilmente se puede hacer un examen físico adecuado.		cobrar bien el servicio que prestamos.	
<b>Guías, protocolos, manuales, registros</b>			
<i>Cuál es su percepción en relación con las guías, protocolos, manuales y registros que se siguen para la prestación de los servicios?</i>			
<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>
<i>Las guías y manuales no restringen le dan respaldo científico, para auditorías, para defensas, para estadísticas</i>	Al principio molestaba mucho lo de las guías y protocolos, nos tuvieron una capacitación mensual, ocho horas, era mamón	Si en urgencias el médico ordena a un paciente imagenología y laboratorios y por estar atendiendo a 10 pacientes, se le olvidó escribir los resultados, la EPS no los paga porque no fueron interpretados entonces no sirvieron para el diagnóstico.	Hoy las normas hay permitido más seguridad claro, por ejemplo las mamás dejaban pañales de tela para los niños, pero las que no tenían con qué nosotras les poníamos a los niños sacos viejos, pedazos de jean. Vestíamos a los niños con ropa que la gente regalaba.
<i>Las guías y protocolos siempre han existido, lo que pasa es que ahora el Ministerio les ha metido la mano para decir si usted no los cumple no lo habilito</i>	Lo efectivo fue que nos obligaron mes a mes a las capacitaciones, porque cuando pusieron voluntario la gente no iba.	Para el médico es un compromiso importante, tiene que entrar al sistema hacer la historia clínica, abrir varios link y tomar datos para llevar a la historia, y todo tiene que estar soportado.	Han cambiado cosas para bien, por ejemplo nosotras teníamos que sacar a las mamás a las seis de la tarde todos los días, y les quitábamos la teta a los niños, afortunadamente ahorita la situación es otra. El esposo ahora puede estar con la mamá en el parto.
Aquí en el hospital por naturaleza hay resistencia al cambio. Si me gasté seis años estudiando y durante 15 he venido haciendo lo	Uno se da cuenta, es lo más lógico del mundo, uno no va a dejar tirado su paciente o nace el bebé y espere que estoy escribiendo,	Los pacientes comentan: el médico ya no me mira a los ojos, está todo el tiempo escribiendo en el computador.	Recuerdo una vez estábamos haciendo las normas, los protocolos y los procedimientos para eso nos daban los lineamientos, y de la

<p>mismo, por qué ahora me vienen a decir que tengo que...Al hospital le ha faltado mano dura. La gente debe adherirse a nuestro modelo de atención. Falta vigilancia y seguimiento.</p>	<p>pues no, y después hágale a lo que tenga que escribir, en realidad lo hace así todo el mundo, eso desgasta.</p>		<p>noche a la mañana, señora ya cambiaron los lineamientos, y ni siquiera habíamos terminado.</p>
<p>Hay falta de conocimiento de los procesos como tal y miedo al cambio. La gente ganaba bien y de un omento a otro el trabajo se aumenta, gana menos, fue muy nocivo para ellos</p>	<p>Mire yo estuve antier, ayer y hoy de turno, y tengo que sentarme a escribir, terrible la situación porque cambiaron e sistema. En sala de partos todo el mundo estaba agarrado con el que entregó turno, con el que recibió turno, porque usted me dejó pendientes de este turno y cómo es que voy a solucionar eso, porque es que ahora todo hay que registrar, eso atrofia terrible, eso entorpece el trabajo.</p>	<p>La EPS se vale del protocolo que no siguió, del registro que no se hizo, del manual que no se siguió para no pagar.</p>	
<p>Tengo pacientes que tienen un medicamento, y tengo que pedirles unos laboratorios cada seis meses, y la respuesta de la EPS es por qué el fisiatra pide pruebas de función hepática, no, tiene que ir al internista a ver si es necesario.</p>	<p>Lo digo sinceramente a veces como que las cosas a mano eran mejor. La pobre jefe de sala sale de turno y quédese a esperar hasta que le solucionen en farmacia esto y esto, porque no le puede dejar el turno a la otra así.</p>	<p>Lo que no está escrito no sirve, no lo podemos justificar y nos se pueden recuperar los costos.</p>	
	<p>Después de un turno de 12 horas se tiene uno que quedar a cuadrar lo del sistema.</p>	<p>Hay una guía de atención para el infarto agudo al miocardio, para enfermedad vascular,</p>	

		enfermedad pulmonar. Los médicos a veces no la actualizan y la EPS llama la atención, cuando no paga exámenes o procedimientos que ya no están vigentes en la guía.	
		No quiere decir que antes sin guías no había calidad, lo que pasa es que hoy hay que documentar y se puede evidenciar que no cumplió. Y la gente si se siente vigilada.	
		Las guías y protocolos del ministerio son elaboradas científicamente, pero aquí se adoptan o se adaptan, en todo lugar no se pueden hacer las cosas de forma idéntica. Si se hacen adaptaciones es necesario aprobarlas por comité.	
		Las glosas son de fondo: son por pertinencia, provoca conflicto entre el médico auditor de la EPS y el médico auditor del hospital, viene una conciliación en la que pierde el hospital.	
<b>Habilitaciones de servicios, acreditación del hospital</b>			
<i>Por qué y para qué las habilitaciones y acreditaciones. Cómo el hospital logra habilitar sus servicios. Qué está haciendo para acreditarse?</i>			
<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>

<p><i>Viene la la habilitación, llegan los auditores, hay que poner bonito para la foto, hay que demostrar que se controla, se necesita gente y suministros pero no se tiene la plata, porque las EPS no pagan.</i></p>	<p>En Sogamoso todos los lugares para atender partos están cerrados, el único que atiende es el hospital porque es el único habilitado. El trabajo se incrementó</p>	<p>En Colombia y América Latina se habilitan los servicios, en Europa entran a ofrecer los servicios con estándares altos de calidad, acá lo que se hace es lograr unos mínimos.</p>	<p>Cuando se empezó hablar de las habilitaciones nos daban mucha capacitación, pero las de contrato no iban, porque esas horas no se las pagaban, o sea aprenden si les pagan y si no, no aprenden. Al comienzo si pagaban por ese tiempo a los de contrato pero el Dr Piñeros hizo cuentas y eso era mucha plata</p>
<p><i>Ahora se le debe informar muy bien al paciente de lo que se le va a practicar, dejar constancia de eso. Todo lo que se le haga debe registrarse. Requisito clave para la habilitación</i></p>	<p>Uno ve que es más importante el jediondo sistema, la papelería, que el paciente, desafortunadamente.</p>	<p>Para dar seguridad al paciente debe seguirse una norma, de no ser así cada uno va a atender como quiere. En la práctica se ve reflejado en la calidad del servicio.</p>	
<p>El cambio mental es grande, vamos por buen camino, la falla no es del sistema es de los intermediarios entre el usuario y el sistema, es muy difícil que tu puedas hacer medicina.</p>	<p>Esos procesos son un gran desgaste, ahora nuestros turnos son de 12 horas, uno llama que traigan el almuerzo y el almuerzo está allá metido, a veces embútase el almuerzo y siga trabajando. Nosotros no somos como en una oficina que a la hora del almuerzo me voy.</p>	<p>La acreditación la recibe el hospital y los servicios se habilitan. Para la acreditación se necesita dinero, sólo hay 9 ips públicas acreditadas en Colombia y 32 privadas. Son 7 estándares para habilitar, tenemos 62 servicios habilitados. Para acreditar son 158 estándares.</p>	
	<p>Dios mío a veces dice uno, será que no pueden venir a hacer un turnito para que se den cuenta, yo creo que todo el mundo decimos lo mismo, por ejemplo los certificados de nacido vivo ahora es tómele la foto al</p>	<p>Para la gente tiene que ser un orgullo trabajar en una institución acreditada, en Boyacá no hay. Pero acreditarse se necesita que toda la gente sea de planta. Aquí con la gente</p>	

	certificado, envíelo a un grupo, eso es administrativo... no hay tiempo para eso, cada vez aumentan más, que ahora toca llenar este registro porque no sé qué...	tercerizada nos toca pedirle a las empresas que le diga a la persona que...	
		No todos tienen la expectativa de que seamos acreditados y depende de la gerencia, el de ahora lo tiene en su plan, pero puede venir otro y decir esto no me gusta. Aquí está difícil la gente está por uno dos años entonces piensa ya yo me voy a ir de aquí, no me interesa.	
		Estos hospitales están más afanados en tener certificaciones de calidad que en atender bien a sus pacientes. Cuenta más el proceso y el procedimiento que la parte humana.	

### DIMENSIÓN 3

#### RELACIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS AGENTES

**PROPOSICIÓN:** Las relaciones y expectativas de los agentes en el hospital, se han transformado como consecuencia de cambios en los significados que comparten, acerca de la misión del hospital y de la labor del profesional de la salud. Este cambio está influido por la construcción de mitos (al interior de la organización) que avalan la nueva gestión hospitalaria, pero también por las resistencias al proceso de cambio organizacional.

#### Agentes de cambio 1998-2018

#### Cambios en los significados compartidos

*Qué es para usted el hospital, el médico, el paciente, el gerente?*

<b>G1</b> cursiva: antiguos	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>
<b>El hospital</b>		.	
<i>Esto no es nada, es una vergüenza. este sistema de salud se tiene que acabar. Los congresistas son los dueños de las empresas y se están quedando con la plata de la salud</i>	Antes una enfermera jefe era súper respetada, el liderazgo se ha perdido.	La misión del hospital es atender pacientes con eficiencia, eficacia y calidez.	Para mí haber trabajado en esa noble institución fue lo más bello que me pudo pasar. Fue una parte de mi vida linda. A mí me duele escuchar hablar mal de ese hospital.
<i>El hospital era de caridad, ahora el Estado le dijo al hospital su producto es servicio de salud, oferte, negocie, venda y sobreviva, ese es no es problema, el problema es que lo que yo le vendo usted no me lo está pagando.</i>	Si el paciente pasa una nota de mala atención y la responsabilidad es de alguien de cooperativa, la sacan.	Se es consciente que se pueden cometer errores, que seres humanos y máquinas pueden fallar, por eso se atienden las normas de seguridad del paciente.	Nosotros éramos una gran familia cuando yo entré al hospital había un director no se llamaba gerente, era el doctor Julio Sandoval Medina, era una persona limpia, transparente.
	Yo soy de una temporal. Aquí las de contrato nos toca trabajar muchísimo, muchísimo. La razón de venir a este hospital es nuestro salario, con el comemos, nos vestimos.	El hospital es un ente público en cuanto que tiene que atender a todo el mundo y en cuanto a que se contratación tiene unas reglas en los principios de Ley 80, en lo demás son empresas privadas.	Duramos seis meses sin sueldo pero no dejamos cerrar el hospital, hacíamos bazares, pedíamos ayuda a los alcaldes. No nos amenazaban con reestructuración sino que lo iban a cerrar.
	El hospital para mí muy importante porque el hecho de no tener un trabajo uno se siente inútil, vivir encerrado en una casa, el estrés... El trabajo lo desestresa a uno mucho y además hacer lo que a uno le gusta.		Lo que pasa con la gente que está ahora, es que cuando a uno le cuestan las cosas uno las quiere, pero cuando llega y todo está servido en bandeja de plata, porque nosotros trabajábamos con las uñas pero queríamos nuestro trabajo

		Somos un hospital de puertas abiertas: principio de la universalidad	Cuando yo estudié había mucho profesionalismo y mucha ética en las instructoras, creo que hoy la culpa la tienen las universidades, no enseñan aquello que uno no puede aprender en un libro, la gente nueva no está centrada, no se les ven ganas de hacer las cosas, como que si tengo que caminar para allá camino.
<b>El Médico</b>			
El médico es menos que técnico, el paciente exige, la EPS cuestiona el hacer médico, dilata mucho, antes se tenía una vocación de servicio, pasamos a ser un funcionario que obedece órdenes de muchas partes, se convierte en la mitad del sándwich entre el paciente y su EPS, y mi paciente ya no tiene fidelidad porque no depende de mí sino de un régimen subsidiado.		Desde el 93 para acá el profesional de la salud viene decayendo, porque antes entraba a un hospital encontraba profesionales, hoy encuentra cooperativas asociativas de trabajo, temporales, pero nadie que se haga responsable del paciente, nadie se hace responsable de nada. J.C.	Aquí en Sogamoso los médicos especialistas tienen dos y tres trabajos, ellos están bien, los médicos generales si no. Y la tienen muy difícil para hacer especialización, no hay cupos, en la Clínica del Bosque estos días se presentaron 180 y el cupo era de tres.
<i>El médico era una persona de mucha relevancia en la sociedad, había libertad para ejercer la profesión, hoy somos un obrero más de la empresa. La sobreoferta de médicos en el país ha ayudado también</i>	Este gerente lleva ocho años, y ha dado estabilidad a la gente, porque si en la licitación no gana mi empresa temporal, es muy probable que la que gane me contrata, pero parece		Este gerente como que se preocupa por la gente, y por el hospital.

<i>a la pérdida de status y de posibilidades económicas.</i>	que el gerente pide eso.		
<i>Las escuelas de medicina también son más laxas y cuidan su indicador de deserción y el joven es relajado.</i>			
<i>Antes el médico aprendía sobre el paciente directamente con la debida supervisión, hoy es en laboratorios de simulación, muchos llegan aquí sin haber atendido nunca un parto.</i>			
<i>El médico general siente que le toca trabajar 1, 2, 3 años mientras se puede ir a especializar</i>			
El médico era una persona valiosa, visible. Hoy el médico general se siente subvalorado por el paciente.			
Yo trabajo por los pacientes, tengo un pensamiento altruista, aunque soy de una empresa temporal.			
Los cambios en el lenguaje de la presentación personal ha influenciado también la visión que la gente tiene de nosotros			
<b>El paciente</b>			
El paciente ve al médico general y	A mí me fascina lo que hago, le doy	La gente cree que como el hospital es	

dice, ese no sabe, me tiene que remitir al especialista.	inmensas gracias a Dios porque yo disfruto lo que hago: cuidar a la materna y a su bebé, yo digo que si me mandaran para urgencias, muero. Yo lo entregó todo por la mamá y su hijito.	público, todos tenemos la obligación de atenderlo.	
<i>La gente reclama cuando los atiende un practicante y eso es un riesgo para el hospital</i>		El paciente ahora no tiene paciencia. Se colapsan las urgencias porque no utiliza el primer nivel donde le corresponde, y dice aquí me tienen que atender.	
<i>La gente ya no tiene reparo en enfrentársele al médico, en agredir a todo el personal de salud</i>			
<b>El Gerente</b>			
El gerente era una autoridad científica, resolvía asuntos de la práctica médica. Hoy es más importante que sea buen matemático.	Este gerente es buena gente y ha cuidado de nuestra estabilidad.		
<b>Cambios en las relaciones y expectativas de los agentes</b>			
<i>Cómo considera que han cambiado las relaciones entre las personas que prestan sus servicios al hospital?</i>			
<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>
Existen unos privilegios para el personal de planta que no los tiene el personal tercerizado, y los primeros se sienten	Teníamos sentido de pertenencia, queríamos mucho al hospital, había mucha solidaridad y se trabajaba en equipo. Ahora eso	Los médicos especialistas se ponen muy enojados cuando se les dice que no registraron unos exámenes que ordenaron o que no registraron la	Ahora la gente está muy desmotivada, es que antes nos respetaban todos los derechos conseguidos por convención

con poder sobre los segundos. (cuevas)	no se ve, cada persona es como un estrés, le damos duro a la otra, no tenemos sentido de pertenencia, nadie cuida las cosas.	interpretación de los mismos, pero esa es la tarea de la auditoría.	colectiva de trabajo, en todos estos municipios habían promotoras de salud y eran pagas por el hospital.
Éramos todos una familia, el gerente se sabía los nombres de todos, sabía donde vivía el de mantenimiento y cómo se llamaba su esposa, sus hijos y dónde vivían. Yo hoy no conozco a muchos.	Las que son de empresa temporal levan 3 y 4 años con el mismo salario, nosotros tenemos cesantías y vacaciones, ellas no. Uno trata de meterlas en el cuento.	Hay médicos especialistas que nos detestan a los auditores, porque nos toca decirles por qué dejó el paciente 3 días, por qué no operó, por qué no registró.	Nunca nos evaluaban los mismos jefes sabían que toda su gente era buena
Con tantas tareas y exigencias, el papel que cumple el médico es netamente profesional, no hay posibilidad de que la interacción sea familiar.	Antes una jefe de enfermeras era súper respetada, uno era muy organizado, ayudamos a sacar adelante el hospital con un año sin salario. Les dí estudio a mis hijos por esta institución. Hoy no les interesa nada.	Debería de haber en la universidad una cátedra de facturación y auditoría.	A los jefes no les teníamos temor, les teníamos un profundo respeto. Nos reíamos mucho de todas las piruetas que hacíamos, el trabajo en equipo era muy bueno. No recuerdo que un jefe nos haya tratado mal o que una compañera me hiciera sufrir, no.
El especialista como va de un lugar a otro tiene menos posibilidad de interactuar con los compañeros.	No se qué pasó con ese liderazgo, ninguna toma la iniciativa, yo soy la que defiende el grupo.	Los de auditoría médica están con una SAS que no les paga primas y prestaciones. Los de facturación están con otras SAS que si les paga eso.	Cuando todas éramos de planta el trabajo era muy chévere, todos trabajábamos muy rico porque no había discriminación, cuando llegaron tercerizados ellos mismos se discriminaban ante nosotros.
	Terrible las enfermeras son distintas empresas y	En una misma unidad de trabajo hay médicos o auxiliares con la misma tarea pero diferentes	Recuerdo que nos reíamos tanto que hasta nos mandaban

	se ve con claridad la rivalidad entre ellas.	condiciones salariales porque pertenecen a distintas empresas, eso genera desmotivación.	razón que bajáramos el volumen.
	Claro las relaciones han cambiado ahora no hay solidaridad, la gente hacía banquetes, había mucha camaradería, se sentía como una familia. Hoy por la tercerización nos miran a las de planta como las dueñas.	Tenemos gente que aunque sea bien remunerada y tenga estabilidad, sea de planta, es malgeniada y antipática, ahí hay que rotarlos para evitarles el contacto con la gente.	Hoy la gente es muy envidiosa, uyy... hay gente tenaz, así como hay gente buena también hay gente muy difícil.
	Hoy se le presta una mejor atención al paciente la dieta asistida, destaparle los alimentos, ayudarlo a sentar, darle comodidad al paciente; antes no se hacía.	Creo que lo que los une a todos, en algunos momentos son los concursos por áreas, que se hacen en desarrollo de las campañas.	La gente tercerizada le importa llegar a cumplir su turno y chao, les da lo mismo si hay o no hay, porque la gente no tiene sentido de pertenencia
	Las relaciones de poder hayan cambiado, las cooperativas no hace un filtro, es el de la cooperativa que dice si o no, finalmente no se sabe quién es el jefe. Ya nadie siente que aquel es mi jefe.	Cuando entras a un hospital te encuentras con una enfermera de 2 millones de sueldo, otra con 800 mil pesos. Empezamos a parametrizar el trabajo de la gente, el tema es la presión psicológica, acoso laboral, etc.	Terrible ahora para la gente, cada tres meses tienen que volver hacer todos los papeles para el nuevo contrato, es mucho desgaste, vuelva arme su hoja de vida.
	Antes cada uno evaluaba su personal, ahora ha no, las personas cometen errores y no se hace nada, a la gente de empresa temporal nadie le dice nada.		La gente a uno lo respetaba mucho, las auxiliares de enfermería se dirigían a la enfermera profesional como jefe, ahora es Gladys,

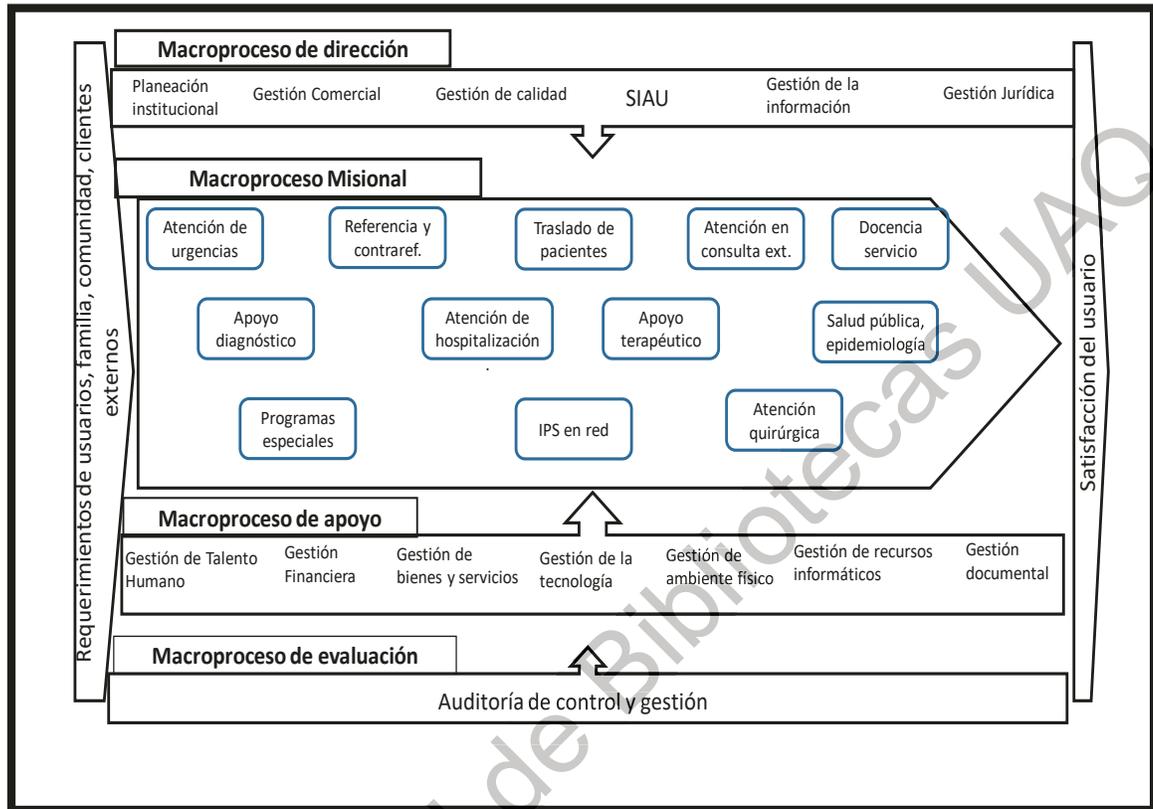
			Martha....Ahora no hay jerarquías.
	Yo les digo por qué se tiran tan duro las una con las otras? Eso nunca lo viví yo, antes que empezaran todo esto de la tercerización, el paciente no era de una era de todas. Si alguien está deprimida le caemos encima. Pero delante del paciente le ofrecen muy buena atención.		Antes sacábamos tiempo para tomar tinto y onces, pero trabajábamos con ganas.
	La gente se siente del hospital a pesar de ser tercerizada		La gente de contrato vive a la defensiva para todo.
	Yo añoro la solidaridad que era tan grande eramos como una familia, trabajábamos en equipo.		
<i>Cuál es su expectativa y su temor para los años venideros?</i>			
El mayor temor es que se sigan robando la plata de la salud y un día no pueda ser viable este hospital	. Le temen a enfrentarse al grupo y a las normas nuevas porque cada día hay una norma. Es difícil estar actualizado, los cambios son muy rápidos.		
El temor es que esto se nos vuelva un Venezuela			
La estabilidad laboral es clave para la gente. La gente vive pensando que todos estos puestos son políticos. Hay una gran sensación		Creo que es un mito lo de la inestabilidad, pues si bien cada seis meses abren licitación para las empresas	

de inestabilidad. Para el hospital es traumático que la empresa de tercerización traiga personal nuevo, pero si lo hace no podríamos impedirlo, son las reglas de juego.		temporales, las personas continúan.	
<b>Creencias que avalan la nueva gestión hospitalaria</b> <i>Cuáles son esas verdades en las que usted cree que se sustenta la cotidianidad del hospital?</i>			
Como la normatividad y las condiciones para la prestación de los servicios son tan cambiantes, la gente sabe que se tiene capacitar todos los días.	Para la nueva generación el trabajo no es su vida. No hay vínculo afectivo con el hospital.	Es imposible pensar la viabilidad del hospital sin auditoría médica. Sin una unidad de trabajo que responda glosas, se perderían miles de millones de pesos para la entidad.	La plata de la salud se la envían a cuanta EPS quieren hacer en un garaje. Lo bonito antes era que el Ministerio le mandaba la plata al hospital.
Si el ejercicio médico se hace por algo distinto que al amor a servir, siempre habrá gran frustración. Nuestro oficio es salvar vidas.	Aquí funciona bien lo de la cartera, por eso nos dan lo que pedimos, tenemos todos los materiales para la seguridad del paciente.	Lo más importante para que el hospital funcione bien es que todos estemos actualizados en las normas.	
A partir de la ley 100 la medicina se volvió un trámite burocrático: papeleo, papeleo.	Vea que la atención ha mejorado ahora es con mucha humanización.  Humanización es que el usuario sepa quién soy yo y en qué le puedo ayudar, ahora el paciente timbra y uno debe ir inmediatamente, antes no era así.	En los países desarrollados para empezar a funcionar como prestados de salud se deben tener altos estándares de calidad, aquí tenemos que hablar de habilitación para tener los mínimos.	
Permanecemos cansados se refleja en nuestra presentación personal, antes el	El paciente de antes era del campo era muy pobre, era un servicio de caridad.	Cualquiera que sea la eps del paciente, tenga o no tenga afiliación aquí es atendido. Este es un	

médico era muy pulcro, muy blanco.		hospital de puertas abiertas.	
Aquí está muy jerarquizada la actividad médica, si todos nos pudiéramos especializar sería más equitativa la condición laboral. El subespecialista es intocable.			
<i>El problema no es la ley 100, sino los intermediarios</i>			
<b>Ceremonias, símbolos, principios compartidos</b>			
<i>Con cuáles ceremonias, símbolos o principios se siente verdaderamente identificado?</i>			
El día del médico. Claro que antes era muy importante ese día, ahora ya es algo ahí muy sencillo.		El principio de la universalidad Símbolo: el logo del hospital La ceremonia: la fiesta de fin de año	La fiesta de fin de año era en el parqueadero del hospital, nos daban una gallina en una bolsa para cada uno y una botella de aguardiente.
El Logo del hospital, realmente es un orgullo lucirlo. Queremos el hospital y nos gusta decir que trabajamos aquí	El logo del hospital regional de Sogamoso, es una institución reconocida.	Como símbolo únicamente el logo del hospital, lo prefiero.	
	Los cumpleaños y la fiesta de fin de año, pero pocas veces podemos ir.	Aquí los tercerizados dicen que pertenecen al hospital no a la temporal.	
		La fiesta de fin de año, es muy bonita, allá todos vamos, claro los misionales van algunos porque se les cruza con los turnos.	
	Esto está aquí lleno de empresas		

<b>Resistencias al proceso de cambio organizacional</b>			
<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3, G5, G6</b>	<b>G4</b>
Es muy difícil con los más viejos, es complicado que las personas adquieran el entusiasmo y la voluntad para estarse capacitando	.	La gente que viene trabajando con el hospital desde antes de la reforma, es muy difícil de cambiar.	
		El trabajo de interiorización de la plataforma estratégica, ha ayudado a incorporar algunos principios como el de la universalidad y el trato digno al paciente.	
		La adherencia a las guías es un trabajo arduo	

### Apéndice I. Mapa de procesos del Hospital Regional de Sogamoso



### Apéndice J. Acta de consentimiento informado

#### ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, en mi calidad de miembro de la organización Hospital Regional de Sogamoso, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Cambio Organizacional en el Sistema de Salud de Colombia. Estudio de Caso Hospital Regional de Sogamoso “ llevada a cabo por la estudiante de doctorado Marlén Suárez Pineda y dirigida por la Dra. Alejandra Urbiola Solís, de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en una serie de entrevistas que se realizarán durante el transcurso del estudio en mi comunidad.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo

negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por la investigadora en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, resguardada en la Universidad Autónoma de Querétaro y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio y con fines de divulgación científica en revistas especializadas.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes

**Nombre Participante**

**Investigador: MARLÉN SUÁREZ PINEDA**

---

**Firma**

**Firma**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá hacerla a la siguiente persona y dirección: Marlén Suárez Pineda, celular 3124366374, correo electrónico: [marlen.suarez@uptc.edu.co](mailto:marlen.suarez@uptc.edu.co)

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con el Presidente del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro teléfono 01442 1921200 ext.3247, Correo electrónico: [ceiuaq@gmail.com](mailto:ceiuaq@gmail.com)