

Cambio organizacional en el sistema de salud colombiano. Una mirada desde la perspectiva institucional*

*Organizational Change in the Colombian Health System.
A Look from the Institutional Perspective*

Marlén Suárez-Pineda¹
Alejandra Elizabeth Urbiola-Solís²

Resumen

La teoría organizacional convencional se ha ocupado del fenómeno del cambio en las organizaciones desde distintos enfoques, anteponiendo las lógicas racionalistas a las visiones relativistas. Se pretende con este trabajo hacer la aproximación desde la perspectiva institucional, a través del estudio de caso en un hospital regional de Colombia. Se trata de un estudio amparado en el paradigma subjetivo, que utilizando una metodología interpretativa, pretende la comprensión de la realidad a partir de la lente de los sujetos que desarrollan la acción social. Hallazgos parciales señalan que las presiones del campo organizacional producen un proceso de institucionalización en las organizaciones hospitalarias, las que orientan sus estructuras y planes hacia la conformidad con el campo, para asegurar la legitimidad y con ella su permanencia. Esta investigación se convierte en una evidencia empírica de la acción organizacional como constructo social, que sostienen los teóricos del neoinstitucionalismo sociológico.

Palabras clave

Cambio organizacional; perspectiva institucional; sistema de salud.

Abstract

Conventional organizational theory has dealt with the phenomenon of change in organizations from different approaches, putting rationalist logic before relativist visions. This work aims at approaching this concept from the institutional perspective, through a case study in a regional hospital in Colombia. The study is based on the subjective paradigm that, using an interpretative methodology, aims at understanding the reality from the perspective of the subjects that perform the social action. Partial findings indicate that the pressures of the organizational field produce a process of institutionalization in hospital organizations, which guide their structures and plans towards compliance with the field, to ensure legitimacy and with it its permanence. This research is an empirical evidence of organizational action as a social construct, which is supported by the theorists of sociological neo-institutionalism.

Keywords

Organizational change; institutional perspective; health system.

Fecha de recepción: 3 de agosto de 2018
Fecha de evaluación: 20 de noviembre de 2018
Fecha de aceptación: 13 de diciembre de 2018

Este es un artículo Open Access bajo la licencia BY-NC-SA
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)
Published by Universidad Libre



* Artículo de investigación como resultado parcial del proyecto “Cambio Organizacional en el Sistema de Salud Colombiano”.

1 Magíster en Administración. Estudiante de doctorado en Administración de la Universidad Autónoma de Querétaro. Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: marlen.suarez@uptc.edu.co. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2104-3977>
2 Doctora en Estudios Organizacionales de la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa (México). Docente Universidad Autónoma de Querétaro (México). Correo electrónico: alejandra.urbiola@uaq.mx. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5782-6215>

Introducción

Los diseños del consenso de Washigton, fundamentados en el modelo ideológico y político del neoliberalismo, se mostraron como el camino a la estabilidad y la liberalización en la región latinoamericana, para finales de la década de los 80. Este paradigma se concreta en desregulación, privatización, liberalización comercial, disciplina fiscal y reordenación de las prioridades del gasto público entre otros temas (Williamson, 1991).

En el marco de esta doctrina neoliberal, Colombia enfrenta reformas en todos los ámbitos del Estado, y en el caso particular de la salud, con la Ley 100 de 1993 se 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 que es preciso comprender, particularmente en el nivel de los esquemas interpretativos de los sujetos que han experimentado el cambio.

El sistema de salud colombiano ha sido un objeto de estudio relevante en las dos últimas décadas por parte de los académicos en el país, sin embargo como lo señalan Merlano y Gorbanev (2013), luego de analizar 102 publicaciones en el período 1993-2012, los trabajos son poco relevantes para el debate nacional, toda vez que se limitan a la caracterización del fenómeno. Por su parte Guerrero, Gallejo, Becerril y Vasquez (2011) en una descripción que hacen del sistema señalan que el énfasis está puesto en los instrumentos financieros, descuidando otros aspectos que definen la efectividad del mismo.

Esta investigación se ocupa del cambio organizacional en el sistema, 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 pro-

ceso ocurrido en el campo organizacional, y expresado en los sistemas de significación de los actores, pretendiendo develar elementos del proceso de institucionalización de la organización, como consecuencia de cambios institucionales en el campo de la salud, derivados de la doctrina neoliberal. La investigación aprovecha recursos ofrecidos por una perspectiva teórica en robustecimiento, para alcanzar configuraciones argumentativas que expliquen con mayor claridad el fenómeno del cambio. La teoría institucional supera visiones superficiales, retoma variables simbólicas, mostrando de este modo mayor apego a la realidad de la dinámica organizacional (Alvarado, 2006).

El cambio organizacional y la teoría institucional

Las teorías dominantes de la organización han ofrecido importantes orientaciones para ver el fenómeno del cambio organizacional como un proceso racional, en ellas se enfatiza la dirección del cambio desde el ápice estratégico y se considera el principio de autoridad y la toma de decisiones como los elementos que pueden garantizar dicho cambio (Vértiz, 2008); bajo este paradigma no se reconoce que la racionalidad del sujeto es limitada, no posee información amplia y oportuna para tomar decisiones (Simon, 1997), tampoco se admite que en la organización no hay una cultura dominante sino un entramado de subculturas en las que pueden existir disrupciones y resistencias al cambio. El nuevo institucionalismo trata de llenar este vacío para comprender las razones por las cuales el sujeto organizacional decide de una manera o de otra.

La teoría institucional comienza su tradición con Selznick (1949) al reconocer la existencia de un medio ambiente institucionalizado que afecta la dinámica de las organizaciones, más allá del ambiente económico y técnico. El nuevo institucionalismo denominado de esta manera por March y Olsen (1984), en su vertiente sociológica, advierte que los individuos obran

dentro de contextos institucionalizados en los que tuvo lugar un proceso social de asentamiento de estructuras y roles que se reprodujeron hasta alcanzar su institucionalización, estos contextos moldean las preferencias de los sujetos. El nuevo institucionalismo sociológico emerge como una vertiente que abre caminos para el análisis organizacional, permitiendo profundizar en la comprensión de los procesos a través de los cuales los ambientes institucionalizados definen las rutinas organizacionales (Dimaggio y Powell, 1999).

Para los efectos de este trabajo se comparte el concepto de institución de Berger y Luckman (1995), defendido por Meyer y Rowan (1999), en donde el énfasis está puesto en los sistemas cognoscitivos compartidos, creados por los seres humanos en la interacción, que se convierten en “estructuras objetivas y externas que definen la realidad social” (Scott, 1999, p. 217). De este modo las instituciones son construcciones sociales a la manera de constreñimientos, que señalan lo que es correcto. Jepperson (1999) define instituciones como “sistemas de programas o de gobierno socialmente construidos y reproducidos rutinariamente” (p. 201). Douglas (1986) refiere que una institución es un conjunto de prácticas, reglas, rutinas y entendimientos que se han legitimado y se toman por sentadas.

Por su parte, la institucionalización de la organización está referida al proceso a través de cual la actividad organizacional logra alineación con las instituciones prevaletes en su ambiente. Una organización se ve adecuada, se muestra responsable y evita reclamos, si desarrolla procedimientos técnicos aprobados socialmente, es decir institucionalizados. Para Zucker (1987) la institucionalización supone la reproducción en la organización, de hechos sociales existentes en el ambiente.

Desde la perspectiva del nuevo institucionalismo sociológico de Dimaggio y Powell (1999), Meyer y Rowan (1999), Zucker (1987),

Grewood y Hinings (1996), Tobert y Zucker (1996), entre otros, se propone una comprensión de la organización a partir de las formas institucionalizadas que definen estructura, programas y rutinas, configurando homogeneidad entre las organizaciones del campo.

La noción de campo organizacional desarrollada por esta corriente teórica hace referencia a los stakeholders: agencias de regulación, proveedores, consumidores y organizaciones que ofrecen productos y servicios similares, los que en su conjunto constituyen un área reconocida de la vida institucional (Dimaggio y Powell, 1999). Se trata de la unidad de análisis que se define institucionalmente en un proceso de cuatro etapas: 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 (Dimaggio y Powell, 1999). El campo organizacional de la salud en Colombia, del cual hace parte la organización hospital, es altamente estructurado, vale decir institucionalizado y refleja la realidad descrita en estos cuatro puntos.

Para Meyer y Rowan (1999) “las organizaciones pueden tratar de cambiar constantemente, pero después de cierto punto en la estructuración de un campo organizacional, el efecto del cambio individual es reducir el grado de diversidad dentro del campo” (p. 107). Para estos neoinstitucionalistas, en la medida que el campo organizacional tenga una mayor definición institucional, aumenta la presión por la conformidad con las reglas institucionalizadas del campo, para las organizaciones que hacen parte, este a su vez, es el origen de las nociones de legitimidad e isomorfismo.

Las organizaciones que incorporan prácticas y procedimientos prevaletes en la racio-

nalidad social (institucionalizados), aumentan su legitimidad y con ello sus posibilidades de supervivencia, a pesar de que tales prácticas y procedimientos vayan en contravía de las lógicas de eficiencia y eficacia. En consecuencia, las estructuras formales reflejan el interés de la organización por alcanzar la conformidad con mitos racionalizados que se han legitimado en el campo; Meyer y Rowan (1977) afirman que “en las sociedades modernas, los elementos de la estructura formal racionalizada están firmemente engranados con los entendimientos difundidos de la realidad social y los reflejan” (p. 343). La tensión que emerge entre la necesidad de legitimidad y la necesidad de eficiencia, es solventada por la organización con una integración poco rígida, que refleja diferencias entre la estructura formal y las actividades realizadas en la cotidianidad, de este modo se da paso al concepto de organización flojamente acoplada (Weick, 2009), en la que opera una colección dispersa de ideas antes que una estructura coherente (Cohen, March y Olsen, 2011)

El isomorfismo organizacional es una consecuencia de las presiones que enfrentan las organizaciones dentro del campo, asumiendo respuestas similares con la expectativa de alcanzar la legitimidad. La adopción de estructuras y políticas ajustadas a prescripciones institucionalizadas, suponen prácticas homogéneas. Las presiones pueden ser coercitivas, miméticas o normativas, según donde se deriven. Las primeras se derivan de actores dominantes en el campo como agencias gubernamentales, casas matrices o socios comerciales esenciales; las segundas se originan por la incertidumbre que impulsa a las organizaciones a imitar aquellas que parecen más legítimas o exitosas; las presiones normativas son provocadas dentro del ámbito profesional y se manifiestan como agencias de acreditación o asociaciones profesionales (Dimaggio y Powell, 1999). La tabla que sigue resume la naturaleza de estas presiones isomórficas.

Tabla 1. Presiones isomórficas institucionales

Isomorfismo institucional	Características de las presiones ejercidas sobre las organizaciones del campo
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)

Metodología

El estudio de caso es el método utilizado, el interés del conocimiento no es la generalización, sino la dilucidación intensiva y profun-

da, como lo señala Habermas (1982) citado por Giménez (2012), de esta manera la validez del estudio de un caso particular no depende de que sea generalizable a poblaciones o universos.

Yin (2009), refiere que la generalización 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.

El hospital seleccionado ofrece una tipicidad suficiente para respaldar la pretensión de comprender cambios del sistema de salud colombiano, toda vez que las presiones institucionalizadas afectan de modo homogéneo a todas las empresas sociales del Estado que prestan servicios en condiciones del mismo nivel de complejidad, y estimula respuestas con alta probabilidad isomórfica.

Las dimensiones de análisis se definieron al término de la revisión de literatura y de los acercamientos al hospital objeto del estudio. Se determinó observar el fenómeno del cambio desde la estructura organizacional, las prácticas de gestión y las relaciones y expectativas de los actores.

Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron la entrevista semiestructurada, la observación no participante y el análisis documental. Las unidades de análisis han sido médicos, enfermeras (profesionales de la enfermería y auxiliares), empleados del área administrativa, pensionados, exdirectivos y expertos en la normatividad del sistema de salud. La pregunta de investigación giró en torno a cuál ha sido el proceso de cambio organizacional del sistema de salud en Colombia, reflejado en un hospital regional, a partir de las reformas propuestas por el paradigma neoliberal.

Resultados

Los resultados que se comparten aquí son particularmente relacionados con el proceso de institucionalización de la organización hospital.

El campo organizacional

El paradigma neoliberal inspira en Colombia los principios de la Constitución Política de 1991, en donde se consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental a cargo del Estado. Con la Ley 100 de 1993 se da punto de partida a un nuevo sistema de seguridad social en salud, basado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; el Estado abandona su papel de asegurador y prestador de servicios, para encargarse de la inspección, vigilancia y control; en consecuencia, el nuevo sistema se fundamenta en la libre elección por parte del usuario de su aseguradora en salud y sus prestadores de servicios. Se crean las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como las organizaciones encargadas del aseguramiento, y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) como las encargadas de la prestación de los servicios, unas y otras pueden ser de carácter privado o público.

Los hospitales públicos que tenían como población objetivo, principalmente, las personas sin algún tipo de protección en salud, y que se gestionaban con recursos transferidos del presupuesto nacional como subsidio a la oferta, son convertidos en empresas sociales del Estado (ESE), como una categoría de IPS, entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Esta nueva figura del hospital supone que su permanencia depende de la capacidad para competir en el libre mercado, como lo señala uno de los objetivos previstos en el decreto 1876 de 1994 “ofrecer a las entidades promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado” (artículo 4, literal c). A partir de esta disposición legal, el hospital público deja de recibir los recursos transferidos por parte del Estado y sortea su viabilidad incorporando cambios en estructura, procesos, métricas, relaciones con comunidades de interés, al tiempo que construye y deconstruye lenguajes y significados.

El campo organizacional en el que, de acuerdo con Dimaggio y Powell (1999), el hospital debe resolver su permanencia, está conformado de la siguiente manera:

- Agencias reguladoras: Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
- Compradores de servicios: Entidades Promotoras de Salud EPS y organizaciones de regímenes especiales (Policía, Ejército, Instituto Penitenciario y Carcelario, Magisterio).
- Proveedores de medicamentos, materiales quirúrgicos y ortopédicos, equipos biomédicos, insumos, ropa quirúrgica, instrumental quirúrgica, entre otros.
- Usuarios: afiliados a las EPS y a los regímenes especiales
- Gobiernos territoriales (gobernación del departamento y alcaldías municipales)
- Clínicas privadas y hospitales en los distintos niveles de atención.

El carácter de campo organizacional altamente institucionalizado se aprecia en el alto grado de interacción entre las organizaciones, el hospital no puede hacerse posible sin gestionarse en concordancia con las demás organizaciones del campo, a su turno están bien caracterizados los roles de dominación y las alianzas necesarias para la supervivencia, existe una generación creciente de información que debe ser interpretada y apropiada por todos los participantes, particularmente relacionada con reglamentos provenientes de autoridades gubernamentales, y, hay una construcción mutua de conocimiento en la que participan como generadores, replicadores o gestores, todas las organizaciones del campo. Estas condiciones respaldan la proposición de que las alternativas a la institucionalización son poco probables para el hospital regional de Sogamoso, y en consecuencia, la manera como gestiona el cambio no es precisamente en búsqueda de eficiencia, sino

en búsqueda de legitimidad (Meyer y Rowan, 1999). La conformidad del hospital con el entorno institucional aumenta la evaluación positiva y los flujos de recursos, sin evidencia empírica de lo que ocurre con la eficiencia.

La organización Hospital Regional de Sogamoso

El hospital, de acuerdo con la estructuración del campo de la salud antes explicada, es una IPS con el carácter de Empresa Social del Estado, de mediano nivel de complejidad, fundada 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 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. Para el año 1999, en desarrollo de lo previsto en la Constitución Política de 1991 y en la Ley 100 de 1993, se le define la naturaleza jurídica como 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 en el año 2005, mediante acuerdo 002 “se adecuaba la planta de personal”, concretando una reforma que suprime buena parte de los cargos existentes, para atender las actividades con nuevas formas de vinculación de personal, siguiendo prescripciones de la economía de mercado.

Los antecedentes del hospital reflejan que su misión, hasta antes de los impactos del modelo de desregulación del Estado, estaba asociada a la *caridad* con las clases menos favorecidas, tarea en la que confluía el Estado y la filantropía de particulares. Las reformas trasladan la misión al cumplimiento de *derechos* fundamenta-

les de las personas, participando en un ambiente de libre mercado.

Isomorfismo organizacional

El campo organizacional de la salud en Colombia, ha venido haciendo una transformación de la racionalidad colectiva, reconfigurando conceptos que dan por sentadas las lógicas de la productividad y la competitividad; los supuestos que respaldan las herramientas del management se consideran como verdades 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), tienen lugar en el hospital. La presión coercitiva 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 estos 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, 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, uno de los directivos consultados relata “la normatividad en salud ha cambiado tremendamente, todos los días cambia, no termina uno de estudiar una norma y empezar a hacer las cosas para entenderla y adaptarla a la institución cuando ya sale una que dice todo lo contrario”. La organización toma referentes en el campo, hace visitas y mesas de trabajo con hospitales y clínicas que se muestran exitosas y que se aprecian como legítimas. Se reconoce por parte del equipo de calidad que deben seguir referentes, en particular a las IPS acreditadas, de las que se observan los procesos más afinados y estandarizados, para tomar las mejores prácticas e implementarlas en el hospital. Es evidente que la incertidumbre provocada por las regulaciones permanentemente cambiantes, presiona para buscar la imitación que asegure la conformidad institucional

La presión normativa es también muy significativa para el hospital, no por las racionalidades de los profesionales del campo organizacional, como sí por los estándares establecidos para la habilitación de servicios y acreditación de IPS. Si bien los profesionales de la salud mantienen lucha por la legitimidad de su autonomía ocupacional, no es menos cierto que las racionalidades que se han ido institucionalizando en el campo debilitan la capacidad de estos profesionales para generar presiones insomórficas. El profesional de la salud ha venido resistiendo a un proceso creciente de condicionamientos provenientes del Ministerio de Salud, las EPS, usuarios, empresas de trabajo temporal y del hospital mismo a través de sus procesos de facturación y auditorías. Sin embargo como ocurre a nivel global, la profesión médica en Colombia es altamente estructurada, están bien definidos los patrones para reconocerse como miembro de esa comunidad, con reglas sociales que fijan las formas de actuar, factor que apoya el isomorfismo de los hospitales. Las exigencias para la habilitación de servicios y acreditación del hospital, se muestran como un condicionamiento superior, se pudo constatar que la cotidianidad del hospital gira en torno a mantener los

servicios habilitados para posibilitar su oferta, al tiempo que avanzar en estándares operativos para aproximarse a la acreditación como IPS. La preocupación por asegurar la conformidad con estándares en todas las actividades asistenciales, se evidencia en las agendas de reuniones y es expuesta en entrevistas con personal de calidad, médicos, y enfermeras.

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 vender, prestar y cobrar los servicios que ofrece el hospital y los cambios organizacionales 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 a establecer puestos de trabajo para atender sus condicionamientos. Estas imposiciones de procedimientos de operación, emanadas de autoridades gubernamentales y de los compradores de servicio, promueven necesariamente el isomorfismo organizacional.

Estructura organizacional 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 el patrón institucionalizado 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, como

lo denominan Scott, Ruef, Mendel y Caronna (2000) se viene dando una especie de tránsito del dominio profesional al cuidado administrado, las reglas de juego que se han construido e institucionalizado en las dos últimas décadas en el campo de la salud, presionan a las organizaciones de prestación de los servicios a refinar sus procesos para mostrar 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. 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 a 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 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, ganando legitimidad y acceso a recursos, antes que de la coordinación y control eficiente de las actividades.

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 ido sedimentado las experiencias quedando esteotipadas, el hospital ha mitificado más prácticas; en el área administrativa se han honrado la planeación estratégica, la gestión por procesos, la gestión de la calidad, la estandarización, el outsourcing, etc., en el área asistencial se mitifican el manual, el protocolo, la guía y el registro, entendiéndose que en la medida que se atiendan estos elementos, 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, rutinas 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 vinculado de diferentes formas al hospital, términos cambiantes en la interacción con EPS y proveedores, para citar algunos. 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 la incertidumbre que rodean los procesos de decisión; sobre este particular un líder de proceso expone “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”.

En la incorporación progresiva de lenguaje institucionalizado en el campo, se destaca la sustitución del término paciente por el de

usuario, jefe de unidad de trabajo por líder de proceso, y la emergencia de expresiones como adherencia (a la guía, al manual, al protocolo), humanización del servicio, seguridad del paciente, auditorías, tercerización, gestión de cartera, para citar algunas. 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”.

Del mismo modo, 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 propósito definido, 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 empresas temporales de empleo que proveen personal para el hospital; todas estas formas de vinculación están legitimadas dentro del campo organizacional. La circunstancia de que la mayoría del personal sea vinculado a través de empresas temporales de empleo, ha provocado que la significación compartida alrededor de la noción tradicional del *jefe*, transite de la figura con autoridad a responsable de un proceso desprovisto de capacidad para influir sobre aquellos que según la estructura formal le deben subordinación; al respecto un coordinador de un área de servicio asistencial, refiere: “...hoy todos somos como iguales, se diluyó la figura del jefe, el sentido de pertenencia se terminó, las personas nuevas vienen acá...saben que tienen que resolver una tarea y todo eso, pero ya no es el respeto por su superior, por el jefe”.

Los nuevos significados acompañados de nuevos lenguajes, son señales de la microinte-

racción, que ocurre, aparentemente de manera autónoma por los sujetos al interior del hospital, pero que a su vez son consecuencia de las presiones isomórficas provenientes del campo organizacional.

Conclusiones

La teoría institucional desde la perspectiva del neoinstitucionalismo sociológico es útil para explicar el fenómeno del cambio organizacional en el sistema de salud colombiano. El hospital se puede definir como un organización atrapada en la jaula de hierro de DiMaggio y Powell (1999), experimentando fuerzas poderosas que limitan la habilidad organizacional para innovar, a menos que la innovación logre difundirse y convertirse en referente hasta alcanzar legitimidad, para lo cual es necesario competir con la habilidad de actores influyentes en el campo organizacional, que para el caso son las agencias gubernamentales y el conglomerado de EPS.

El hospital se hace cada día más isomórfico con los demás hospitales de mediana complejidad en Colombia, por las presiones similares que debe enfrentar en un campo organizacional que tipifica cada vez más estructuras, tareas y roles, y en el que se hace cierto que “los elementos institucionalizados pueden infectar otros elementos en un contagio de legitimidad” (Zucker, 1987, p. 446).

La estructura formal como mito y ceremonia defendida por Meyer y Rowan (1999), encuentra también una evidencia empírica en este

caso, se antepone la necesidad de legitimarse como empresa social del Estado dentro del campo, para lo cual se ritualiza la acción intra e interorganizacional, cumpliéndose lo teorizado por Berger y Luckman (1995) “todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos” (p. 74). En el afán por alcanzar las acreditaciones y habilitaciones institucionalizadas, los actores van haciendo acuerdos tácitos para cumplir ceremonialmente con todos los requerimientos, haciendo distinciones entre el ritual y la práctica.

El hospital regional de Sogamoso es una organización institucionalizada y los motivos que le han conducido es el alto grado de isomorfismo organizacional, por pertenecer a un campo fuertemente institucionalizado. Por esta misma razón se puede calificar como una organización con alta tendencia a la estabilidad y a la persistencia, así como propensión a cambios convergentes antes que radicales (Grenwood y Hinings, 1996).

Las oportunidades de investigación organizacional en torno a este campo son abundantes, se hace necesario hallar evidencia empírica que separe mitos de realidades 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 elemento en el proceso de institucionalización organizacional.

Referencias

- Alvarado, S. (2006). Metamorfosis de la concepción del cambio organizacional en el nuevo institucionalismo. *Contaduría y Administración*, (219), 11-40. <http://dx.doi.org/10.22201/fca.24488410e.2006.591>
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cohen, M., March, J. y Olsen, J. (2011). El bote de basura como modelo de elección organizacional. *Gestión y Política Pública*, 20 (2), 247-290. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v20n2/v20n2a2.pdf>

- Colombia. Constitución Política /1991.
- Colombia. Decreto 1876/1994, de 3 de agosto. *Diario oficial*. 5 de agosto de 1994. núm. 41.478.
- Colombia. Ley 100 /1993, de 23 de diciembre. *Diario Oficial*. 23 de diciembre de 1993. núm. 41.148.
- Colombia, Departamento de Boyacá. Ordenanza 028 / 1999. Asamblea de Boyacá.
- Colombia, Hospital Regional de Sogamoso. Acuerdo 002/2005. Archivo institucional
- Dimaggio, P. y Powell, W. (1999). Introducción. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica
- Douglas, M. (1986). *How institutions think*. New York: Syracuse University Press
- Giménez, G. (2012). El problema de la generalización en los estudios de caso. *Cultura y representaciones sociales*, 7(13), 40-62. <https://doi.org/10.28965/2012-013-02>
- 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. <https://doi.org/10.2307/259163>
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de Salud en Colombia. *Salud Pública de México*, 53 (2), 144-155. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010
- Jepperson, R. (1999). Instituciones, efectos institucionales e institucionalismo. *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- March, J. y Olsen, J. (1984). New institutionalism: organizational factors in political life. *The American Political Science Review*, 78 (3), 734-749 . <https://doi.org/10.2307/1961840>
- Merlano, C. y Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12 (24), 74-86. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf>
- Meyer, J. y Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2), 340-363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- 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.
- Mintzberg, H. (1999). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel S.A.
- Selznick, P. (1949). *TVA and the Grass Roots*. Los Angeles: University of California Press
- 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.
- Scott, R. (1999). Retomando los argumentos institucionales. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica
- Simon, H. (1997). *Administrative Behavior*. New York: The Free Press
- Tolbert, P. y Zucker, L. (1996). The institutionalization of institutional theory. *Handbook of organization studies*. London: Sage Publications.

- 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. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <http://gestionyestrategia.azc.uam.mx/index.php/rge/article/view/135>
- Weick, K. (2009). Las organizaciones educativas como sistemas flojamente acoplados. (Traductor Caldera, D. y Ortega, M.). *Gestión y Estrategia*, 36, 93-110. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <http://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/2999/traduccion-las-organizaciones-educativas-como-sistemas-flojamente-acoplados.pdf?sequence=1>
- Williamson, O. (1991). Mercados y Jerarquías: su análisis y sus implicaciones antitrust. México: Fondo de Cultura Económica
- Yin, R. (2009). *Case Study Research*. London: Sage.
- Zucker, L. (1987). Institutional theories of organization. *Annual Review of Sociology*, 13, 443-464. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.13.080187.002303>