



El cambio en la organización hospitalaria: Una comprensión desde el neoinstitucionalismo sociológico

The change in the hospital organization: A view from sociological neoinstitutionalism

Marlén Suárez-Pineda 

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

Alejandra-Elizabeth Urbiola-Solís 

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

Luri Suárez-Pineda 

Universidad Santo Tomás, Tunja, Colombia.

Resumen

Objetivo: El propósito fundamental de este artículo se basó en explicar desde una perspectiva interpretativa, el fenómeno del cambio organizacional, motivado por cambios en las racionalidades del entorno, asociadas al nuevo papel del Estado y a la emergencia de nuevos actores en la economía de mercado. **Método:** Esta investigación es de enfoque cualitativo con carácter fenomenológico, utilizando el método de estudio de caso para aproximarse a la realidad de un hospital público de mediana complejidad en Colombia. Las técnicas para la recolección de datos fueron entrevista semiestructurada, Focus Group, observación no participante y análisis documental. **Resultados y discusión:** Se encontró que los cambios en la estructura organizacional, las prácticas de gestión de los servicios y los esquemas de significación de los sujetos en el hospital, están mediados por preceptos institucionalizados en el campo de la salud. No obstante, el hospital concentra su atención en alinearse con los arreglos institucionalizados en el campo de la salud, con ello logra legitimidad y permanencia, pero se distancia de la misión. **Conclusión:** Siguiendo las lógicas del mercado, el hospital implementa políticas, estructuras y discursos mitificados como la ruta hacia la calidad y la eficiencia, entre tanto, el personal responsable de la misión elabora significados contradictorios. Se hallan evidencias empíricas para los postulados fundacionales del neoinstitucionalismo sociológico.

Palabras clave: Esquemas de significación, Estructura Organizacional, Legitimidad, Prácticas de Gestión, Sistema de salud.

Clasificación JEL: I180

Abstract

Aim: The fundamental aim of this paper was explaining from an interpretative perspective, the phenomenon of organizational change, motivated by changes in the rationalities of the environment, associated with the new role of the State and the emergence of new actors in the market economy. **Method:** This research has a qualitative approach with a phenomenological character, using the case study method to approach the reality of a public hospital of medium complexity in Colombia. The techniques for data collection were semi-structured interview, Focus Group, non-participating observation and documentary analysis. **Results and discussion:** It was found that changes in the organizational structure, service management practices, and patterns of significance of the subjects in the hospital are mediated by institutionalized precepts in the health field. Nevertheless, the hospital focuses its attention on aligning itself with the institutionalized arrangements in the health field, thus achieving legitimacy and permanence, but distancing itself from the mission. **Conclusion:** Following the market logic, the hospital implements policies, structures and mitigated discourses as the route to quality and efficiency, while the staff responsible for the mission elaborates contradictory meanings. Empirical evidence is found for the foundational postulates of sociological neo-institutionalism.

Keywords: Significance schemes, Organizational Structure, Legitimacy, Management Practices, Health System.
JEL Classification: I180

Autor de Correspondencia

marlen.suarez@uptc.edu.co

Recibido: 05-05-2020

Aceptado: 13-10-2020

Publicación: 24-02-2021



Copyright © 2021
Desarrollo Gerencial

Como citar este artículo (Apa):

Suárez-Pineda, M., Urbiola-Solís, A., & Suárez-Pineda, L. (2021). El cambio en la organización hospitalaria: Una comprensión desde el neoinstitucionalismo sociológico. *Desarrollo Gerencial*, 13(1), 1-21. <https://doi.org/10.17081/dege.13.1.4147>

Introducción

El fenómeno del cambio organizacional despierta cada vez mayor interés de la comunidad académica por considerarlo un elemento connatural a la organización, alrededor del cual el volumen de preguntas de investigación es creciente. El interés es igualmente práctico por la necesidad de salir al paso a la emergencia de nuevos actores y nuevas racionalidades en los mercados. La visión tradicional del cambio se apoya en perspectivas de orden causal, en las que se pretenden explicaciones pragmáticas que tienen la intervención gerencial, desde orillas positivas/funcionalistas (Muñoz, 2010; De la Rosa, 2002).

Esta investigación se compromete con los elementos más alejados de la causalidad lineal al intentar comprender dentro del fenómeno organizacional, la noción de hechos sociales a la manera de Durkheim (2001): "modos de actuar, de pensar y de sentir, exteriores al individuo, dotados de un poder de coacción en virtud del cual se imponen sobre él" (p. 40-41). En ese sentido, el sujeto se enfrenta a condiciones o situaciones impuestas en organizaciones que están en proceso de institucionalización o en instituciones. Estas imposiciones sobre los sujetos permiten plantear la relevancia de los aspectos del contexto o del campo organizacional en el fenómeno del cambio organizacional. Al mismo tiempo, y de manera implícita, subyace una crítica al *homo economicus* y la racionalidad, por la inadvertencia de una configuración subjetiva de cada sujeto y de los grupos al interior de la organización.

El cambio organizacional del que se ocupa este trabajo está vinculado al proceso de desregulación del Estado derivado del paradigma neoliberal, que se materializa para el campo organizacional de la salud en reglas de obligatorio cumplimiento, mismas que provocan unos cambios graduales en los sistemas de creencias y realidades sociales legitimadas. Las lógicas del mercado se incorporan en el campo organizacional como el deber ser, y con escasez de evidencia empírica, la racionalidad colectiva acepta progresivamente 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 y anima la iniciativa privada a desarrollar y comercializar sus ofertas.

El sistema de salud vigente en Colombia desde comienzos de la década de los 90 del pasado siglo, transforma el rol del Estado, para que este haga tránsito de asegurador y prestador del servicio a encargado de la inspección, vigilancia y control del sistema (Ley 100 de 1993). Los hospitales públicos dejan de ser receptores de recursos provenientes del presupuesto nacional como subsidio a la oferta, por su responsabilidad con la atención a la población vulnerable, para convertirse en un prestador con la naturaleza de empresa social del Estado que compite en la economía de libre mercado, y, en consecuencia, los recursos ahora provienen de las operaciones de venta de su portafolio de servicios (Decreto 1876 de 1994,

reglamentario de la Ley 100 de 1993). Hasta antes de la reforma, el hospital objeto de esta investigación representaba una construcción social histórica, asociada a las lógicas de la beneficencia estatal; la nueva concepción -empresa autónoma- implica un enfrentamiento entre las configuraciones cognitivas tradicionales de una comunidad y las racionalidades de la eficiencia económica que se imponen.

El problema de investigación que conduce este estudio, está centrado en la comprensión del cambio organizacional desde los esquemas interpretativos de los sujetos (Berger y Luckmann, 2006; Goffman, 2009) que lo reciben a manera de imposición o alternativa paralela a la performatividad cotidiana. Se llevó a cabo un estudio de caso en un hospital del 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 veinte. Las reformas significaron un nuevo escenario para decisores y mercados con economías abiertas, libre flujo de factores de producción, así como apertura a la competencia, que buscó situar a los hospitales en condiciones de mercado competitivas donde se incluyó el cambio tecnológico y la especialización laboral como ingredientes de competitividad (De la Garza, 2009). Esto modificó los procesos de trabajo y determinó condiciones de transición para el cambio organizacional.

Los costos de transacción implicados en el aseguramiento y en la prestación de los servicios médicos, acompañan nuevas lógicas y nuevas realidades al interior de los organismos que prestan los servicios de salud. Los estudios disponibles han abordado el tema del cambio en el sistema desde el paradigma racionalista, con alcances descriptivos sobre el nuevo mapa de actores, sistemas de coordinación interorganizacional, impactos 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, con desconocimiento de la naturaleza social de los actores al interior de la organización y sus posibles resistencias y estrategias ante el cambio.

En ese sentido, se propone ubicar al sujeto en la organización desde dos modelos: el modelo del actor racional y el modelo institucional (Tolbert y Zucker, 1996); corresponde al primero el cálculo racional de costo-beneficio, así como la maximización de la utilidad y las decisiones del sujeto con relación al costo de oportunidad. Por el contrario, el segundo, asume la existencia de elementos socioculturales y a los sujetos organizacionales como portadores de ellos; la organización se lee dentro de un contexto de ambigüedad, complejidad y paradoja (Muñoz, 2010; Alvarado, 2006) que no implica un análisis excluyente (Tolbert y Zucker, 1996), es decir, el análisis del cambio organizacional debe anclarse en la teoría que plantea una racionalidad, que no está exenta del análisis sociocultural. Se debe buscar una explicación por esta vía solo hasta donde se confina la racionalidad que da paso a la importancia de las normas socioculturales. El cambio está referido al sistema de reglas e interpretaciones compartidas entre los miembros de una organización y es sobre este que tiene lugar la aceptación/rechazo así como la intensidad, frecuencia y extensión de dicho cambio.

La pregunta de investigación indaga sobre cuál ha sido el proceso de cambio organizacional en el campo de la salud en Colombia, específicamente en un hospital regional, ubicado en el centro del país, con el objeto de comprender la manera como los sujetos dentro de la organización han construido un conjunto de ideas en torno al cambio y cómo esas ideas tienen sentido a partir de los nuevos patrones institucionales que dominan el ambiente.

El ángulo epistemológico para el desarrollo de este trabajo es fenomenológico, con un enfoque *emic* o situado en los sujetos al interior de la organización (Burrell y Morgan, 1979); no existe un interés por 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, por ello es un trabajo de carácter subjetivo-cualitativo, que utiliza el estudio de caso como método de aproximación.

La investigación aporta evidencia empírica para probar las siguientes proposiciones: 1) los cambios en la estructura formal del hospital han ocurrido para guardar conformidad con los arreglos institucionales, 2) los cambios en las prácticas de gestión de los servicios han tenido lugar en el marco de lógicas institucionales en competencia, y 3) las estructuras de significación de los sujetos se han transformado y señalan nuevas tipificaciones de roles en el pensamiento y la acción de los sujetos.

Fundamentación teórica

El reconocimiento de Selznick (1996) sobre la existencia de una continuidad entre el enfoque racional y el enfoque institucional, confiere el mayor peso a lo que denomina la "cognición estructurada" o procesos mentales socialmente construidos. Asimismo, De la Rosa (2002) ubica los dos enfoques en relación al interés en temas como la burocracia y la estructura versus el actor o la identidad. Sin llegar a una teoría de la agencia, o a un análisis de la tensión agencia-estructura (Giddens, 2011), el nuevo institucionalismo recupera elementos como identidades, reglas, ambientes, racionalidad limitada pero también costos de transacción y contexto, es decir, aspectos entre organización e instituciones; la dinámica organizacional ocurre en el marco de fuerzas externas derivadas del contexto frecuentemente institucionalizado; como consecuencia, 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).

Selznick (1996) contribuye además a reconocer que la dinámica organizacional tiene lugar en tres dimensiones: técnica, económica e institucional, y este es el punto de partida para buscar comprensiones complementarias a las miradas racionalistas cotidianas. La dimensión institucional está referida a las tipificaciones recíprocas de acciones humanas, construidas a través de una historia compartida (Berger y

Luckmann, 2006). Con esta noción se robustece una perspectiva teórica que le otorga valor a las construcciones de realidad por parte de los sujetos y se configura como alternativa para explicar los procesos de cambio en las organizaciones, con inclusión de los sujetos sobre los que se objetiva el cambio. Por otra parte, el cambio institucional puede derivarse de una necesidad de coerción a través de limitaciones informales y normas (North, 1993). El cambio para North, es incremental y no discontinuo e involucra aspectos formales como normas establecidas que rápidamente pueden deshacerse, y aspectos informales referentes a costumbres, tradiciones y códigos de conducta donde existe mayor resistencia.

Las instituciones para el mismo North (1993) son como las reglas de juego en una sociedad, creadas por los seres humanos a la manera de constreñimientos u obligaciones, en el marco de las cuales tiene lugar la interacción humana. Posteriormente Jepperson (1999), las considera como “un orden o patrón social que ha alcanzado cierto estado o propiedad” (p. 195), añade que cuando tales patrones se reproducen crónicamente, deben su supervivencia a procesos sociales que se activan por sí mismos. Cuando se dice que una organización está institucionalizada equivale a decir que se comporta según los constreñimientos socialmente aprobados representados en las instituciones, de este modo demuestra su conformidad con los arreglos institucionales y gana legitimidad (Scott, 1995).

A medida que pasa el tiempo, una organización se institucionaliza cuando pierde su carácter instrumental y busca permanecer en un campo organizacional a través de un conjunto de reglas que no implican necesariamente conservar sus objetivos o buscar la eficiencia (North, 1993; De la Rosa, 2002), pero que a cambio de ello proporciona líneas de acción seguras. Este proceso al que tiende cada organización estaría enfrentado por las condiciones de configuración subjetiva o el modo de llevar a cabo los actos

El curso de consolidación del enfoque institucional ha dado lugar a lo etiquetado por los teóricos como viejo y nuevo institucionalismo, el primero ubica en el centro las normas universales de la sociedad en particular las promulgadas por el Estado, y el segundo confiere valor a las rutinas, roles, rituales y normas que confieren legitimidad a los sistemas sociales que las reproducen (Romero, 1999; Torres, 2015).

La vertiente del neoinstitucionalismo sociológico defiende la tesis de 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 (Scott, 1995,2000; Dimaggio y Powell, 1999; Meyer y Rowan 1999), en esta perspectiva se plantean las proposiciones de esta investigación.

Autores como Berger y Luckman (2006) sostienen que el origen de la institucionalización es la habituación, misma que proporciona un ambiente de estabilidad en el que la actividad humana puede ocurrir con un margen mínimo de decisiones. Esta postura sienta las bases para los conceptos de legitimidad e isomorfismo defendidos por los neoinstitucionalistas sociológicos (Dimaggio y Powell, 1999; Meyer y Rowan, 1999; Zucker, 1987, 1999; Tolbert y Zucker 1996; Greenwood, Suddaby y Hinings, 2002).

Las teorías convencionales suponen que el éxito de las organizaciones se soporta en la planeación, coordinación y control de las actividades, pero investigaciones empíricas han demostrado que las organizaciones en su cotidianidad toman distancia de lo planeado y no siguen los preceptos de la estructura formal (Meyer y Rowan, 1999). En la práctica muchas posiciones, políticas, programas y procedimientos que se llevan a cabo en las organizaciones pasan por la opinión pública, el prestigio social y las leyes, para convertirse en reglas institucionales que operan como mitos y condicionan la legitimidad y supervivencia de las organizaciones (Meyer y Rowan, 1999; Zucker, 1987; Dimaggio y Powell, 1999; Tolbert y Zucker, 1996). Una organización entonces es legítima si su cotidianidad mantiene alineación con los patrones institucionalizados en su ambiente.

El concepto de campo organizacional desarrollado por Dimaggio y Powell (1999) es central en esta perspectiva teórica, hace relación al conjunto de organizaciones que representan un área de la vida institucional en donde se recogen proveedores, consumidores, agencias reguladoras y las organizaciones que ofrecen bienes y servicios similares. Las organizaciones pertenecientes a un campo organizacional altamente institucionalizado, experimentan poderosas fuerzas que las hacen cada vez más similares, este hecho define la noción de isomorfismo organizacional referida en la tesis de Dimaggio y Powell (1999).

A propósito de los estudios sobre el campo organizacional del cuidado de la salud, se evidencia que se trata de un campo organizacional fuertemente institucionalizado en todas las latitudes del mundo. Los registros de la Web of Science dan cuenta que en Estados Unidos, Europa y Asia se viene desarrollando una agenda nutrida de estudios bajo la perspectiva del neoinstitucionalismo sociológico, los hallazgos en lo particular para el sector de la salud señalan que es común la complejidad institucional y los conflictos cognitivos en la realidad de las organizaciones hospitalarias. Los siguientes son autores de trabajos en esta línea: Spitzmueller (2018); Bode, Lange y Marker (2016); Alyanya, Hijazi y Harvey (2016); Mohr (1992); Anthony, Appari y Johnson (2014); Roggenkamp y White (2001). No se hallaron estudios en el campo de la salud desde esta perspectiva teórica en América Latina.

Las revisiones en torno al campo organizacional se complementan con la visión micro, en donde el centro de atención se desplaza a la organización individual, para explicar factores internos como relaciones de poder, intereses, valores y capacidad de acción, para definir las posibilidades de la organización de ganar autonomía ante las presiones institucionales. En este nivel son Zucker (1987) junto con Greenwood y Hinings (1996), los más reconocidos neoinstitucionalistas sociológicos.

Método

Los principios de la complejidad de Morin (2009) y la totalidad de Zemelman (2012) conducen a plantear el problema del cambio organizacional en un contexto geográfico y momento histórico determinado. Se articulan procesos paralelos al mismo tiempo que incorporan la construcción subjetiva de los

administradores del hospital, los empleados y los pacientes. Metodológicamente, el caso representa el efecto de una política pública articulada para fomentar la desregulación y la eficiencia. El estudio de caso se escoge como el método conveniente para cumplir los objetivos de la investigación, en concordancia con las definiciones de Yin (2009), Giménez (2012), Denscombe (2010), Creswell (2007), Stake (1999) y Galeano (2004). Se presenta un estudio de caso que tiene representatividad como una sola unidad de análisis, que instrumentalmente permite conocer las condiciones del cambio en un campo organizacional: la salud pública en Colombia. Asimismo, por el tipo de atención médica que se oferta es posible la extrapolación a otros hospitales del mismo tipo.

El caso seleccionado es el Hospital Regional de Sogamoso ubicado en el departamento de Boyacá, región central de Colombia, que se configura como un caso típico, definido por Denscombe (2010) como aquel que ofrece similitud en aspectos cruciales con otros que hubieran podido ser igualmente seleccionados, cuya importancia radica en la posibilidad de extrapolación.

El diseño metodológico planteó tres dimensiones: a) cambios en la estructura formal del hospital, b) cambios en las prácticas de gestión de servicios y c) cambios en las estructuras de significación. En torno a estas dimensiones se definieron las proposiciones, las variables clave y los indicadores empíricos para orientar la recolección y análisis de los datos.

Con relación a los participantes, las unidades de observación fueron los actores de la vida organizacional del hospital. Se escuchó en entrevista y/o *focus group* a dieciocho (18) médicos, once (11) enfermeras, ocho (8) funcionarios administrativos, cuatro (4) pensionados, dos (2) exdirectivos y dos (2) asesores externos.

Los documentos analizados estuvieron relacionados con archivos de la organización, planes de desarrollo nacional y normas de política pública.

En cuanto a los instrumentos, se utilizó un conjunto de técnicas para la aproximación *emic* al fenómeno de estudio, entre ellas la entrevista semiestructurada, la observación no participante, el *focus group* y el análisis documental. El diseño de cada uno de estos instrumentos estuvo determinado por los indicadores empíricos requeridos para probar las proposiciones formuladas.

Para lo anterior, se utilizaron varias guías de entrevista de acuerdo con el rol de los informantes. Las guías para los *focus group* y las observaciones no participantes también fueron ajustables según el grupo de personas actuantes, los eventos a observar y los indicadores empíricos de interés del investigador.

Procedimiento metodológico

Los relatos de los participantes en entrevistas y *focus group* fueron recaudados a través de grabaciones de audio que se transcribieron en documentos Word. La ordenación de la información siguió el siguiente

procedimiento: los contenidos de cada diálogo se clasificaron por dimensiones de análisis, dentro de cada dimensión se categorizaron los aportes de los informantes según la variable y el indicador empírico. De este modo se diseñaron matrices por dimensión con el apoyo de la herramienta Atlas ti, estas matrices condujeron a la identificación de las convergencias, mismas que se triangularon con los registros de las observaciones no participantes y del análisis documental.

La investigación, por su naturaleza y su método, asocia la validez interna al grado en el cual los resultados reflejan la realidad del fenómeno, esta se aseguró con la confrontación de fuentes y escenarios. Las 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.

Resultados

La organización de este estudio es uno de los hospitales públicos de Colombia, categorizado como de mediana complejidad, ubicado en una ciudad intermedia del departamento de Boyacá. Es hospital de referencia para empresas sociales del Estado (ESE) de primer nivel de 21 municipios en esta parte del país.

Se presentan los resultados obtenidos en cuatro apartados, el primero, en relación con el contexto regulatorio sobre la salud en Colombia dado que orienta sobre lo que se espera de las organizaciones; la instrumentalización de cualquier cambio requiere tiempo y ajustes en la estructura organizacional de acuerdo con las lógicas institucionales dominantes, esto se presenta en un segundo apartado. Los cambios en las prácticas de gestión y en los esquemas de significación son el tercero y cuarto apartado, respectivamente.

El ambiente institucional de la salud en Colombia y su correspondencia con las lógicas del mercado

La *Ley 100 de 1993* estableció el ambiente en el cual se ha desarrollado la normatividad para el sector de la salud, la misma se encargó de sugerir el camino que el país debía seguir, enmarcado en el paradigma neoliberal, para alcanzar los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad en la atención, previstos constitucionalmente. La revisión de los planes de desarrollo nacional de los cuatrenios comprendidos entre 1990 y 2018 y del flujo normativo promulgado en el presente siglo, permitió evidenciar que, en lo relacionado con la salud, los líderes gubernamentales han apropiado con firmeza la creencia de que los dogmas de la economía de mercado son el camino correcto para alcanzar la equidad y la adecuada distribución de los recursos del sector.

En el curso de la operacionalización del pensamiento dominante se han ido promulgando mayores regulaciones a medida que se evidencian barreras por superar. Al Estado le ha significado un trabajo de ajuste normativo desde la última década del siglo pasado hasta lo corrido del presente siglo, en una construcción social que reconozca en la libre competencia la estrategia para aproximarse a las pretensiones

constitucionales en relación con los servicios de salud. Los siete planes de desarrollo nacional cuatrienales que orientaron la gestión del gobierno durante las tres últimas décadas mantienen en relación con la salud, el compromiso de vigorizar la competitividad de aseguradores y prestadores del servicio. Los desarreglos que el mercado no tardó en mostrar, que amenazaban particularmente la supervivencia de los hospitales públicos, se empezaron a reconocer a partir del 2006, y se pretendieron resolver con sistemas de monitoreo que derivaron en incrementos progresivos de burocracia y de procedimientos estandarizados a nivel de las organizaciones del sistema.

El flujo creciente de normas da cuenta de un proceso de transformación de los patrones institucionales en el campo de la salud, que, sin requerir evidencias empíricas para probar la efectividad, supone que la estandarización, la eficiencia y la productividad son las lógicas para alcanzar la cobertura y calidad de los servicios, la alineación con estas lógicas se premia con habilitaciones de servicios, acreditaciones y certificaciones.

La estructura organizacional cambia para mostrar conformidad con las lógicas institucionales dominantes

La razón de ser del hospital pasó del compromiso con la salud integral de la comunidad a la atención de la enfermedad dentro de los límites que le define su nivel de mediana complejidad en el que ha sido ubicado. El campo organizacional formaliza las categorías de primero, segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad, que luego transitaron a baja, mediana y alta complejidad. Para cada nivel se definieron los tipos de atención y los indicadores de eficiencia y productividad expresados en razones cuantitativas.

Las presiones que el hospital recibe del campo organizacional se enmarcan en el paradigma de la simplicidad (Morin, 2009), asumiendo que el todo es la suma de las partes y entonces la estrategia es la desagregación de los servicios; se privilegia 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. 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 los símbolos espirituales de sus trabajadores y pacientes.

La reestructuración del hospital oficializada en el acuerdo 002 del 2005, 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 aludían a un personal integrado a la comunidad 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, integrante de la

nómina del hospital, asistía espiritualmente a los pacientes y a los trabajadores del hospital, quienes habían construido alto valor simbólico en torno a este servicio.

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 que, con prestadores especializados, cada individuo recibiría mejor calidad según el nivel de su necesidad, en una clara concepción reduccionista de la realidad de la persona.

Consecuente con los nuevos patrones del contexto empresarial, la misión del hospital se resignifica y la estructura organizacional abandona el modelo rígido jerarquizado para adoptar uno de naturaleza flexible y adaptativo; se mueve de una planta de personal vinculada directamente con el hospital a una planta de personal contratada a través de empresas de servicio temporal, bajo la premisa que los trabajadores del hospital son un recurso cuya utilización se debe optimizar. Para el momento de esta investigación, cinco sociedades por acciones simplificadas que actuaban como empresas de servicios temporales, estaban contratando con el hospital la gestión del personal de la salud; las resoluciones de adjudicación de estos contratos registran como objeto del mismo: "suministro de trabajadores en misión a través de empresas de servicios temporales", el lenguaje formalizado que impone el ambiente institucionalizado hace analogía de la proveeduría de materiales con la administración del capital humano que atiende los servicios de salud en el hospital.

En esta dinámica el hospital incorpora permanentemente los discursos gerencialistas y apremia la implementación de herramientas mitificadas para elevar la calidad del servicio e impulsar la productividad, son algunas: 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 la propuesta de nuevos guiones desde el campo organizacional continúa.

En este trabajo se evidenció que alrededor de todas estas prescripciones es escasa la construcción de sentido por parte de los actores responsables de la tarea misional, del relato de un médico refiriéndose al manual de humanización se extrae: *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 espere que ya le vamos a tomar exámenes, pero no se le ayuda a aliviar el dolor.*

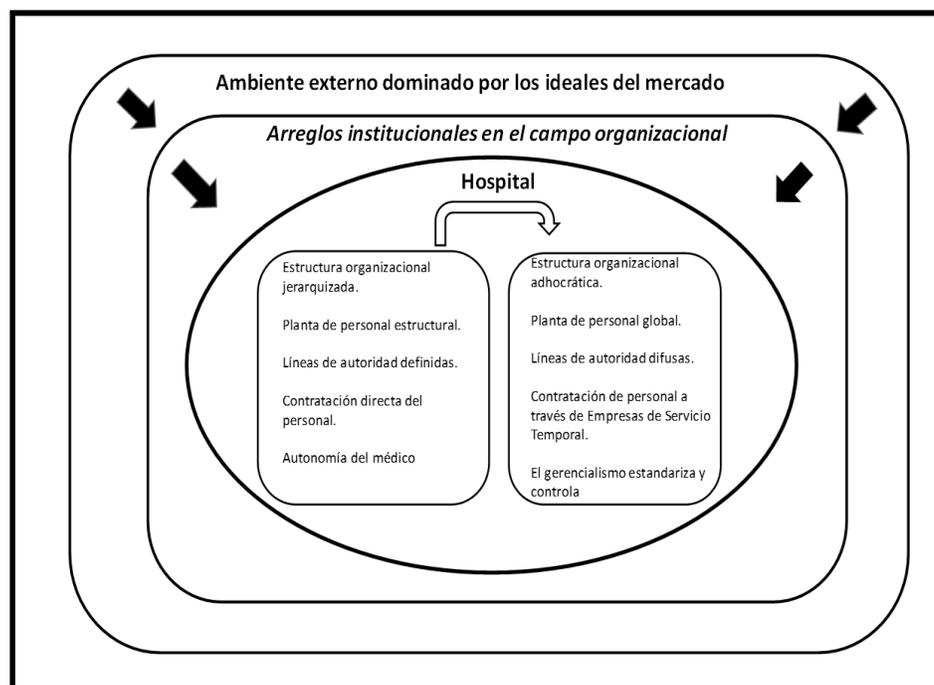
Otro profesional de la salud en su entrevista expuso: *"Estos hospitales están más afanados en tener certificaciones de calidad que en atender bien a sus pacientes. Cuenta más el proceso y el procedimiento que la parte humana".*

El proceso de cambio en la estructura organizacional del hospital refleja la traducción de mitos derivados del proceso de desregulación del Estado que se institucionalizaron en el campo de la salud; tales mitos orientan el quehacer en la organización y evolucionan sin beneficios comprobados (Meyer y Rowan, 1999; Roggenkamp y White, 2001); no hay certeza, por ejemplo, de cuál es la eficiencia lograda por el hospital en la contratación del personal a través de empresas de servicio temporal, mecanismo que deriva en franco desmejoramiento de las condiciones laborales de las personas; los organismos rectores del sistema de salud tampoco disponen de estas estimaciones, sin embargo, el uso de este mecanismo marca la actuación como correcta incluso a pesar de las ilegalidades que esta promueva.

En entrevistas con pensionados del hospital, uno de ellos relata: *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.*

Es evidente que como expresa Spitzmueller (2018), las presiones de legitimidad y las herramientas de gobierno corporativo interno, se complementan entre sí para racionalizar estos mitos como lo apropiado y necesario. La figura 1 resume los cambios a nivel de la estructura organizacional del hospital, como respuesta a las presiones del ambiente y el campo organizacional institucionalizado.

Figura 1. *Cambios en la estructura organizacional del hospital como respuesta a las presiones externas.*



Fuente: elaboración propia de autores (2019).

Las prácticas de gestión de los servicios cambian en un ambiente de competencia entre las lógicas institucionales del campo y las de los sujetos que ejecutan la misión del hospital. El campo organizacional de la salud como se ha reconocido en este estudio 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.

Las labores en el hospital están fuertemente presionadas por arreglos del campo a la manera de guías, protocolos, manuales y registros; la supervivencia organizacional 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 y 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 la ceremonia para mostrar cumplimientos antes que la efectividad en la calidad de la atención.

En este sentido, un médico especialista refiriéndose al asunto comentó: *"...las guías y manuales no restringen, dan respaldo científico, para auditorías, para defensas, para estadísticas"*. Otro médico especialista al respecto dijo: *"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"*. Un grupo de médicos especialistas entrevistados y otro grupo escuchado en observación no participante en el curso de una 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.

Los relatos del personal misional confluyen en una representación simbólica que no asocia calidad y eficiencia con estricto seguimiento de guías, protocolos, manuales y registros, más bien son valorados como cumplimientos a demostrar en procesos de legitimación. Resulta paradójico que mientras los médicos comparten esta cognición, la administración del hospital hace esfuerzos por asegurar 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; sobre el particular ni el hospital ni la rectoría del sistema tienen los mecanismos 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), el primero para asegurar la aprobación de

organismos de control y de agentes del mercado, y el segundo, para disminuir la incertidumbre siguiendo a otros considerados representativos en el campo organizacional.

Las exigencias para la habilitación de servicios y acreditación del hospital se muestran como condicionamientos de primer orden para la legitimación y consecuente supervivencia organizacional; como se puede leer en la visión del hospital y se constató en la cotidianidad, las agendas de trabajo están atravesadas por la preocupación de 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, según el rol que cumplen dentro del hospital.

Las lógicas de la estandarización institucionalizadas en el campo de la salud se enfrentan a las lógicas compartidas por grupos humanos al interior de la organización, mientras la administración apoyada por las áreas de calidad, facturación, auditoría de cuentas, entre otras, exigen y supervisan el cumplimiento de las prescripciones, en un claro compromiso con los arreglos del campo organizacional, el personal misional (médicos y enfermeras) de manera general, acata u ofrece resistencia. Las evidencias señalan subgrupos dentro del personal misional, con distintos esquemas de significación según las condiciones laborales que les ofrecen las empresas temporales a las que pertenecen, la antigüedad en el hospital y la especificidad de la tarea.

Se puede afirmar desde los constructos teóricos del nuevo institucionalismo sociológico que, no ha ocurrido una construcción de sentido socialmente compartida sobre las nuevas formas de hacer, porque estas son el resultado de exigencias monitoreadas por agentes externos, en un afán de modelar cultura organizacional con enfoque en la estandarización. Una enfermera al ser preguntada por las guías, protocolos y registros respondió: *"Uno ve que es más importante el jediondo sistema, la papelería, que el paciente, desafortunadamente"*.

En un focus group con médicos generales se escucha el siguiente relato: *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 (empresa Promotora de salud) no los paga porque no fueron interpretados, entonces no sirvieron para el diagnóstico.*

En otro ejercicio de focus group con personal de enfermería, un participante expuso: *La EPS se vale del protocolo que no se siguió, del registro que no se hizo, del manual que no se siguió para no pagar. Lo que no está escrito no sirve, no lo podemos justificar y no se pueden recuperar los costos.*

En consecuencia, no se puede declarar que se han instalado los mitos racionales del campo organizacional en el hospital, entre tanto, sí ha emergido una heterogeneidad de representaciones cognitivas en torno a estos arreglos institucionales. 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). Respalda esta última afirmación la convergencia hallada en observaciones no participantes y en entrevistas con personal de salud del hospital, alrededor de la representación sirve para la evidencia, refiriendo al cumplimiento de guías, protocolos y registros.

En entrevistas con los médicos y enfermeras se halla concurrencia 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 comentó: *"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"*. Evidencias como esta respaldan las tesis de los sistemas flojamente acoplados de Weick, (2009) para quien coordinaciones desalentadas y desacoplamientos entre medios y fines contradicen la imagen dominante de la organización ajustada a planes y a procedimientos racionales. Los mismos hallazgos salen al encuentro de los postulados sobre las anarquías organizadas de Cohen, March, y Olsen, (2011), que reconocen la fuerte ambigüedad que experimentan las organizaciones al establecer objetivos.

Los esquemas de significación han cambiado y con ello las relaciones y expectativas de los actores. El cambio en los esquemas de significación en torno a las nociones de médico, paciente, gerente, hospital, entre otros, ha trastocado las relaciones interpersonales, pasando de unas relaciones de camaradería como lo describen todos los entrevistados con más de 20 años de servicio, usando la expresión "éramos 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 del área misional.

Los esquemas interpretativos de mayor convergencia entre el personal de la salud consultado en el hospital, se muestran en torno a la reconfiguración de los roles del médico, el paciente y el hospital, el primero ya no ocupa un lugar importante en la sociedad, el segundo se apropió de la noción de sus derechos legales al servicio de salud y reclama por ellos, y el hospital, bajo el supuesto de contener costos, se despojó de la tarea de gestionar su factor estratégico: el personal, para contratarlo a través de empresas de servicio temporal, con la precariedad laboral que ello implica. Se adiciona a estas convergencias interpretativas que agentes del mercado como las aseguradoras impiden paradójicamente que el ejercicio de la medicina privilegie el bienestar en salud de las personas.

La tabla 1 sintetiza las resignificaciones de roles halladas en el análisis de entrevistas semiestructuradas, focus group y observaciones no participantes, con los distintos grupos de informantes. Las deconstrucciones y nuevas instalaciones interpretativas que presenta la tabla emergen de las mayores convergencias encontradas en los relatos.

Tabla 1. *Cambios en los esquemas de significación de roles en el hospital*

Rol	Esquema de significación tradicional	Nuevo esquema de significación
Hospital	Una familia dedicada a servir a una comunidad en la prevención y tratamiento de la enfermedad, particularmente atendiendo los menos favorecidos.	Una empresa en la que concurre una red de empresas contratadas para distintas tareas, que en suma pretenden restablecer las condiciones de salud de quienes demandan el servicio.
Médico	Un profesional con estatus social, merecedor de respeto y consideración, autónomo en su ejercicio.	Un profesional para el mercado laboral dentro de la industria de la salud, cuyas actuaciones clínicas se ciñen a estándares institucionalizados en el campo.
Paciente	Actor participante en una relación idealizada de subordinación y confianza frente al médico. Recibe la atención brindada por el hospital como un acto generoso, dada la filosofía de servicio social compartida por la comunidad.	Usuario de las empresas de la industria de la salud con el derecho constitucional a la atención; acude, si es necesario, a los mecanismos jurídicos para hacerlo cumplir; al mismo tiempo es víctima de la mercantilización del servicio.
Gerente del hospital	Autoridad científica en el campo de la salud, responsable de la salud integral de la comunidad, en el ámbito de operaciones del hospital.	Experto en <i>management</i> , responsable de la gestión de contratos con aseguradoras, procesos tercerizados y empresas de servicio temporal.

Fuente: elaboración propia (2019)

Las relaciones están marcadas por la diversidad de estructuras de significación entre los actores, pero también por la diversidad de condiciones laborales emergentes y la naturaleza distinta de las tareas. Se halla en las entrevistas con el personal misional que existe una convergencia simbólica (Bormann, 1985) en torno a la sensación de inequidad, corrupción y precariedad laboral en el sistema, lo cual concursa para que las lógicas del campo organizacional, en lo referente a las prácticas de gestión de los servicios, no alcancen la legitimidad pragmática requisito para la institucionalización (Greenwood, Suddaby y Hinings, 2002).

Las expectativas de los actores están rotuladas por el temor de que el hospital en el futuro no pueda ser financieramente viable, particularmente por la sistemática negación de los pagos por parte de las empresas promotoras de salud (EPS), se evidencia convergencia simbólica entre el personal misional en torno a que el Estado no ha demostrado la firmeza necesaria para restablecer el orden sobre este particular.

El personal médico comparte el temor de ser objeto de demandas judiciales por cuenta de los usuarios, por lo que considera que el seguimiento a registros, guías, protocolos, etc., resulta una herramienta útil para defenderse en tales eventos. Esta comprensión ha alcanzado las nuevas generaciones de médicos en formación y se evidencia cuando el total de los médicos internos consultados a través de un cuestionario, afirman que su mayor temor es perder el derecho a ejercer la profesión por algún error en la práctica médica.

Discusión

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 administración del capital humano; el flujo permanente y complejo de normas para la vigilancia y control y el incumplimiento de los pagos del servicio por parte de aseguradoras, se unen para obrar 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 conformidad institucional a su objeto misional (Dimaggio y Powell, 1999; Meyer y Rowan, 1999).

La rutina en el hospital de este caso de estudio está marcada por una disimulada tensión entre las unidades de dirección y administración 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 se aseguran que la legitimidad de la organización sea demostrable y los segundos buscan sentido a los guiones que se imponen. En este orden existen hallazgos como los de Bode, Lange y Marker (2016), en estudios de hospitales alemanes; la misma realidad es estudiada en el caso de los hospitales estadounidenses por Scott, Ruef, Mendel y Caronna (2000).

El emprendedor institucional referido en la teoría (Greenwood y Hinings, 1996; Greenwood, Suddaby y Hinings, 2002), 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., en la búsqueda de resultados en la contención de costos. Esta realidad concentra la agenda de la gerencia en los aspectos de la gestión presupuestal 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 probable que se dé lugar a la desinstitucionalización (Oliver, 1992) 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.

Las oportunidades de investigación en torno al fenómeno social en las organizaciones son amplias, particularmente para comprender las realidades organizacionales más allá de las formalidades que le otorgan la legitimidad, así como los estudios de cultura organizacional desde perspectivas antipositivistas que la consideren como una construcción social y no como variable que se planea y se controla desde el ápice estratégico.

Conclusiones

Este trabajo logró evidencia empírica para respaldar la afirmación de que el proceso de desregulación del Estado trajo consigo la institucionalización de los dogmas del mercado como mecanismo de superación de los problemas estructurales de la sociedad, provocando la instalación de mitos racionales en el campo de la salud en torno a la eficiencia y productividad como vía para alcanzar calidad y cobertura de los servicios. Consecuentemente a nivel de la organización hospital se desarrolla un proceso de instalación de mitos, en ausencia de evidencia empírica sobre los verdaderos beneficios. Las configuraciones adoptadas por la organización tienen el marcado interés de contener costos y estandarizar acciones, como expresión de conformidad con los arreglos dominantes en la búsqueda de la legitimidad.

La responsabilidad de demostrar la conformidad de la organización con los patrones hegemónicos del mercado, es atribuible a los actores del cuadro directivo-administrativo, quienes despliegan mecanismos comunicativos y persuasivos para lograr la alineación del quehacer misional a dispositivos estandarizados, por considerar que estos son la expresión de la calidad; entre tanto, el personal misional, en una heterogeneidad de interpretaciones, experimenta convergencia simbólica en torno a la impedida autodeterminación profesional, factor crítico para la verdadera calidad del servicio.

Esta investigación confirma que la gestión del hospital se ha 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 planear y ejecutar. Por esta razón es necesario ampliar la comprensión del fenómeno organizacional en el sistema de salud colombiano, considerando los procesos de construcción social que le son propios.

Agradecimientos

Este ejercicio de investigación fue posible gracias a la voluntad manifestada por el señor Secretario de Salud del departamento de Boyacá, para el año 2018. Agradecimientos al personal directivo, asistencial, administrativo, pensionados y exfuncionarios del Hospital Regional de Sogamoso (Boyacá, Colombia), por su decidido apoyo para la realización de este estudio.

Referencias

- Alvarado, S. (2006). Metamorfosis de la concepción del cambio organizacional en el nuevo institucionalismo. *Contaduría y Administración*, (219), 9-40. <http://dx.doi.org/10.22201/fca.24488410e.2006.591>
- Alyahya, M., Hijazi, H. & 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. <https://doi.org/10.1002/hpm.2397>
- Anthony, D., Appari, A. & 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. <https://doi.org/10.1177/0022146513520431>
- Berger, P. y Luckmann, T. (2006). *La Construcción Social de la Realidad*. Amorrortu editors.
- Bode, I., Lange, J. & Marker, M. (2016). Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 19(4), 501-517. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1195437>
- Bormann, E. (1985). Symbolic Convergence Theory: A Communication Formulation. *Journal of Communication*, 35(4), 128-138. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1985.tb02977.x>
- Burrell, G. & Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis*. Heinemann Educational Books.
- 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. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1405-10792011000200002

- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Decreto 1876 de 1994 (1994, 3 de agosto). Congreso de la República. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3356>
- De la Garza, E. (2009). Los estudios laborales en América Latina al inicio del siglo XXI. *Ciencia@uaq*, 2(2), 3-24. https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v2-n2/Estudios.pdf
- De la Rosa, A. (2002). Teoría de la Organización y Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional. *Administración y Organizaciones*, 4(8), 13-44. <https://biblat.unam.mx/es/revista/administracion-y-organizaciones/articulo/teoria-de-la-organizacion-y-nuevo-institucionalismo-en-el-analisis-organizacional>
- Denscombe, M. (2010). *The Good Research Guide. For small-scale research projects*. Open University Press.
- 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*. Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, E. (2001). *Las Reglas del Método Sociológico*. Fondo de Cultura Económico.
- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. La Carreta Editores.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu Editores.
- 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>
- Goffman, E. (2009). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores.
- Greenwood, R., Suddaby, R. & Hinings, C. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, 45(1), 58-80. <https://www.jstor.org/stable/i354929>
- Greenwood, R. & 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>

- Jepperson, R. (1999). *Refinamiento de la Teoría Institucional. Neoinstitucionalismo en el Análisis Organizacional*. Fondo de Cultura Económica.
- Ley 100 de 1993 (2003, 23 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial 41.148. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Meyer, J. y Rowan, B. (1999). *Organizaciones Institucionalizadas: La estructura formal como mito y ceremonia. El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. Fondo de Cultura Económica.
- Mohr, R. (1992). An institutional perspective on rational myths and organizational change in health care. *Medical Care Review*, 49(2), 233-255. <https://doi.org/10.1177/002570879204900205>
- Morin, E. (2009). *Introducción al Pensamiento Complejo*. 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: Siglo del Hombre Editores.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica.
- Oliver, C. (1992). The antecedents of deinstitutionalization. *Organization Studies*, 13(4), 563-588. <https://doi.org/10.1177/017084069201300403>
- Roggenkamp, S. y White, K. (2001). Is hospital case management a rationalized myth?. *Social Science & Medicine*, 53, 1057-1066. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556775/>
- Romero, J. (1999). *Estudio Introductorio. Los nuevos institucionalismos: sus diferencias, sus cercanías. El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. Fondo de Cultura Económica.
- Selznick, P. (1996). Institutionalism "Old" and "New". *Administrative Science Quarterly*, 41(2), 270-277. <https://doi.org/10.2307/2393719>
- Spitzmueller, M. (2018). Remaking community mental health: contested institutional logics and organizational change. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 42 (2), 123-145. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1422071>
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Scott, R. (1999). Retomando los argumentos institucionales. *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Scott, R. (1995). *Institutions and Organizations*. Sage Publications.

- Scott, R., Ruef, M., Mendel, P. & Caronna, C. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. The university of Chicago.
- Tolbert, P. & Zucker, L. (1996). *The institutionalization of institutional theory. Handbook of organization studies*. Sage Publications.
- Torres, E. (2015). El Nuevo Institucionalismo: ¿hacia un nuevo paradigma? *Estudios Políticos*, (34), 117-137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.espol.2014.11.001>.
- Weick, K. (2009). Las organizaciones educativas como sistemas flojamente acoplados. *Gestión y Estrategia*, 36, 93-110. <http://gestionyestrategia.azc.uam.mx/index.php/rge/article/view/121>
- Yin, R. (2009). *Case Study Research*. Sage.
- Zemelman, H. (2012). *Los Horizontes de la Razón. Dialéctica y apropiación del presente*. Anthropos editorial.
- Zucker, L. (1987). Institutional Theories of Organization. *Annual Reviews Sociology*, 13, 443-464. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.13.080187.002303>.
- Zucker, L. (1999). *El papel de la institucionalización en la persistencia cultural. El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Fondo de Cultura Económica.