

Cambios en la estrategia, la estructura y las capacidades en una organización de doble dimensión: el caso del Hospital San Vicente\* luego de la ley 100 de 1993

Yurley María Agudelo Agudelo\*\*

Santiago Zapata Barrera\*\*

Beatriz Amparo Uribe de Correa\*\*\*

Diana María Londoño Correa\*\*\*\*

\*En 1913 la institución fue nombrada Hospital San Vicente de Paúl y mantuvo este nombre por casi cincuenta años. En 1959 la Junta Directiva adicionó al nombre del Hospital la palabra Universitario dándole firmeza a la relación docente asistencial con la Universidad de Antioquia. El crecimiento del Hospital y la definición de las estructuras de gobierno llevaron a un cambio en la imagen del Hospital y sus filiales; por lo tanto en 2010 el nombre de la institución cambió a Hospital Universitario de San Vicente Fundación. San Vicente Fundación es la marca corporativa y el Hospital Universitario es una de las empresas. Para efectos prácticos en este trabajo se utilizará el nombre de Hospital San Vicente indistintamente de la época en que se hable de la institución.

\*\* Estudiantes de la Maestría en Administración (MBA), Universidad EAFIT.

\*\*\* Asesora metodológica.

\*\*\*\* Asesora temática.

## Resumen

Cambios en la estrategia, la estructura y las capacidades de una organización de doble dimensión: el caso del Hospital San Vicente después de la ley 100 de 1993.

Este artículo proporciona información sobre los cambios en la estrategia, la estructura y las capacidades que el Hospital San Vicente implementó para ser sostenible en el contexto de los cambios regulatorios en salud de los últimos veinte años en Colombia. En este caso se describe cómo el Hospital San Vicente (entidad sin ánimo de lucro) pasó de ser una institución que financiaba su operación mayoritariamente con dineros provenientes del Estado, la venta de servicios a pacientes particulares y donaciones y aportes de benefactores, a ser un grupo de empresas sólidas y financieramente rentables que se unificaron para generar ingresos suficientes y lograr conjuntamente el cumplimiento de su misión asistencial enfocada a la atención de los pacientes con menos recursos económicos. Se amplían cuatro aspectos importantes dentro del desarrollo organizacional, como son: estrategia, estructura, capacidades y doble dimensión.

## Palabras clave

Estrategia, Estructura, Capacidades, Doble Dimensión y Hospital San Vicente

## Abstract

Changes in strategy, structure and organizational capabilities of twofold dimensions: the case of San Vicente Hospital after law 100 of 1993.

This article provides information on changes in strategy, structure and capabilities implemented San Vicente Hospital, to be sustainable in the context of regulatory changes in health for the past twenty years in Colombia. In this case is described as the Hospital San Vicente (non profit organization) went from being an institution that financed its operations primarily with money from the state, sale of services to private patients and grants and contributions from benefactors, to be a group of financially sound and profitable companies

that were merged to generate sufficient income and jointly achieve fulfilling its mission of care focused on patient care with fewer economic resources. 4 Important aspects of organizational development within expand, such as: strategy, structure, capabilities and twofold dimensions.

## Keywords

Strategy, Structure, Capability, Twofold Dimension and Hospital San Vicente

## Introducción

En Colombia se dio un cambio de legislación en salud a partir de 1993, que modificó la forma en que los hospitales brindaban sus servicios y obtenían los recursos para su funcionamiento (ley 100, 1993). Desde ese momento el Hospital San Vicente, una institución reconocida en el medio por la prestación de sus servicios, debió reinventarse para mantener su viabilidad. Esta organización que es de doble dimensión, en tanto que no genera en su operación todos los recursos necesarios para cubrir sus costos, debió construir unas capacidades, y al mismo tiempo adecuar su estrategia y estructura para mantenerse vigente; para mirar estos cambios se ha optado por el marco de la estrategia como campo de conocimiento de la administración (Ansoff, 1965; Hafsi y Thomas, 2005; Nag, Hambrick, y Chen, 2007), que si bien fue desarrollado para los negocios da luces en cuanto a la gestión de otro tipo de organizaciones (Mintzberg, Ahlstrand y Lampel, 1999; Mintzberg y McHugh, 1985).

Este artículo proporciona elementos importantes para entender el proceso mediante el cual se construyó, a partir de la ley 100 de 1993, una forma de operar que le ha permitido al Hospital San Vicente mantenerse viable y prestar su labor como entidad sin ánimo de lucro. La comprensión de este proceso le da respuesta a la pregunta: ¿Cuáles han sido los cambios en la estrategia, la estructura y las capacidades del Hospital San Vicente después de la ley 100 de 1993? Estos tres conceptos son fundamentales para este trabajo, y se busca mostrar cómo su combinación y dinamización le han permitido al Hospital mantenerse operando.

Es precisamente esa búsqueda de permanencia la que llevó al Hospital a ampliar sus capacidades organizacionales, dentro de una lógica basada en dos objetivos que debían co-existir simultáneamente: por un lado buscando generar recursos con las capacidades y fortalezas ya existentes; por otro, siendo eficientes y mesurados en la aplicación de los recursos que le permitieran mantener su función social sin ánimo de lucro, pero con el apoyo de una empresa generadora de recursos.

Para lograr identificar claramente todos los aspectos de la vida diaria del Hospital, fue necesario hacer revisión de actas de juntas directivas de esos años (1993 a 2013), en ellas encontramos tomas de decisiones para cambiar ciertas competencias que poseía el hospital, ampliar capacidades y consolidar una estrategia que le ha dado la fortaleza que lo ha mantenido hasta hoy. Luego se realizaron entrevistas a directivos claves en el desarrollo de dichos cambios, algunos fueron los impulsores, otros fueron quienes ejecutaron dichos cambios, pero todos llevaron de la mano al Hospital en el viraje hacia el rumbo que necesitaba.

El Hospital San Vicente es una Institución de Utilidad Común, de Derecho Privado, con personería jurídica reconocida por el Gobierno Nacional mediante resolución sin número del veintiocho (28) de febrero de mil novecientos catorce (1914) que tiene por objeto esencial servir al prójimo y realizar la caridad cristiana, mediante el establecimiento, dotación y administración de una o varias unidades hospitalarias, clínicas, institutos, y otros establecimientos asistenciales o de investigación científica, en el ramo de la medicina; de las ciencias y ramas auxiliares de ellas (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 2009: 11).

El Hospital San Vicente hace parte de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, a la cual pertenecen las siguientes empresas sin ánimo de lucro en el sector salud, Corpaúl, como corporación, el Instituto de Alta Tecnología Médica (IATM) y Centros Especializados. Estas empresas están dedicadas a diferentes actividades del sector, con personerías jurídicas independientes pero con control de la dirección del Hospital, todas

**Comentario [U1]:** ¿Son varias empresas juntas? si es así va con minúscula en ambas palabras. Si es un nombre propio conservar las mayúsculas por favor.

tienen la convicción de generar recursos para cumplir la misión social del Hospital San Vicente.

La consolidación del Hospital como empresa, que se inició con mesura y al ritmo que permitía la situación económica, tuvo un remesón fuerte en la época de los noventa cuando el país creó grandes reformas en la legislación en salud que llevaron a que la institución tomara decisiones drásticas para las cuales ya se había venido preparando lentamente (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 56). El Hospital hizo una transición de hospital de caridad a empresa, y sus directivos tuvieron el reto de volverlo autosostenible, competitivo, gestionado con excelencia administrativa, con la mejor calidad en la atención y dirigido a los mismos pacientes.

Es aquí donde entra el concepto de doble dimensión; en contraste con lo que ocurre en un negocio de un solo ciclo aquí se tienen dos propósitos, el primero es la generación de recursos y el segundo es la aplicación de estos; ambos aspectos tienen la particularidad de que sus enfoques no deben competir entre sí, por el contrario, realizan sinergias para el logro de los objetivos institucionales (Dávila, 2012).

Este artículo muestra el siguiente orden: se inicia con una explicación de los conceptos de estrategia, estructura, capacidades organizacionales y la relación entre estos. A continuación se hace una descripción de la forma de recolección de la información y su análisis. Posteriormente se presentan los antecedentes del Hospital San Vicente como organización de doble dimensión. En seguida se muestran los cambios regulatorios, que modificaron la forma como la institución gestionaba los recursos y la prestación del servicio, y finalmente se analizan los cambios para la institución en los conceptos antes mencionados y sus resultados.

## 1. Marco conceptual

Los tres conceptos que enmarcan la mirada a las acciones del Hospital San Vicente son tomados del campo de la estrategia (Andrews, 1987; Hafsi y Thomas, 2005; Nag, Hambrick y Chen 2007; Richard P. Rumelt, Schendel y Teece, 1994), y como se ha reconocido, no es posible hablar de definiciones compartidas en este campo del conocimiento (Hafsi y

Thomas, 2005). Sin embargo, se seleccionaron aquellos que propiciaban el estudio del caso referido y que podían dar una respuesta a la pregunta planteada.

### 1.1 ¿Y dónde está la estrategia?

Para el concepto de estrategia se ha optado por la definición de Andrews (1987: 82) quien afirma:

Estrategia es el patrón de las decisiones de una compañía en donde se determinan sus objetivos, propósitos, metas. También se dan otros elementos que vienen inmersos en ella, como las políticas, planes, rango o nivel esperado que debe alcanzar, naturaleza de la contribución económica que debe hacer a sus accionistas, empleados, clientes y sus comunidades.

La estrategia se entiende en dos niveles, la corporativa y la del negocio. La estrategia corporativa determina en qué negocio se quiere estar o de qué negocios se debe salir y cómo se administra el conjunto de empresas (Chatterjee, 1986; Goold, Young y Collis, 2007; Porter, 1987; Rumelt, 1974), mientras que la estrategia de negocio ayuda a definir cómo ser diferente dentro de ese sector económico (De Wit y Meyer, 2002; Porter, 1997). En otras palabras, la estrategia corporativa se ocupa de la gestión de los grupos empresariales y la estrategia del negocio se refiere a la definición de un negocio en un mercado y hace énfasis en lo que lo hace diferente.

### 1.2 La estructura sigue a la estrategia

Por su parte se entenderá como estructura la definición aportada por Chandler (1976: 14):

La Estructura se puede definir como el diseño de la organización a través del cual se administra una compañía, este diseño, ya sea formal o informalmente definido, tiene dos aspectos. Incluye, en primer lugar las líneas de autoridad y comunicación entre las diferentes oficinas administrativas y oficiales, y en segundo lugar la información y los datos que fluyen a través de estas líneas de comunicación y autoridad. Estas líneas y estos datos son esenciales para asegurar la coordinación eficaz, la evaluación y la planificación de lo necesario

**Comentario [U2]:** Revisar la fecha, en las referencias finales aparece 1987.

en el cumplimiento de los objetivos y políticas básicas y tejer juntos los recursos totales de la empresa. Estos recursos incluyen el capital financiero, el equipo físico, como las plantas, maquinaria, oficinas, almacenes y otras instalaciones de comercialización y compra, fuentes de materias primas, la investigación y los laboratorios de ingeniería, y lo más importante de todo, la técnica, la comercialización y las habilidades administrativas de su personal.

Alfred Chandler (1976), uno de los pioneros en los años sesenta en analizar la evolución histórica de un conjunto de grandes compañías norteamericanas desde sus estructuras en relación con sus estrategias, encontró básicamente tres principios amplios aplicados a este concepto:

1. A medida que las empresas cambian su estrategia de crecimiento igualmente modifican su estructura organizativa, si no lo hicieran de esta manera sus resultados económicos se vendrían abajo.
2. La relación entre estrategia y estructura es a lo largo del tiempo bastante predecible.
3. Un cambio estructural que sigue a un cambio de estrategia no se produce de manera instantánea, sino con un cierto retraso.

Chandler también afirma en sus estudios que a medida que se van dando los avances en diversidad de productos, de mercados o de nuevas tecnologías al interior de la compañía, se crean necesidades de estructuras nuevas, con diferencias notables que soporten dichos cambios, se requieren nuevas divisiones o nuevas unidades, con nuevos niveles o multidivisionales que ayuden a esa estrategia a tener forma y funcionalidad dentro de la compañía.

La estructura y la estrategia van de la mano al interior de las organizaciones, una necesita de la otra para poder tener forma funcional dependiendo del ritmo de crecimiento que demande la institución en un momento dado. No sólo en las economías, las instituciones también sufren ciclos de crecimiento y expansión, también se dan ciclos depresivos o de contracción donde al igual que en los primeros se debe buscar reducir la estructura de manera más acorde con los lineamientos estratégicos que requiera el negocio en ese momento, por eso no resulta para nada extraño que pasados algunos años se frenen las

decisiones de creación de unas nuevas divisiones, o se busque la manera de que las existentes absorban funcionalmente dentro de la estructura las otras que están más pequeñas dados los recortes, lo cual finalmente pueda generarle más valor con menos costos a la organización.

### 2.3 Capacidades organizacionales

Para sustentar teóricamente las capacidades organizacionales, la literatura existente muestra autores representativos no sólo en la definición del concepto como tal, sino en la integración de este con la estrategia y la estructura de las organizaciones (Helfat y Peteraf 2003; Prahalad y Hamel, 1990; Morcillo, 1997 y Angler y Teece, 2006; Wernerfelt, 1984, 1995).

La capacidad organizacional comprende una serie de habilidades y destrezas existentes en las instituciones para coordinar y combinar recursos. Parte fundamental de ella es la unión de habilidades y destrezas que permiten la coordinación de conocimientos en una solución operativa que integre ese conocimiento con los procesos de la institución.

Helfat y Peteraf (2003:10) definen una capacidad como: “La habilidad de una organización para ejecutar un conjunto coordinado de tareas mediante el uso de recursos, con el propósito de alcanzar un resultado”.

Un concepto importante dentro de la definición de capacidades es planteado por Angler y Teece (2006) al considerar que las capacidades pueden definirse como los activos (no-imitables) que las instituciones tienen y a los cuales es necesario dar forma, remodelar, configurar y reconfigurar con el fin de responder a la evolución de las tecnologías y los mercados.

Por su parte Prahalad & Hamel (1990: 79-91) definieron el concepto de “competencias esenciales” queriendo hacer una diferenciación de las actividades que eran determinantes para el logro de los objetivos de la organización y el cumplimiento de la estrategia, de otras que son menos relevantes definiéndolas como: “Aquellas que surgen del aprendizaje colectivo de la organización, especialmente las relativas al modo de coordinar las diversas técnicas de producción e integrar las múltiples corrientes de tecnología”.



Morcillo (1997) plantea, además, la necesidad que se cumplan tres condiciones para que se consideren competencias esenciales: que agreguen valor para el cliente, y que este lo perciba como tal, que sea un elemento diferenciador frente a los competidores y que pueda ser aplicable a otros productos o servicios.

Este autor plantea también en su trabajo una denominación parecida a las “competencias esenciales” las cuales llamó “competencias esenciales o nucleares” que se componen de competencias tecnológicas, personales y organizativas; entendidas como la sinergia entre el conocimiento de las personas, la experiencia, las habilidades de los miembros de la institución, la tecnología y los procesos. Este concepto lo ejemplificó gráficamente de esta forma:



Es claro reconocer que los recursos tangibles e intangibles son la fuente de las capacidades organizacionales y por tanto se consideran críticas para el logro de una ventaja competitiva, pues son ellas los cimientos sobre los cuales se soporta la organización. Ellas nacen y se desarrollan a lo largo de la vida de la institución gracias a la interacción de los recursos.

Basándonos en este concepto se debe entender a su vez, que si una institución desea tener mayores retornos de manera sostenible en el tiempo es necesario que combine sus recursos (exclusivos de esa institución) en términos de mejorar y volver más eficientes sus procesos específicos, que han sido logrados gracias a la trayectoria y que no pueden ser copiados fácilmente por sus competidores, porque implican un proceso de aprendizaje de largo plazo y porque están basados en la capacidad de generar conocimiento, el cual surge indiscutiblemente del capital humano. Sin embargo, no debe perderse de vista que las organizaciones deben tener la facultad para usar el conocimiento generado y transferirlo a las operaciones de sus negocios.

## 2. Metodología

Se tomó como base la propuesta configuracional (Khandwalla, 1973; Miller, 1986, 1987; Mintzberg, 2005; Mintzberg, Ahlstrand y Lampel, 1999; Pettigrew, Woodman y Cameron, 2001), reconocida y valorada en el campo de la estrategia (Hafsi y Thomas, 2005). En la configuración el punto de partida es la observación de los hechos en contexto y se valora la descripción que permita sacar conclusiones importantes para la administración (Dyer Jr. y Wilkins, 1999; Eisenhardt, 1989,1991). Para la observación se tomaron como punto de partida unas definiciones básicas que permitieron identificar y diferenciar las acciones y procesos de interés para este trabajo.

La consecución de la información para este artículo se realizó en dos fases: inicialmente se hicieron consultas (observación primaria) en las actas de la Junta Directiva entre los años 1993-2013, en donde se encontraron aspectos relevantes que requerían ser ampliados para el pleno entendimiento y desarrollo del artículo. Posteriormente, recurrimos a entrevistas a directivos claves de la organización que estuvieron y han estado durante estos años trabajando para el Hospital, y que nos ampliaron esos detalles fundamentales encontrados en las actas que fueron los factores que le dieron el giro que buscaba la organización en su momento.

Para el análisis de la información se buscó la integración de los conceptos para mostrar el vínculo entre ellos y se diferenciaron los períodos a partir de los cambios en la legislación. Esta forma de trabajo está encaminada hacia la identificación de una configuración en la cual el carácter de doble dimensión de la organización sea el punto de partida. Esta doble dimensión significa que la organización debe adecuar tanto su proceso de prestación del servicio como la consecución de los recursos, y es por ello que los cambios en el entorno se muestran en ambas actividades (Addleson, 2001; Mintzberg, 1979; Morgan, 1983).

Este artículo busca ampliar con la descripción de un caso cómo la implementación y puesta en marcha de una estrategia de doble dimensión en una organización sin ánimo de lucro permitió sobrepasar grandes dificultades en términos regulatorios y económicos, sin dejar de lado en ningún momento la prestación del servicio asistencial a su comunidad.

### 3. Antecedentes: Hospital San Vicente, una organización de doble dimensión

La historia del Hospital se inicia en 1912, cuando en la mente de un grupo de filántropos antioqueños liderados por Don Alejandro Echavarría Isaza se generó la idea de la construcción de un hospital para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes, quienes en aquella época eran atendidos en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Medellín. Las condiciones de esta institución eran lamentables: el local era estrecho, el mobiliario completamente deteriorado, el instrumental incompleto y deficiente y no contaba con camas suficientes para la atención de los pacientes, quienes debían esperar turnos tirados en andenes por días enteros para poder ocuparlas (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

Don Alejandro Echavarría Isaza, reconocido empresario de la región, mostró un gran interés en este proyecto liderándolo con toda la entrega y dedicación; y es así que comunicó a sus hijos, a principios de 1913, estando su esposa gravemente enferma: “He resuelto fundar un hospital, pero un hospital grande, muy grande, que tenga siempre la capacidad suficiente para albergar a todo hijo de Antioquia y del resto del país que necesite de sus servicios” (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 11).

La visión con la cual fue construido el Hospital permitió a sus fundadores tener claridad sobre la magnitud de la obra, que necesitaba no sólo la ciudad, sino también el departamento y el país para satisfacer las necesidades del futuro. La historia demostró que el espíritu visionario de Don Alejandro Echavarría tenía su fundamento en un acelerado crecimiento de la población y el desarrollo de una ciudad prometedora y pujante (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

Desde 1926 empezaron a ser atendidos los primeros pacientes en la institución, quienes eran trabajadores del Ferrocarril de Antioquia; sin embargo, fue el 14 de mayo de 1934 cuando ante la imposibilidad de continuar atendiendo los pacientes en el Hospital San Juan de Dios se decide abrir el Hospital San Vicente, aún en construcción, recibándose en ese momento a ciento cuarenta pacientes (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013).

A partir de entonces, el Hospital se convirtió en una fuente nutricia para la sociedad que apoyó su creación. Paulatinamente, a la medida de sus capacidades, fue abriendo al servicio de la comunidad importantes áreas del conocimiento médico, conforme a los adelantos de la ciencia, a los requerimientos de la comunidad en la atención a sus problemas de salud y a las inquietudes científicas de quienes se preparaban en este centro asistencial (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013).

### 3.1 Prestación de los servicios: el hospital de alta complejidad

Por tratarse de una institución de doble dimensión, desde sus inicios el Hospital San Vicente prestó servicios salud de alta complejidad<sup>1</sup> a la comunidad que requería de ellos y que demandaba alta especialidad médica. Entre los servicios más representativos prestados por la institución se destacaban cirugía, hospitalización de especialidades generales, enfermedades infecciosas y por supuesto urgencias de adultos.

Este es uno de los principales servicios que ha brindado el Hospital a la comunidad y está en funcionamiento desde 1936 (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998), época en la cual se encontraba ubicado en los bajos de la sección de Pensionados.<sup>2</sup> Posteriormente, comenzó a funcionar en la actual edificación conocida como “Policlínica Municipal”, la cual años más tarde reinauguró sus servicios ofreciendo atención integral al paciente con áreas de apoyo como cirugía, unidad de cuidados intensivos y banco de sangre, en la misma área, consolidándose como centro de referencia para la atención del paciente con trauma (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998). Como resultado de la violencia generada en la ciudad de Medellín, que hizo que la catalogaran como una de las ciudades más violentas del mundo, es preciso decir que sin la experiencia científica y la destreza del equipo humano de Policlínica la ciudad no hubiera podido responder a la

---

<sup>1</sup> Alta complejidad en salud se define como el grupo de atenciones en las cuales se requiere mayor producción de nuevo conocimiento en situaciones más difíciles, o la producción simultánea de nuevo conocimiento desde varias especialidades con niveles de mayor experticia o maestría en el manejo del problema específico de atención en salud que tiene el paciente (Castellanos, 2012).

<sup>2</sup> El Hospital San Vicente cuenta con trece pabellones dispuestos para la atención de los pacientes, Pensionado es uno de estos pabellones y por mucho tiempo el lugar de destino a la atención de pacientes que pagaban directamente la atención que recibían.

magnitud de tantos problemas de orden público (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

El Pabellón Infantil “Clarita Santos”, fundado en 1940, dio origen al Hospital Infantil, inaugurado el 11 de marzo de 1961, como un pabellón anexo al Hospital San Vicente (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998). Este servicio se ha dedicado a la atención especializada de los niños menores de trece años, con el máximo nivel de atención y complejidad. Debido a que para la época, tanto en los servicios de urgencias como en consulta externa y hospitalización, la demanda de atención de los pacientes pediátricos superaba la capacidad de servicio, fue necesario entonces pensar en construir una obra independiente para mejorar la atención al niño enfermo. El Policlínico Infantil se dedicó exclusivamente a la atención de urgencias infantiles (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

Para el año de 1949 se creó el Banco de Sangre, para satisfacer las necesidades de Medellín y Antioquia, el cual representó no sólo un alivio económico para el Hospital, puesto que ya no sería necesario comprar sangre para las transfusiones, sino porque se convirtió en abastecedor de hospitales de clínica de la ciudad y el departamento (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013).

En 1956 se empezaron a fabricar los primeros sueros, para consumo propio, dadas las difíciles condiciones económicas que atravesaba el Hospital y la imposibilidad de comprarlos debido a su alto costo, además que provenían de Nueva York y demoraban un considerable tiempo en llegar, sumando las condiciones de seguridad para su administración a los pacientes.

Muchos fueron los proyectos innovadores que el Hospital desarrolló a lo largo de su historia; uno de los más representativos fue la unidad de trasplantes y el liderazgo en cirugía plástica reconstructiva, principalmente los reimplantes de mano, cirugía que mostró cifras récord en el mundo (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

“La cirugía plástica hizo historia en el Hospital San Vicente y se puede decir que hay toda una escuela nacida en este recinto y que tuvo su primera semilla en 1954 cuando se inició este servicio” (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 88).

“Los reimplantes se iniciaron en el mundo en 1962 y para 1965 ya se había hecho en el Hospital San Vicente tal cirugía, que fue además la primera en América Latina; finalizada la década del noventa se tenía un record mundial de trescientos casos exitosos realizados por este grupo interdisciplinario” (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 88).

Por su parte, el Grupo de Trasplantes, que se convertiría en un hito del Hospital por su gran aporte científico, se creó en 1968 haciendo trasplantes experimentales (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998). Fue hasta 1973 que se realizó el primer trasplante exitoso en humanos, “no sólo se había hecho realidad un sueño nacido del único deseo de ayudar a quienes sufren; se había creado un estilo de trabajo y se había formado para la medicina antioqueña colombiana y latinoamericana toda una escuela de trasplantes que desde entonces llenó de honores al Hospital y al país” (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 88).

Posteriormente, en 1968 se creó el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, cuyo objetivo era trabajar decididamente por la rehabilitación integral de las personas con limitaciones físicas, fortaleciendo la labor social y el compromiso del hospital con la recuperación de los más necesitados (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

Muchos servicios y áreas especializadas fueron creándose con el paso de los años con un propósito definido “hacer el mejor Hospital de Colombia” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013:157), entre estas se destacan Medicina nuclear, Toxicología, Clínica de alivio del dolor, Unidad de Quemados, entre otros.

### 3.2 Consecución de los recursos

Para dar cumplimiento a la doble dimensión:

El Hospital San Vicente ha sido para Antioquia un símbolo de caridad, de generosidad, de relación con personas de menos recursos. Con él se han identificado personas de todas las clases sociales quienes ven plasmados de alguna manera el adagio popular de “dando también se recibe”, y aunque las leyes colombianas en materia de salud y seguridad social transformaron el entorno en el que el Hospital operaba, siempre se mantuvo la filosofía de su fundador Don Alejandro Echavarría de atender a todo a aquel que necesitara de los servicios de la institución (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998).

Por las anteriores razones, desde su creación el Hospital recibió la solidaridad de las personas cada día, las cuales aportaban con base a proyectos concretos, con el interés de ver reflejada su donación en un beneficio para la comunidad, medibles y con un gran impacto social. Sumado a las donaciones y colectas anuales y a los aportes de muchos benefactores al Hospital también ingresaban dineros provenientes de las utilidades de la Plaza de Toros La Macarena y representativos auxilios económicos del Estado, correspondientes a dineros del situado fiscal,<sup>3</sup> aportes del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, venta de servicios al Instituto de Seguros Sociales, atención de pacientes por Seguro Obligatorio de Tránsito, colectas públicas y dineros provenientes de la atención a pacientes particulares (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl).

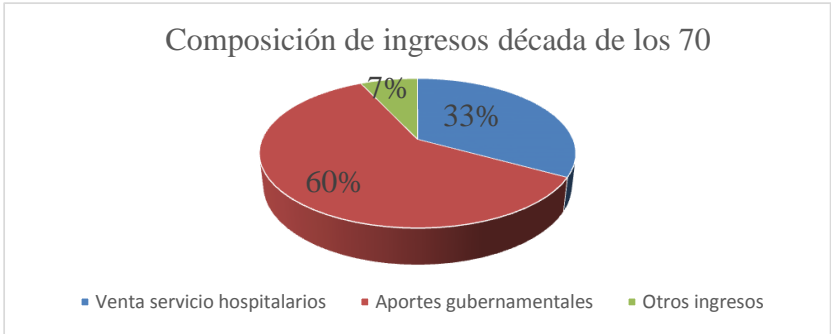
La consolidación económica y administrativa del Hospital ha sido tarea difícil, debido a que desde sus comienzos la entidad asumió la responsabilidad de la salud de Antioquia, del Chocó y de algunos departamentos de la Costa Atlántica que hicieron difícil la atención de los pacientes, sin embargo, pese a tantos tropiezos y a que el Hospital nació de un sentido eminentemente caritativo, fue en su seno donde surgió también la necesidad de convertirse en una institución autosuficiente, en la medida de lo posible, y manejada con criterios de empresa (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013).

---

<sup>3</sup> Situado fiscal se define como un sistema de transferencias del gobierno central hacia los departamentos, los territorios nacionales y el distrito especial de Bogotá, creado mediante el Acto Legislativo número 1 de 1968 y posteriormente se reglamentó a través de la ley 46 de 1971. De acuerdo con estas normas, el monto de la transferencia correspondía a un porcentaje de los ingresos ordinarios de la nación.

La década de los setenta fue una época caracterizada por los problemas financieros; el constante retraso en los auxilios que el gobierno nacional destinaba a los hospitales del país afectaba de manera importante la actividad asistencial del Hospital. El 60 % de los ingresos provenían de aportes gubernamentales, el 33 % de servicios facturados a particulares o empresas y el 7 % correspondientes a aportes de otros negocios de la institución entre los cuales se encontraban los aportes de Corpaúl como lo muestra la Gráfica 1 (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl). Los gastos operativos superaban por mucho los ingresos y por varios años la institución se vio enfrentada a un déficit operacional, el cual en varias ocasiones puso en riesgo la sostenibilidad financiera de la institución. El Hospital San Vicente era y sigue siendo una institución privada, y recibía un presupuesto anual del gobierno para su funcionamiento, sin embargo, y al igual que los hospitales públicos, también tenía problemas de eficiencia y control de los recursos.

Gráfica 1. Composición de ingresos\*



\*Todas las gráficas, tablas y cuadros de este texto fueron realizadas por los autores.

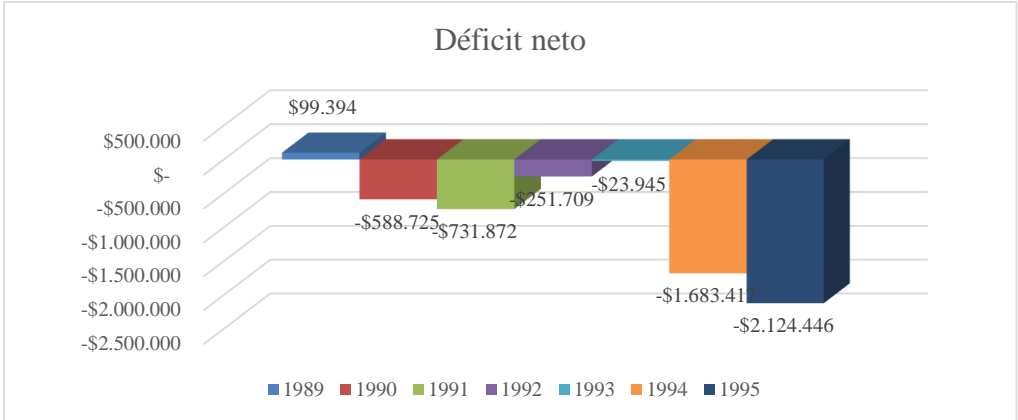
Como apoyo a la consecución de recursos: “En 1961 y 1962, le fueron donadas al Hospital Infantil las acciones de la Plaza de Toros La Macarena” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013:169). Años más tarde se creó la Corporación Plaza de Toros La Macarena-Cormacarena; bajo



esta nueva razón social se han realizado ferias taurinas para transferir aportes al Hospital (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013).

Finalizando la década del ochenta, el Hospital San Vicente atravesaba una difícil situación financiera, se evidenciaba un aumento progresivo en las cuentas por cobrar, destacándose el orden departamental, el Instituto de Seguros Sociales, el Seguro Obligatorio de Tránsito y las atenciones a pacientes particulares, así mismo, se observaba una baja rotación de cartera, aumento de las cuentas por pagar y dificultades para la entrega de recursos provenientes del situado fiscal (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl). Esta situación se mantuvo hasta mediados de la década del noventa como lo muestra la Gráfica 2, cuando el Hospital San Vicente empezó a generar utilidad operativa.

Gráfica 2. Déficit neto



3.3 Estrategia, estructura y capacidades antes de la ley 100 de 1993

Desde el concepto de estrategia se observa que los directivos de la institución enfocaron sus decisiones en cualificar las personas encargadas de dirigir la institución y ser fieles al cumplimiento de su misión como promesa de servicio; los usuarios que recibían la atención eran las personas de escasos recursos socioeconómicos que la necesitaban y no podían pagar por ella y sus clientes algunas entidades estatales con quienes celebraran contratos para recibir aportes; de igual forma, uno de los propósitos fundamentales era la gestión de unos recursos necesarios para la operación, los cuales eran muy escasos para el cumplimiento de sus objetivos y de difícil consecución.

Conscientes de la necesidad de buscar otras fuentes de obtención de recursos, el Hospital creó a Corpaúl con el objetivo de ayudar a sostener la operación del Hospital y así mismo descentralizar la administración de bienes no hospitalarios de la institución.

### 3.3.1 Familia de empresas para la vida

“El 10 de mayo de 1973, el Hospital San Vicente funda la Corporación de Fomento Asistencial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Corpaúl, como una de las medidas adoptadas por las directivas del Hospital para sacarlo de las dificultades económicas” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013:192). Esta nueva entidad sin ánimo de lucro se orientó a administrar los bienes no hospitalarios de la institución, entre los que se encuentran la propiedad raíz, recolección y comercialización de material reciclable y la venta de productos promocionales como las tarjetas de navidad, la administración de parqueaderos, además de campañas financieras: “Corpaúl beneficia desde su fundación las finanzas del Hospital”.

No obstante la denominación de corporación, Corpaúl es una fundación, puesto que el elemento fundamental es el patrimonio destinado estatutariamente a “facilitar el cabal cumplimiento de los fines del Hospital” (Actas de la Junta Directiva desde 1993 hasta el 2013. Acta número 1260 de 1994).

Todos los frutos y rentas provenientes de las actividades de Corpaúl debían pasar al Hospital, deduciendo el valor de los gastos necesarios para su funcionamiento; y se

autorizaba, previa aprobación de la Junta Directiva del Hospital, la formación de un fondo acumulativo para inversiones. En 1987, y con el ánimo de dar claridad a las relaciones económicas entre el Hospital y Corpaúl, se firma un contrato de mandato comercial entre las dos instituciones. En el se determina el porcentaje de la comisión que el Hospital reconoce a Corpaúl por sus servicios de administración. El beneficio neto obtenido por Corpaúl se distribuye entre las dos instituciones; al Hospital como rentabilidad de su inversión en la corporación y a Corpaúl para fortalecerla en aras de que sea una empresa más sólida y competitiva (Actas de la Junta Directiva desde 1993 hasta el 2013. Acta número 1260, 1994).

En el año de 1981 Corpaúl desarrolló la planta farmacéutica, operando en la ciudad de Medellín e incursionando en el mercado de sueros no sólo a nivel nacional sino internacional. Años después cambió su tecnología de producción de líquidos por tecnología alemana. De igual manera desarrolló productos medico quirúrgicos como las suturas, las cuales surgieron también en el Hospital a partir de la creatividad y la recursividad del personal asistencial. Con el fin de ampliar su portafolio de servicios Corpaúl incursionó en el negocio de la administración de parqueaderos en la ciudad, lo cual representó importantes ganancias para la empresa que se tradujeron en beneficios para el Hospital (“Parqueaderos”, 2010).

Con el objetivo de continuar creando servicios que ayudaran a soportar la economía de la institución se creó en 1986 la Central de Producción, Reciclaje y Esterilización de Materiales (CPE), permitiendo “economía en gasto, autonomía de suministros, venta de servicios, soporte e investigación en tecnología” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013: 208).

Como acciones para fortalecer el desarrollo tecnológico, en el año de 1992, un ex director general de la institución, con el apoyo de un importante radiólogo de la ciudad, planteó el interés de contar con un lugar que manejara la más novedosa tecnología al servicio de las personas, pero que debido a su alto costo no podía ser propiedad exclusiva de la institución; es entonces cuando se invitaron importantes instituciones de salud de la ciudad a participar del proyecto, entre ellas la Clínica Medellín, el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Clínica Cardiovascular, la Clínica del Prado, la Clínica CES, así como renombradas fundaciones

tales como Fundación Suramericana, Fundación Pinar del Río, Fundación Orquídea y las Universidades de Antioquia y Pontificia Bolivariana, creándose la sociedad anónima IATM (Instituto de Alta Tecnología Médica) que por espacio de diez años se encargó de la administración y la prestación de la atención a los pacientes que requerían de la nueva tecnología para tener diagnósticos oportunos (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl).

### 3.3.2 Estructura organizacional del hospital antes de 1993

La estructura funcional del Hospital en sus inicios estaba conformada por una Junta Suprema,<sup>4</sup> Junta Constructora,<sup>5</sup> un médico jefe para coordinación de la parte clínica y un intendente que manejaba la parte administrativa.

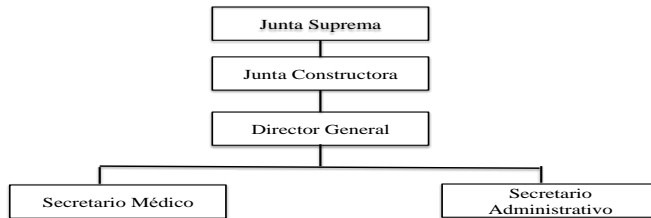
En 1951 se acordó una reforma a la estructura administrativa sugiriendo el nombramiento de un director general, responsable de la marcha científico-administrativa de la institución con un secretario administrativo y un secretario médico; en 1961 estos secretarios se denominaron asistentes de dirección (Gráfica 3).

Gráfica 3. Organigrama Hospital San Vicente hasta 1961

---

<sup>4</sup> La Junta Suprema cumplió funciones de asamblea general, esa junta estuvo constituida por nueve miembros de la Junta Directiva y diez más escogidos por estos entre los benefactores de la institución. Posteriormente, y ya adelantada la obra, dicha junta fue reformada quedando constituida por el gobernador, el rector de la Escuela de Medicina, el presidente de la junta constructora, un representante del señor arzobispo y tres miembros de la comunidad.

<sup>5</sup> Junta dedicada a la labor de consecución de los recursos para la construcción del Hospital.



Los comienzos de los años setenta marcaron un importante cambio en el Hospital, un ex director para ese tiempo dio un impulso modernizador a la gestión hospitalaria, “por aquellos años se reorganizaron las diferentes funciones, se inició la actualización del manejo contable, se creó el grupo de planeación con el objetivo de proponer estrategias a mediano y corto plazo y se establecieron prioridades para la información sistematizada” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013: 208). En 1970 desapareció la Junta Suprema quedando solamente la junta directiva (Actas de la Junta Directiva desde 1993 hasta el 2013. Acta número 1260, mayo de 1994).

Este acontecimiento supuso el inicio de una consolidación del Hospital como empresa; el enfoque hacia una estructura jerárquica más gestora de recursos le ayudó al Hospital a encaminar los esfuerzos hacia la consolidación como empresa. Sin embargo, la estrecha relación entre el Hospital y la Universidad de Antioquia permitió mantener de alguna manera cierta dependencia en el manejo operativo de los departamentos médicos del Hospital, los cuales estaban en cabeza de los jefes de departamento de la universidad dificultando el control y manejo asistencial, debido a que no había una respuesta directa de estos líderes a las necesidades del Hospital.

Al finalizar esta década el Hospital modificó el convenio docente asistencial con la Universidad de Antioquia para facilitar la gestión independiente de ambas instituciones, con respecto a la dirección, funciones y procedimientos a seguir en determinados procesos.

De esta manera, el Hospital ganó autonomía y se evitó la duplicidad de cargos y funciones en algunas áreas, siendo este uno de los principales cambios en la estructura de la institución, luego vendrían cambios regulatorios que también impactarían en la forma como se administraba el Hospital.

Hasta la década de los noventa el Hospital contó con la participación en la Junta Directiva de un representante del Ministerio de Salud, el Gobernador de Antioquia, un miembro de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, entre otras representativas personalidades de la ciudad; los cambios en materia de legislación en salud que inició con la ley 10 de 1990 llevó a la redefinición de la nómina que conformaba la Junta Directiva del Hospital.

Para los primeros años de la década de los noventa el Hospital mantuvo una gran estructura administrativa, todos los procesos misionales y no misionales eran prestados directamente por la institución, lo cual constituía una importante fuente de gastos e ineficiencia que afectaba la operación de la institución. El entendimiento de la dirección del Hospital con criterios de empresa trajo modificaciones en la cadena de valor de la institución, enfocándose sólo a la gestión de los procesos del negocio.

### 3.3.3 Capacidades antes de 1993

La cultura del Hospital San Vicente como organización está signada por la calidez, la solidaridad, el servicio, el amor al que sufre, la capacidad de perdón, la camaradería, el trabajo en equipo y el apego a una misión que es la razón de ser de cuanto se hace” (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998: 66).

El recurso humano ha sido una de las principales capacidades, entendida como ventaja competitiva. El desarrollo de conocimiento científico y su aplicación en el proceso de atención de los pacientes hizo posible el crecimiento del Hospital; de esta capacidad surgieron los programas de trasplante de órganos, implantes de manos, atención del trauma complejo, alto riesgo obstétrico, tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto y unidad de cáncer. El Hospital se dedicó a fortalecer permanentemente las capacidades de su personal; este hecho favoreció no sólo el desarrollo de una curva de

aprendizaje en la atención del paciente de alta complejidad sostenible en el tiempo sino que permitió contar con una competencia difícil de imitar por sus competidores.

La capacidad organizativa de la dirección para consolidar la administración del Hospital surgió a partir de la visión que tuvieron los directivos para anticiparse al futuro y determinar un norte competitivo sin perder de vista el cumplimiento de la misión. Como organización de doble dimensión había una conciencia para brindar servicios eficientes, de calidad, acordes a las necesidades de la población en la cual estaba centrada su misión, pero con la necesidad de estructurar eficazmente la institución para garantizar la viabilidad financiera.

Desde el punto de vista de la estructura de servicios el Hospital generó una ventaja competitiva organizativa en el desarrollo de dos áreas claves: urgencias para adultos (Policlínica) y el Hospital infantil. Estas áreas impactaron de forma positiva en la atención de los pacientes y la resolución oportuna de sus problemas, en el desarrollo de habilidades y competencias del personal asistencial, en el posicionamiento y reputación de la institución en el ámbito nacional e internacional; además lo convirtieron en centro de referencia para el país por contar con el mayor número de especialidades médicas disponibles las veinticuatro horas del día.

Así mismo, la capacidad organizativa para crear relaciones sostenibles en el tiempo y estratégicamente importantes, como en el caso de la relación docente asistencial con la Universidad de Antioquia, favoreció el desarrollo científico e investigativo de la institución, la aplicación del mejor conocimiento por medio de la actualización médica, generado en la aulas de la Facultad de Medicina, y el desarrollo conjunto de nuevas especialidades del conocimiento en salud.

La más valiosa de las capacidades personales gestada y desarrollada en el Hospital fue el trabajo en equipo y la unión de conocimientos y voluntades en beneficio de la salud de la población antioqueña; dicha unión ayudó a consolidar grupos de trabajo multidisciplinarios, mantener la motivación de los empleados y dar facultades para el desarrollo de las habilidades técnicas, como a conservar el capital humano, la más importante de las capacidades del Hospital.

#### 4. Los cambios regulatorios de 1993

Sáenz afirma que: “Para poder comprender la experiencia de la reforma hospitalaria en Colombia es necesario ubicarse en la reforma general del sector salud, dado que esta es una reforma comprensiva y sectorial y como parte de la cual, se impulsó la reforma hospitalaria” (2001:3).

A partir de los años ochenta se dio inicio a los procesos de descentralización y de la reforma colombiana del sector salud; la aparición de la nueva normatividad para el sector desde la ley 10 del 90, la ley 60 del 93 y la ley 100 del mismo año generó cambios importantes en la forma como en Colombia se proveían los servicios de salud, pero el principal de ellos fue el paso del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda dentro de un nuevo sistema de aseguramiento que pretendía buscar la cobertura universal, con equidad en el acceso a los servicios de salud para toda la población, uso razonable y efectivo de los recursos con énfasis en las áreas rurales y la población más pobre y vulnerable por medio de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y garantía en la calidad de los servicios de salud (Sáenz, 2001).

Con el objetivo de alcanzar las metas antes mencionadas se hacía necesario establecer dos frentes de trabajo, la descentralización del sector salud y la creación de un modelo de aseguramiento para toda la población. La descentralización correspondía, tanto a nivel territorial como a nivel institucional, al Ministerio de Salud, facilitando la creación de la autonomía hospitalaria, la naturaleza jurídica de las entidades y la contratación de servicios públicos y privados con diferentes mecanismos de pago. Con relación al aseguramiento se creó el sistema general de seguridad social en salud, el cual obliga a la afiliación de todos los colombianos al sistema con o sin capacidad de pago (Sáenz, 2001).

Uno de los principales cambios impulsados por la ley 100 de 1993 se reflejó en la forma en la que las instituciones prestadoras de servicios de salud gestionaron sus recursos y generaron autosostenibilidad. La ineficiencia de las instituciones, los problemas de calidad en la prestación de los servicios y las dificultades para el acceso, principalmente en la



población pobre y vulnerable, eran características de la situación de los hospitales públicos y privados (Jaramillo, 1999).

Por otro lado, según Sáenz las leyes de descentralización establecieron que los hospitales debían ser entidades “autónomas”, con la idea de que tuvieran control permanente sobre su gobierno, su financiamiento y su gestión. Surgieron entonces nuevas formas de gestionar los hospitales, la dirección en cabeza de un profesional con formación en gerencia hospitalaria cambió el rumbo de las instituciones de salud, las cuales queriendo estar al nivel de empresas de cualquier sector de la economía organizaron la prestación de sus servicios en centros de costos o unidades estratégicas de negocio (Sáenz, 2001: 9). Los objetivos que se planteó el gerente hospitalario de la época fueron, además de incrementar la productividad y la eficiencia, establecer relaciones comerciales con clientes públicos y privados, proveedores y por supuesto la comunidad. Fue necesario entonces implementar una nueva estructura financiera, desarrollar capacidades para competir con otros hospitales, hacer planeación y evaluación a través de indicadores de gestión, definir portafolios de servicios y en ocasiones contratar servicios de profesionales; la orientación de los servicios como empresa van hacia el paciente visto como un cliente quien representa el centro de la atención y cuya opinión se vuelve preponderante en la evaluación de la calidad del servicio. Paralelo al cambio en la forma de brindar la atención se dio un cambio en la cultura organizacional, la cual se enfocó hacia el control de los costos, la eficiencia y la calidad de la atención. Se desarrollaron áreas administrativas para la contratación con las EPS y las ARS, se llevaron a cabo procesos de contratación externa para los servicios no misionales como lavandería, vigilancia, alimentación, mensajería y camillería que abarataban los costos y controlaban la calidad del servicio. Por otra parte, se hizo necesario establecer un proceso de planeación estratégica que buscara la satisfacción de las necesidades de la comunidad, favoreciendo la competitividad y enfocando la atención de servicios claves por rentabilidad, por volumen de personas atendidas y por costo del servicio. Las inversiones en tecnología y hotelería son otras importantes estrategias de competitividad debido a que a partir de ese momento el paciente podía elegir el lugar donde deseaba ser atendido.

En el marco de la nueva reforma del sistema de salud, los presupuestos de las instituciones se basaban en la venta de servicios a las empresas encargadas del aseguramiento.

Sáenz concluye que “es así como según la nueva legislación de 1993, el financiamiento de los hospitales se hace por medio de las siguientes partidas” (2001:13):

- Contratos con EPS por venta de servicios
- Contratos con ARS por venta de servicios
- Transferencias o subsidios de la oferta; que constituye la persistencia de la vieja modalidad de financiamiento que progresivamente va dando paso a los nuevos mecanismos
- Servicios cubiertos por el Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT)
- Pagos directos por las prestaciones recibidas
- Contratos con fondos seccionales y locales (con el municipio o departamento) por atención a “vinculados” en proporción a la facturación
- Fondos directos del FOSYGA para cubrir el déficit

Según la ley 100 de 1993, el Hospital como entidad privada no podía recibir aportes directos del Estado, sino que debía contratar en forma de venta de servicios a entidades y particulares, lo cual implicó una serie de ajustes administrativos, entre otros la facturación de todo servicio que se le prestara a un paciente, con el fin de cobrar por el mismo a las entidades contratistas (ley 100 de 1993).

En este contexto llegó la ley 100 de 1993 según la cual todos los colombianos estarían afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Hospital facturaría a la empresa Promotora de Salud EPS a la cual estuviera vinculado el paciente atendido, incluyendo al Estado, el cual debería pagar por la asistencia de los más pobres.

Posterior a la implementación de la ley 100 muchos hospitales desaparecieron, debido a la incapacidad de operar como empresas en un sector cada vez más competitivo, productivo y dedicado a la atención de pacientes con capacidad de pago. Sumado a lo anterior, la intermediación que ejercieron las entidades promotoras de salud (EPS) entre los hospitales y los usuarios dificultó cada vez más la sostenibilidad de los mismos, las constantes glosas a la facturación de las atenciones a los pacientes, la demora excesiva en los pagos a las instituciones, la guerra por las tarifas a las que eran sometidas a diario, eran algunos de los

aspectos que dificultaron cada vez más la gerencia hospitalaria y por tanto la sostenibilidad de los hospitales, máxime cuando su población objeto era la más vulnerable.

Surge entonces una serie de inquietudes frente a la estrategia planteada por una institución centenaria que ha sobrevivido a la crisis de la reforma del sector salud y que continúa brindando servicios de alta complejidad a quienes necesitando no pueden pagar por ellos.

#### 5. Cambios en la estrategia, la estructura y las capacidades del Hospital San Vicente: el hospital que se convirtió en empresa

Los cambios que tuvo que hacer la institución para enfrentar esta transición tuvieron relación con la forma como se obtenían y gestionaban los recursos, como se prestaba el servicio y, además, como se generaban nuevos negocios que ayudaran a soportar la operación del Hospital.

Llegó un cambio legislativo y el establecimiento de un sistema de compra y venta de servicios de salud. La atención también tuvo un cambio importante; se pasó de tener un usuario directo que recibía la atención a contar, además, con un nuevo cliente como intermediario (las aseguradoras). El lenguaje en el trato con el paciente también cambió, encontrándose ahora un cliente informado y con demandas específicas de atención.

Al finalizar la década de los noventa el Hospital había hecho la transición de hospital de caridad a empresa, y sus directivos tuvieron el reto de volverlo autosostenible, competitivo, gestionado con excelencia administrativa y con la mejor calidad en la atención pero con los mismos pacientes.

##### 5.1 Cambios en la estrategia después de 1993

El marco general de la ley 100 de 1993 puso al Hospital en la urgente necesidad de modernizarse no sólo en lo científico y técnico, sino en lo administrativo para poder competir con el resto de las instituciones de salud del Área Metropolitana, con base en calidad, eficiencia y productividad. “Ante el nuevo contexto legislativo que regía el sistema de salud en el país, la Junta Directiva inició sus reuniones de 1993 con una tarea de

inmensas proporciones: realizar una nueva reestructuración administrativa de la institución” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013: 225). Fue necesario entonces desarrollar un proceso participativo que posibilitara la construcción de una visión de futuro, sometiéndolo a un rediseño estratégico que ayudó a fortalecer al Hospital internamente y le permitió aprovechar las oportunidades y evitar las restricciones que para la época amenazaron con sacarlo del mercado de servicios de salud.

Se llevó a cabo un proyecto estructural a partir del análisis de la matriz DOFA, además de hacerse una revisión de áreas y servicios claves para el desarrollo del Hospital privilegiando “el servicio de pensionados, costos, el proceso de admisiones, la sistematización y las relaciones con la universidad” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013: 225).

Para adelantar la reestructuración administrativa fue necesario redefinir las funciones de la Junta Directiva enfocadas a las macro políticas institucionales; la dirección y ejecución de dichas políticas le correspondió al comité de dirección conformado por el director general, quien lo preside; el secretario general, el jefe de recursos humanos, el jefe de planeación, el subdirector médico y el subdirector administrativo (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013). Así mismo, se redefinieron funciones de otras áreas administrativas para apoyar la función del director general.

En materia de políticas financieras fue fundamental el desarrollo de la capacidad competitiva del área de pensionados, con el fin de generar ingresos que subsidiaran en parte los servicios en otras áreas de la institución. Se contrató la prestación de servicios de salud con el Estado y otras Entidades Promotoras de Salud y se compitió con servicios de calidad y oportunidad en este campo.

Como parte de los principales cambios de la estrategia del Hospital los directivos consideran que: “Fue necesaria la reestructuración del Hospital, con necesidad de vender

servicios con mentalidad empresarial, pero no se podía perder de vista que el beneficio monetario debía tener equilibrio con el bienestar social” (Directivo 1).

Por su parte: “La decisión de desarrollar un sistema de facturación suficiente, cuidando el cumplimiento de la misión, no fue fácil porque había oposición tanto a nivel administrativo como asistencial, fue allí donde surgieron las mayores inconformidades” (Directivo 2).

La institución venía recibiendo por décadas importantes ayudas económicas del Estado, que le financiaban el tren de gastos necesarios para la operación, no se tenía la cultura de la facturación, ni del cobro de los servicios a los usuarios que recibían los mismos.

La preocupación por la creación de un área de facturación y costos llevó al fortalecimiento de la sistematización, con el objetivo de generar procesos eficientes de cobro de servicios a las aseguradoras que reflejaban con exactitud la relación de gastos generados en insumos y procesos de cuidado, derivados de la atención de los pacientes.

La forma de operación de los nuevos clientes (EPS) generó a su vez reprocesos en los sistemas de facturación; las devoluciones de las cuentas por parte de estas entidades con relación a inconformidades con el proceso de atención también generaron demoras en la recuperación de la cartera y glosas de la atención; sin embargo, el Hospital creó áreas para la auditoría de las cuentas médicas y la evaluación de la pertinencia de los tratamientos médicos.

Desde el concepto de estrategia entendido como decisiones, se considera que: “El hospital se mantuvo viable porque encontró en la venta de servicios una oportunidad de crecimiento y desarrollo basado en un fuerte sistema de facturación” (Directivos 2 y 3).

Por otra parte, la implementación de la ley 50 de 1990 fue uno de los aspectos fundamentales para la viabilidad económica del Hospital: “Esto llevó a que los pasivos que la institución tenía fueran obligatoriamente atendidos sin tener los recursos, esto fue fundamental para la supervivencia de la institución y aunque no fue una consecuencia directa de la ley 100 de 1993, de no haberse hecho, con la implementación del nuevo sistema de venta de servicios el hospital tal vez no hubiera sobrevivido” (Directivo 2).

Como aporte a la consecución de recursos, en el año 2006, una nueva unidad de negocios de Corpaúl se abrió camino en la corporación, y es así como la planta de esterilización de dispositivos médicos entró en funcionamiento para prestar servicios a instituciones de salud y empresas relacionadas (visitar página de Corpaúl disponible en: [www.corpaul.com.co](http://www.corpaul.com.co)).

Corpaúl, en sus balances de finales de siglo, pudo mostrar con orgullo su planta farmacéutica y de insumos hospitalarios Guillermo Echavarría Misas, que produce no sólo suero, sino suturas quirúrgicas, soluciones concentradas para hemodiálisis y detergentes, todo ello nacido de un Hospital recursivo que a lo largo de un siglo se especializó en buscar soluciones concretas para problemas reales (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl).

En 2006, en la planta farmacéutica, se trabajó en el posicionamiento y la consolidación de los nuevos productos inyectables en pequeño volumen, logrando su codificación según los requerimientos de los mayores distribuidores de medicamentos para el canal de farmacia en Colombia (Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl).

Para el año 2007 la meta más importante, y en la que se concentran todos los esfuerzos, fue el traslado de la planta a unas nuevas instalaciones en el municipio de Guarne, lo cual permitió ampliar la capacidad de producción y generar mayores niveles de eficiencia y seguridad en la producción.

En el año 2008 el Dr. Julio Ernesto Toro Restrepo, Director General del Hospital, tuvo la iniciativa de convertir al IATM en una de las empresas para la vida, recibiendo un número importante de las acciones de la sociedad en donación (las otras las compró); al tener un porcentaje superior al 95 % de las acciones del Hospital la sociedad entró en disolución y la institución creó entonces una fundación sin ánimo de lucro; su nombre IATM permanece. Esta decisión lo llevó a tener otro negocio como fuente de recursos para la operación y al fortalecimiento tecnológico de la institución en materia de diagnóstico radiológico.

En la prestación de los servicios los directivos coinciden en que: “El desarrollo de programas tales como trasplantes, cirugía estética reconstructiva, centro de referencia en

urgencias y trauma hicieron la diferencia con otras instituciones y les permitieron ser competitivos; estos programas han estado presentes en otras instituciones del sector, pero ha sido el Hospital quien ha contado con la mejor gente” (Directivo 2); esa ha sido la verdadera ventaja competitiva.

## 5.2 Cambios en la estructura organizacional después de 1993

La reorientación a la alta complejidad llevó al replanteamiento de la misión de “cara al año 2000”, plantándose el nivel máximo de referencia y por tanto el fortalecimiento de programas en los que era reconocido por su trayectoria y desarrollo científico. Como parte del plan de desarrollo se hizo énfasis en los programas de trauma, enfermedades crónicas no transmisibles, alto riesgo obstétrico, neonatos, cardiovascular y transplantes.

Se propuso también, como política a seguir en materia de administración y organización, el adelantar un modelo de gestión descentralizada, con autonomía administrativa y presupuestal en los servicios claves para la institución; se fortaleció así la estructura de la institución en “el Hospital Infantil, la Unidad de Trauma, Clínicas Médicas, Gineco-obstetricia, Servicios de Apoyo, Consulta Externa, Cirugía, Salud Mental, Medicina Física y Rehabilitación y Toxicología” (“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!”, 2013: 231).

Con relación a la estructura organizativa del Hospital, se considera que: “Se desarrollaron áreas administrativas para la comercialización y venta de servicios” que fortalecieron el nuevo carácter empresarial de la institución (Directivo 3).

Por su parte se resalta que: “La creación de áreas administrativas para sostener los requerimientos del nuevo modelo de venta de servicios, principalmente el área financiera y mercadeo”, fueron aspectos claves para garantizar la viabilidad del Hospital (Directivo 1).

Cabe anotar que: “El establecimiento de áreas para la venta de servicios y de un área para el fortalecimiento del sistema de facturación, sumado a la incorporación de un área de auditoría de cuentas médicas”, fueron determinantes para la supervivencia de la institución y el cumplimiento a cabalidad de la misión (Directivo 2).

Otro aspecto importante en el organigrama institucional fue la subcontratación de servicios no misionales que permitió realizar con mayor eficiencia la labor asistencial del Hospital (Directivo 2).

### 5.3 Cambios en las capacidades después de 1993

No hay duda de que los recursos intangibles del Hospital basados en el capital humano han sido en todas sus épocas la principal capacidad (Morcillo, 1997) de la que ha dispuesto la institución, en palabras de los directivos: “La integridad humana de todos los profesionales tanto de áreas asistenciales como administrativas, entendida como la vivencia de los valores institucionales que produce una fuerte cultura de servicio, fue el factor clave que permitió el desarrollo y el crecimiento organizacional” (Directivos 1 y 2).

Como capacidad organizativa la convicción de ser una organización de doble dimensión basada en la generosidad y el respeto por la misión, sin reñir con la búsqueda constante de los recursos que permitieran la sostenibilidad económica de la institución, fueron los factores claves que impulsaron el desarrollo asistencial. Se observa la convicción de no permitir que la institución se desvirtuara a pesar de los cambios en el entorno. “De haber existido un interés sólo económico el Hospital no hubiera sobrevivido” (Directivo 2).

Vale la pena resaltar la visión de futuro como capacidad organizativa, la consolidación de los negocios existentes que siempre estuvieron al servicio del Hospital, la proyección internacional que favorece la competitividad en un mundo globalizado, y la perspectiva del futuro con criterios de corporación construyendo sinergias para competir en economías de escala. Fue clave para la institución considerar que: “El desarrollo administrativo se estableció para impulsar el desarrollo asistencial” (Directivo 2).

En el área asistencial fueron determinantes las capacidades organizativas de mercadeo y producción para generar servicios creados al palpar las necesidades de la comunidad en materia de servicios de salud; así como la decisión de posicionar la comercialización de servicios innovadores, eficientes y oportunos que le permitieran al Hospital desarrollar una ventaja competitiva, capacidades tecnológicas de innovación y el desarrollo de tecnología apropiada y técnicas para el tratamiento de enfermedades acordes a los requerimientos para la atención; todo esto nació de la necesidad de superar las condiciones económicas, las



dificultades propias del servicio y la complejidad de los pacientes. Sumado a esto sobresale el apoyo directivo a las diversas iniciativas de investigación, que encontraron en la creatividad de las personas una fuente de proyectos que se convirtieron en nuevos negocios para la institución.

Con relación a la infraestructura, la creación, adecuación y fortalecimiento de áreas para la atención de los pacientes con la tecnología más moderna, que da respuesta a los avances mundiales en materia de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alta complejidad, se encuentra la cirugía mínimamente invasiva, el intervencionismo radiológico y la estimulación cerebral.

Finalmente, la capacidad de reinventarse en un entorno complejo, competitivo, de constantes cambios regulatorios, bajo circunstancias adversas para el cumplimiento de su doble dimensión, demuestra que el Hospital San Vicente tiene la habilidad de anticiparse al futuro rediseñando su estrategia, modificando su estructura y fortaleciendo sus capacidades organizacionales.

“El Hospital es ante todo una oportunidad para todos, para los pacientes, para los trabajadores y para los proveedores, pero socialmente hablando, el Hospital San Vicente es una virtud de la sociedad, que incluye la solidaridad, el respeto y el compromiso y que además permanece porque va de la mano de Dios” (Directivo 2).

#### 5.4 Proyección del hospital hoy

A inicios del siglo XXI el Hospital comprendió la necesidad de participar en un mundo de globalización, y analizando las necesidades de atención de alta complejidad en otras regiones del departamento construyó Centros Especializados en Rionegro (Antioquia), una de las zonas con mayor potencial de exportación de la Región Andina.

Centros Especializados fue inaugurado en octubre del 2011, destacado por su infraestructura moderna, tecnología de punta, calidad de la atención y construcción amigable con el medio ambiente; es parte del liderazgo visionario no sólo de su fundador, sino de su equipo directivo. El Hospital se consolida como una de las mejores instituciones

de salud del mundo y, también, como un grupo de empresas para la vida que bajo el esquema de corporación logra no sólo ofrecer sostenibilidad y estructura al Hospital sino convertirse en un modelo de gerencia hospitalaria, virando del hospital de caridad a una gran empresa.

## 6. Conclusiones

Desde el punto de vista de la estrategia el Hospital se reinventó con una visión de futuro; y acorde a los cambios en materia de legislación en salud vio en la venta de servicios una oportunidad de crecimiento organizacional y la fuente de financiación de la operación para continuar cumpliendo su misión. Esto lo consiguió al desarrollar una sólida estructura de facturación y costos y el seguimiento en detalle de los gastos derivados de la atención.

La prestación del servicio en su esencia no implicó ningún impacto negativo para los pacientes; se desarrollaron capacidades para brindar servicios eficientes, de calidad y acordes a las necesidades de la población que atiende.

El Hospital encontró en la capacidad del recurso humano una fuente de ventaja competitiva que permitió el trabajo en equipo coordinado, la creación de servicios complejos, el desarrollo de programas exitosos y el fortalecimiento de una cultura de servicio, la cual no sólo agregó valor para sus clientes entendidos como pacientes sino el desarrollo de un portafolio de servicios de alta complejidad, el cual sigue hoy siendo pionero en el mercado de la salud.

Un aspecto fundamental para la sostenibilidad de la institución fue el entendimiento de las características de la doble dimensión. La consecución de los recursos ha estado al servicio del área asistencial como soporte sin desvirtuarse de la misión así como la capacidad de creación de otros negocios para el apoyo de la operación, estando siempre al servicio del Hospital.

Muchos balances positivos mostró la gestión administrativa del Hospital y sus empresas, eficiencia financiera, estabilidad laboral, asistencia, docencia e investigación a la altura de los mejores hospitales del mundo, pero lo más importante fue el balance social, como faro

**Comentario [U3]:** Esta frase está suelta de los demás párrafos.

de solidaridad para los pacientes más necesitados y su convicción de institución de doble dimensión.

## 7. Referencias bibliográficas

Addleson, M. (2001). "Stories about Firms: Boundaries, Structures, Strategies, and Processes". *Managerial and Decision Economics*. Vol. 22. Núms. 4-5, pp. 169-182.

Andrews, K. (1987). *The Concept of Corporate Strategy*. Homewood: Irwin.

Angler, M y Teece, DJ. (2006). "Understanding Complex Organization: the Role of Know-how, Internal Structure, and Human Behavior in the Evolution of Capabilities". *Industrial and Corporate Change*. Vol. 15. Núm. 2, pp. 395-416.

Ansoff, H. I. (1965). *Corporate Strategy*. Nueva York: Mc. Graw Hill.

Castellanos, J. C. (2012). "Alta complejidad: ¿un tema médico o económico?". *Universitas Médica*. Vol. 53. Núm. 2, pp. 115-119.

Chandler, A. D. (1976). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Cambridge: MIT Press.

Chatterjee, S. (1986). "Types of Synergy and Economic Value: The Impact of Acquisitions on Mergering and Rival Firms". *Strategic Management Journal*. Vol. 7. Núm. 2, pp. 119-139.

Dávila, J. C. (2012). "La doble dimensión de una capacidad organizacional: evidencias de una organización sin ánimo de lucro que compite en el mercado". *Cuadernos de Administración*. Vol. 25. Núm. 44, pp. 11-37.

De Wit, B. y R. Meyer (2002). *Strategy Synthesis*. Cornwall: Thomson.

Dyer Jr., W. G. y A. L. Wilkins (1999). "Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt". *Academy of Management Review*. Vol. 16. Núm. 3, pp. 613-619.

Eisenhardt, K. M. (1989). "Building Theories from Case Study Research". *Academy of Management Review*. Vol. 14. Núm. 4, pp. 532-550.

————— (1991). "Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic". *Academy of Management Review*. Vol. 16. Núm. 3, pp. 620-627.

Goold, M.; D. Young y D. Collis (2007). "The Size, Structure, and Performance of Corporate Headquarters". *Strategic Management Journal*. Vol. 28, pp. 383-405.

Hafsi, T. y H. Thomas (2005). "The Field of Strategy: in Search of a Walking Stick". *European Management Journal*. Vol. 23. Núm. 5, pp. 507-519.

Helfat, C. E. y M. A. Peteraf (2003). "The dynamic resource-based view: capability lifecycles". *Strategic Management Journal*. Vol. 24. Núm. 10, pp. 997-1010.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl (1998). *El Hospital*.

————— (2009). *Código de Buen gobierno y ética*. Sitio web: *San Vicente Fundación*.

Disponible en:

[http://www.sanvicentefundacion.com.co/documentos/codigo\\_buen\\_gobierno\\_husvp.pdf](http://www.sanvicentefundacion.com.co/documentos/codigo_buen_gobierno_husvp.pdf)

“Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013. Cien años de ¡una vida entera por la vida!” (2013). Sitio web: *San Vicente Fundación*. Disponible en: <http://www.sanvicentefundacion.com.co/historias/index2.html#&panel1-1>

Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá: SALUTAD. Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.

Khandwalla, P. N. (1973). “Viable and Effective Organizational Designs of Firms”. *The Academy of Management Journal*. Vol. 16. Núm. 3, pp. 481-495.

Miller, D. (1986). “Configurations of Strategy and Structure: Toward a Synthesis”. *Strategic Management Journal*. Vol. 7, pp. 233-249.

——— (1987). “The Genesis of Configuration”. *Academy of Management Review*. Vol. 12. Núm. 4, pp. 686-701.

Mintzberg, H. (1979). “An Emerging Strategy of ‘Direct’ Research”. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 24. Núm. 1, pp. 582-589.

——— (2005). *Developing Theory about Developing Theory. Great minds in management: The process of theory development*, 355-372.

Mintzberg, H.; B. Ahlstrand y J. Lampel (1999). *Safari a la estrategia*. Buenos Aires: Granica.

Mintzberg, H. y A. McHugh (1985). “Strategy Formation in an Adhocracy”. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 30. Núm. 2, pp. 160-197.

Morcillo, P. (1997). *Dirección estratégica de la tecnología en innovación. Un enfoque de competencias*. Madrid: Civitas.

Morgan, G. (ed.) (1983). *Beyond Method: Strategies for Social Research*. California: Sage Publications.

Nag, R.; D. C. Hambrick y M. -J. Chen (2007). "What is Strategic Management, Really? Inductive Derivation of a Consensus Definition of the Field". *Strategic Management Journal*. Vol. 28. Núm. 9, pp. 935-955.

"Parqueaderos" (2010). Sitio web: *Corpaúl*. Disponible en: [www.corpaul.com](http://www.corpaul.com).

Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1990). "The core competence of the corporation". *Harvard Business Review*. Issue: May - June, pp. 79-91.

Pettigrew, A. M.; R. W. Woodman y K. S. Cameron (2001). "Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research". *The Academy of Management Journal*. Vol. 44. Núm. 4, pp. 697-713.

Porter, M. E. (1987). "De ventaja competitiva a estrategia corporativa". *Oficio y arte de la gerencia*. Bogotá: Norma.

————— (1997). "¿Qué es estrategia?". *Clase Empresarial*, pp. 81-92.

República de Colombia (1990). Ley 10 de 1990. Sitio web: *Cámara de Comercio de Bogotá*. Disponible en: [http://camara.ccb.org.co/documentos/3576\\_ley\\_10\\_1990.pdf](http://camara.ccb.org.co/documentos/3576_ley_10_1990.pdf)

————— (1993). Ley 100 de 1993. Sitio web: *Secretaría General del Senado*. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html)

Rumelt, R. P. (1974). *Strategy, Structure and Economic Performance*. Cambridge: Harvard University Press.

Rumelt, R. P.; D. E. Schendel y D. J. Teece (1994). "Fundamental Issues in Strategy". *Fundamental Issues in Strategy: a Research Agenda*. Boston: Harvard Business School Press.

Sáenz, L. (2001). "Modernización de la gestión hospitalaria Colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del Estado". *LACRSS. Iniciativa Reforma Sector Salud*. Núm. 46.

Teece, D. y G. Pisano (1994). "The Dynamic Capabilities of Firms: An Introduction". *Industrial and Corporate Change*. Vol. 3. Núm. 3.; pp. 537-556.

Wernerfelt, B. (1984). "A Resource-based View of the Firm". *Strategic Management Journal*. Vol. 5. Núm. 2, pp. 171-180.

——— (1995). "The Resource-Based View of the Firm: Ten Years Later". *Strategic Management Journal*, Vol. 16, pp. 171-174.

Archivos

Archivo Particular Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Actas de la Junta Directiva desde 1993 hasta el 2013.

Entrevistas y personas entrevistadas

Nombre	Cargo	Identificación en el artículo
Dr. Ricardo Restrepo Arbeláez	Presidente Junta Directiva Hospital San Vicente	Directivo 1
Dr. Julio Ernesto Toro Restrepo	Director General Hospital San Vicente	Directivo 2
Dr. Juan Guillermo Maya Salinas	Director Médico Hospital San Vicente	Directivo 3