

PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRADOS Y CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD CHILENA

INTEGRATED DELIVERY OF SERVICES AND CAPACITY FOR ORGANISATIONAL CHANGE MANAGEMENT IN THE CHILEAN PUBLIC HEALTH NETWORK

Johanna Aguilera-Muñoz¹; Christopher J. Rees¹; Kate Rowlands¹

RESUMEN

Introducción: La mejora de la prestación de servicios sanitarios sigue siendo un desafío en América Latina. En Chile, se espera que la red de servicios integrados sea fortalecida y que cada Servicio de Salud desarrolle estrategias de mejora basadas en las necesidades de las personas y articulación de la red. Dada la complejidad del trabajo integrado en red, este estudio explora la capacidad para gestionar cambio organizacional de la red de salud pública chilena en torno a la necesidad de fortalecer la prestación de servicios.

Materiales y Métodos: Se adoptó una estrategia cualitativa basada en entrevistas individuales semiestructuradas. El muestreo es intencional-heterogéneo, integrando a 28 funcionarios que se desempeñan en la red pública sanitaria, incluyendo distintos niveles de especialidad de atención. El análisis de datos empleó la técnica de análisis temático, lo que permitió desarrollar un marco de tres temas principales.

Resultados: La gestión del cambio resulta relevante y necesaria. Si bien presenta obstáculos en su aplicación, es posible distinguir elementos que la potencian. Para propiciar la integración de servicios, se debe garantizar continuidad de iniciativas y que los niveles de especialidad trabajen utilizando un lenguaje común. Además, es necesario desarrollar y coordinar nuevas estrategias que involucren a los tres niveles de atención.

Discusión: Para trabajar de manera integrada es necesario contar con una capacidad de gestionar cambios que aborde de manera estratégica los obstáculos existentes, fomente una cultura de participación y colaboración, y asegure que las metodologías y estrategias implementadas sean coherentes, sistemáticas y sostenibles en el tiempo.

Palabras clave: Sistemas públicos de salud; prestación integrada de atención de salud; gestión del cambio; investigación cualitativa; Chile

ABSTRACT

Introduction: Improving the delivery of health services remains a significant challenge in Latin America. In Chile, there is an expectation that integrated service networks can be strengthened, allowing each Health District to develop improvement strategies tailored to the needs of the community and the coordination of the network. Considering the complexities involved in integrated work, this study examines the capacity for organizational change management within the Chilean public health network, focusing on the need to enhance service delivery.

Materials and Methods: A qualitative strategy was employed that involved semi-structured individual interviews. The sampling method was intentionally heterogeneous, incorporating 28 staff members from the public health network, covering various levels of care and specialties. Data analysis was conducted using thematic analysis, which facilitated the development of a framework consisting of three primary themes.

Results: Change management is both relevant and necessary. While it does pose challenges during implementation, there are components that can enhance its effectiveness. To foster the integration of services, it is crucial to ensure the continuity of initiatives and for specialized levels to communicate using a common language. Furthermore, it is necessary to develop and coordinate new strategies that encompass all three levels of care.

Discussion: In order to function cohesively, it is essential to establish a capacity for change management that strategically confronts existing obstacles. This involves fostering a culture of participation and collaboration, while ensuring that the methodologies and strategies employed are coherent, systematic, and sustainable over time.

Keywords: Public health systems; delivery of health care, integrated; change management; qualitative research; Chile

¹The Global Development Institute (GDI), The University of Manchester, Manchester, Reino Unido.

Correspondencia:
aguileramunoz.johanna@gmail.com

Recibido: 23-07-2025
Aceptado: 13-03-2025
Publicado: agosto 2025

DOI: 10.5354/0719-5281.2025.75447

INTRODUCCIÓN

La atención integrada se ha convertido en un elemento crucial de las políticas de salud globales; no obstante, la evidencia no ha estado a la altura de las expectativas políticas. Aunque se han hecho esfuerzos por evaluar estrategias y unificar conceptos, la diversidad y las tensiones inherentes a una propuesta de tan amplio alcance no han sido plenamente consideradas¹.

En la Región de las Américas, mejorar la eficiencia de las redes de salud para superar la fragmentación de servicios es un desafío complejo. La Organización Panamericana de Salud (OPS) ha señalado que, aunque la mayoría de los países han adoptado estrategias de redes integradas de servicios de salud (RISS) basadas en atención primaria (APS), su total implementación aún está pendiente². Al respecto, la OPS ha reforzado la propuesta de avanzar en la transformación de los servicios basados en APS para ofrecer atención integral, integrada y de buena calidad, respondiendo a las necesidades locales³.

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL), en las orientaciones para la planificación y programación en red 2024, destaca la necesidad fortalecer lo propuesto por la OPS en el sentido de incorporar un cambio paradigmático de los modelos de atención basado en un enfoque centrado en las personas y servicios integrados. Para que esto pueda ser garantizado, cada Servicio de Salud debería evaluar la composición de su red asistencial en todos los niveles de atención y brindar estrategias de mejora en función de las necesidades de las personas y de articulación de la red y sus dispositivos⁴.

Los 29 Servicios de Salud –que conforman la red asistencial– se encuentran distribuidos a lo largo del territorio nacional y están a cargo de la “articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas”⁵. Las organizaciones públicas de salud suelen ser rígidas y jerárquicas, con una cultura burocrática y paternalista. En este contexto, para gestionar una red de salud, es necesario establecer valores, principios y objetivos comunes, lo que requiere transformaciones operacionales y culturales. Esto implica cambiar a una estructura más flexible y horizontal que facilite la interacción, comunicación y coordinación dentro de la red⁶.

En el ámbito organizacional, la capacidad para la gestión del cambio aglutina tanto la noción de gestión del cambio como la de capacidad de cambio. El ‘cambio’ puede ser iniciado por agentes internos y/o presiones externas a la organización⁷. Independientemente del origen, la capacidad organizacional es fundamental para lograr una implementación efectiva⁸ y es un determinante crucial en el funcionamiento de los sistemas y mejora de los esfuerzos organizacionales⁹. La capacidad de cambio organizacional es una capacidad dinámica y multidimensional que permite a una organización iniciar y lograr cambios continuos, abarcando liderazgo, cultura, comportamiento de los trabajadores e infraestructura de apoyo, entre otros¹⁰. Por su parte, la gestión del cambio implica planificar, organizar y controlar recursos¹¹ y para lograr gestionar con éxito, se debe

pasar por un proceso de identificación de deficiencias, búsqueda de alternativas, evaluación de pros y contras y toma de decisiones sobre el funcionamiento organizacional¹².

La capacidad organizacional en el contexto sanitario puede ser entendida como un predictor de proceso, desempeño y resultados⁹. Por su parte, cambio organizacional constituye un fenómeno complejo y “requiere una visión y una comprensión de las funciones básicas del sistema y la infraestructura que respaldan dichas funciones básicas”¹³. En el escenario público sanitario, la relevancia de gestionar procesos de cambio de manera sistemática y apropiada contribuye a mejorar el desempeño organizacional; no obstante, gestionar cambios es una labor ardua e implica un gran desafío para los agentes de cambio, quienes enfrentan altas presiones para responder tanto a las influencias del medio como para proveer liderazgo interno¹⁴.

Cabe señalar que las organizaciones de salud son especialmente complejas para gestionar un proceso de cambio debido a la gran cantidad de partes interesadas, múltiples objetivos, tomadores de decisiones con autonomía profesional y falencias en la información requerida para la gestión¹⁵. En consideración de las implicancias que adquiere la noción de la capacidad para la gestión del cambio organizacional en el contexto sanitario y, particularmente, en el de servicios integrados, el presente estudio posee dos objetivos: 1) Explorar de qué manera la gestión del cambio ha sido utilizada en la red pública de salud chilena y 2) Explorar en qué medida la capacidad de cambio organizacional de la red pública de salud chilena puede fomentar la integración de servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio adopta una epistemología transaccional/subjetivista y un paradigma constructivista^{16,17}. Además, utiliza una estrategia cualitativa¹⁸ y una orientación/enfoque constructivista^{19,20}. Respecto a la estrategia, la investigación cualitativa permite analizar el contexto del estudio y recopilar información sobre pensamientos, emociones, acciones e interacciones de los participantes respecto a un fenómeno social²¹. Esto facilita ilustrar fenómenos poco estudiados o desarrollar nuevas perspectivas sobre situaciones ya exploradas²². El enfoque constructivista se centra en comprender las interpretaciones y experiencias de los participantes¹⁹, permitiendo explorar significados y explicaciones personales en relación con su contexto social, cultural y contextual²³.

El muestreo es intencionado²⁴ y heterogéneo²⁵, permitiendo definir criterios basados en escenarios y características individuales necesarias para la investigación²¹. En particular, el estudio incluye percepciones de distintos actores sobre la capacidad de cambio organizacional en el contexto sanitario, asegurando que los informantes cumplan con los requisitos y proporcionen información útil para abordar los objetivos del estudio. Cabe señalar que esta investigación no corresponde a un estudio de caso, por lo que la muestra se define según el rol de los participantes y su contexto laboral.

La muestra está conformada por 28 funcionarios (ver tabla 1) que trabajan en la red pública de salud (incluyendo dirección

de servicio, nivel terciario, nivel secundario y APS) de la región metropolitana, que corresponde al área más grande en cuanto al número de servicios de salud, abarcando un total de seis Servicios de Salud²⁶. Esta región posee 52 comunas, concentra alrededor del 40,5 % de la población nacional y alcanza una población de 7.112.808 habitantes, según el Censo de 2017²⁷. Del total de esta población aproximadamente un 70.10% está inscrita en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un 63.20% está inscrita en APS (registro 2017)²⁸.

La recolección de datos se realizó durante un periodo de seis meses (2018-2019), mediante entrevistas semiestructura-

das. Esta técnica de recolección permite indagar temáticas de interés de manera flexible y abordar contenidos que puedan surgir durante la conversación en concordancia con lo que se busca conocer²². En este sentido, posibilita gestionar una pauta y formular preguntas que emergen durante la entrevista¹⁷.

Para efectuar las entrevistas se contó con una pauta-guía de apoyo con dos ítems que conformaron las respectivas dimensiones de indagación. Estas corresponden a: 1) 'Utilización de gestión del cambio en la red de salud' y 2) 'Capacidad de cambio organizacional e integración de servicios'.

Tabla 1. Conformación de la muestra

Contexto	Rol	Cantidad participantes
Dirección Servicio [DS]	Directores	2
	Subdirectores Médicos	2
	Encargados Coordinación de Red	3
	Jefaturas Unidad	9
	Profesionales Unidad	4
Nivel terciario	Directores Hospital	1
	Subdirectores Hospital	1
Nivel secundario	Directores CDT	1
APS	Directores/Cesfam	2
	Médicos familiares/Cesfam	2
	Directores Salud/ Corporación Municipal	1
Total		28

Para el análisis de datos –centrado en una lógica inductiva²⁹– se empleó un proceso de codificación^{30,31} basado en análisis temático que permitió identificar, analizar y generar patrones o temáticas^{32,33}. Se utilizó el software NVivo12 para trabajar con la primera etapa debido al gran volumen de datos recogidos y para generar cierta consistencia con las dimensiones establecidas en la fase de indagación. Una vez obtenida la codificación emergente, se procedió a precisar la interconexión entre datos y establecer las temáticas pertinentes.

RESULTADOS

Presencia y valoración de la gestión del cambio

Presencia

Según los participantes, la gestión del cambio en salud está mayormente presente a nivel discursivo, con una brecha entre lo que se conoce y se transmite y lo que se hace. Si bien se logra distinguir su presencia, esta resulta insuficiente y parcial, especialmente desde una perspectiva a largo plazo:

“Está en el discurso de todos, pero en el momento de los que hubo poco se hace gestión del cambio (...), hay una brecha entre lo que tú sabes, el discurso y lo que efectivamente se hace; hay una brecha muy grande entre lo que sabemos que tenemos que hacer y lo que efectivamente hacemos (...).” (Director CDT)

“... todos dicen entender la gestión del cambio, pero nadie es capaz de transmitir[lo] (...), entonces por eso que de repente la gestión del cambio puede ser más un concepto si no hay una base estructurada” (Subdirector Médico2–DS)

“Yo creo que, en parte [está presente], pero no es suficiente, nosotros hemos hecho hartos cambios ahora (...) yo creo que con respecto a la visión como más de futuro yo creo que lo estamos haciendo, pero creo que hay algunas cosas que nos han faltado (...).” (Subdirector Hospital)

Asimismo, se reconoce que el sector salud carece de herramientas necesarias para gestionar cambios, sin embargo, se manifiesta la voluntad de avanzar en ello:

"(...) en el sector salud al menos se está bien al debe la gestión del cambio, porque hablamos de gestión del cambio, pero al final hacemos las cosas iguales, (...) creo que yo que las herramientas para hacerlo están limitadas, (...) es un sector que todavía no se está desarrollado en eso, pero que sí está haciendo los esfuerzos por llegar a eso" (Profesional Unidad3-DS)

Valoración

Gestión del cambio se considera un tema relevante y necesario, destacándose su utilidad cuando se trata de hacer cambios ya sea en la forma de operar, en el área de infraestructura o en lo que respecta a disciplina financiera. Además, se aprecia como algo complejo de llevar a cabo; como una herramienta que es requerida en situaciones delimitadas; no obstante, en la medida que haya mayor sistematicidad, es posible conseguir logros:

"... [se] está consciente de la necesidad y de lo importante que es, (...) más todavía que hoy estamos tratando de hacer cambios que son importantes, (...) digamos, en la manera de cómo funcionamos, en la infraestructura (...) en la parte de cómo tener una disciplina financiera... que hoy día cuesta (...)" (Profesional Unidad2-DS)

"Yo creo que (...) es una herramienta que es útil, que es necesaria. A mí me pasa es que es complejo en estas organizaciones, porque yo veo que, o sea es útil y necesaria cuando se ve con ejemplos chicos, cuando uno tiene apoyo para poder realizar esto un poquito más sistemático, no tan espontáneo (...) Cuando logramos un poco ser más sistemáticos en el tema de la gestión del cambio, hay logros ..." (Subdirector Médico1-DS)

Conocimientos respecto a aplicabilidad y factibilidad de la gestión del cambio

Antecedentes de su aplicación

El uso de la gestión del cambio se ve mayormente asociado al traslado de funcionarios de una dependencia física a otra, edificación de nuevos hospitales y a nuevos modelos de gestión referentes a dichos traslados:

"Nosotros el abordaje de gestión del cambio la primera vez que la escuchamos fue cuando estábamos trasladando los funcionarios de este edificio al otro, pero nadie nunca tenía muy claro como transmitir como se trabaja gestión del cambio ..." (Subdirector Médico2-DS)

"Uno escucha mucho la gestión del cambio, en el tema (...) de los nuevos hospitales, voy a cambiar este hospital al otro y también va el tema como me cambio de este hospital al otro y me cambio con un modelo de gestión diferente, entonces empiezan a trabajar desde antes y también hay directivos que tienen súper incorporado el tema de la gestión del cambio y se van moviendo y todo para ver cómo hacen

esta transición (...)" (Jefatura Unidad2-DS)

Se enfatiza además que gestión del cambio debe considerarse como un elemento importante; no ligado a temas de infraestructura únicamente, sino como parte de la gestión de dirección de establecimientos para aprovechar su mayor potencial:

"(...) Yo digo es tremendamente vital, es súper importante y es necesario, no debería solamente estar supeditado a la gestión de un cambio de establecimiento, porque hoy día, gestión del cambio se visualiza (...) para cambiar un modelo de infraestructura. Entonces, gestión del cambio debiera ser un ámbito de la gestión de la dirección de los establecimientos de la red, (...) todavía es mirado como una acción necesaria asociada a infraestructura, no necesariamente como con todo el potencial que podría dar (...)" (Profesional Unidad4-DS)

Factibilidad en la red

En este punto se considera qué tan posible sería llevar a cabo gestión de cambio en la red. Esta subsección se divide en dificultades asociadas y elementos de soporte.

• Dificultades asociadas

Gestión del cambio sería difícil de implementar debido a que los cambios políticos implican modificar al personal y finalmente las iniciativas no quedan incorporadas en la estructura:

"Aquí nosotros cambiamos de autoridades políticas (...) hay nuevas caras, nuevos énfasis (...), pero en lo estructural (...), aquí hay un peso inercial muy potente, entonces, muchas de las cosas nuevas que se crean, son personas dependientes y el desafío es institucionalizar esas cosas persona dependientes, ¿me entiendes? y que debe contemplar un proceso de gestión del cambio, que todas las iniciativas (...) permanezcan independientemente de las personas que están liderando esos procesos" (Director CDT)

Además, la gestión del cambio debe considerar culturas organizacionales, lo que implica modificar ideas y discursos subyacentes:

"(...) es difícil la gestión del cambio porque implica las culturas organizacionales también de como las personas se mueven, las ideas que hay a la base, los discursos, esto de como siempre se ha hecho algo, la costumbre, el hábito, implica muchas cosas" (Jefatura Unidad7-DS)

En otro aspecto, el funcionamiento vertical del sistema también impediría el proceso de cambio, ya que la información no fluye de manera horizontal en toda la red:

"Yo creo que (...) como se describe gestión del cambio y sobre todo si debe estar planificado, yo creo que en la red no ocurre. Yo creo que, en los servicios públicos, al menos en salud (...) no ocurren esos procesos que debieran tener a nivel de red general, (...) nosotros trabajamos en un sistema súper vertical, no estamos trabajando en forma horizontal (...)" (Director Cesfam2)

• Elementos de soporte

Para gestionar cambios, se necesitan metodologías que involucren a la red, trabajar junto a las personas, explicar el motivo del cambio y permitir su participación sin imposiciones. Es esencial tener credibilidad y trabajar de manera coherente, sistemática, consistente y con sentido:

“(…) necesitas también algún tipo de metodología para trabajar junto con la red, para tratar de producir eso digamos, incorporar a la gente para que no diga que no vamos a hacer determinada cosa porque nosotros lo estamos diciendo desde acá, sino que además incorporar la gente para que sepa cuál es el motivo por el cual queremos hacer el cambio y que (...) sientan (...) la necesidad de que también es importante que ellos participen en este cambio, o sea no solamente imponerlo desde arriba, que queremos hacer esto, sin decirles ni para qué, ni por qué, ni cómo” (Director1–DS)

“(…) creo que la credibilidad (...), trabajo coherente y sistemático (...), con sentido y ahí podemos ahondarlo todo lo que tú quieras porque en el fondo es ...nosotros dijimos que esto iba y le pusimos todo lo necesario para que pasara, (...) entonces hicimos lo que dijimos que íbamos a hacer y a eso fíjate que la gente no está acostumbrada” (Jefatura Unidad5–DS)

Además, se plantea establecer un mayor énfasis en el enfoque técnico por sobre el político a nivel directivo. Al respecto, se sugiere evitar descalificar lo realizado por gestiones previas e identificar agentes efectivos que permitan dar continuidad a los procesos:

“Que prime más en los equipos directivos, quizás, más lo técnico que político, que puedan las personas que van llegando, no plantearse desde (...) todo lo que se ha hecho, lo que se hizo en el gobierno anterior –si tenía un color político distinto– está malo, entonces eh, partimos de cero... Que se releven (...) cuáles son los agentes efectivos, que más allá de la transición política que haya, logren ver hacia donde apuntar para darle continuidad a los procesos” (Profesional Unidad1–DS)

Elementos que contribuyen y aspectos que limitan la capacidad de cambio para operar de forma integrada

Componentes que contribuyen

Para facilitar la integración de servicios, se hace fundamental identificar y fomentar compromiso en el equipo de personas que van a apoyar e impulsar la iniciativa. Es importante tener presente al recurso humano con el que se cuenta para lograr obtener los resultados esperados:

“Si tú logras tener un equipo comprometido, si logras... [bueno] nunca vas a tener a todo el mundo dispuesto a (...), pero si tú logras identificar un equipo que te va a ayudar a llevar la propuesta, sabes cuáles son (...), cuáles pudieran ser los nodos, qué personas, [eso] es clave para

lo que planifiques te vaya a resultar; pero si no tienes en cuenta tu recurso humano, las personas que tienes ahí, eh ... son los mismos que después te van a aportar la idea” (Jefatura Unidad4–DS)

Además, el trabajo debe llevarse a cabo entre todos los niveles de especialidad, utilizando un lenguaje común para facilitar el trabajo integrado esperado:

“(…) a ver, no depende de un solo departamento o de una sola jefatura, yo creo que es un trabajo conjunto en este caso con todos los departamentos que tienen que ver o que trabajan con la APS (...) finalmente esto va a escalar hacia la secundaria y terciaria y tenemos que esperar todos preparados y todos tenemos que tener un lenguaje común porque o si no va a ser más difícil desarrollar el trabajo que está, digamos, el trabajo integrado que estamos tratando de realizar” (Jefatura Unidad3–DS)

Conjuntamente, es necesario articular y generar nuevas estrategias que involucren los tres niveles de atención, reconociendo la importancia de todos los actores de la red:

“...el tema de cómo articulamos, cómo creamos nuevas estrategias para poder trabajar con los tres niveles, para como yo realzo la función de este nivel y de este otro y que todos son importantes, no uno más que el otro, entonces en base, cambiar las miradas de la importancia de cada actor de la red y ese es un trabajo largo” (Jefatura Unidad2–DS)

Factores limitantes

Elementos que pueden coartar la capacidad para generar cambios para la integración de servicios. Esta subsección se divide en resistencia al cambio y estructura rígida y piramidal, cultura organizacional, y cambios a nivel político-gubernamental.

• Resistencia al cambio y estructura rígida y piramidal

Aunque el cambio es factible, cambiar implica encontrarse con resistencias de los funcionarios, por lo que es necesario convencerlos de la necesidad del cambio y transmitirlo efectivamente. Además, el sistema de salud tendrá una estructura rígida y piramidal, situación que dificultaría la adaptación a cambios del entorno:

“Yo creo que está la capacidad, sí creo [también] que (...) siempre hay resistencias en el camino y de alguna manera creo que los profesionales de salud en general somos a veces un poquito resistentes al cambio, esa parte desgasta harto, como el ir evangelizando un poco a la gente de que el cambio es necesario, pero creo que una vez que se logra transmitir (...)” (Director Salud/Corporación Municipal)

“la resistencia a nivel de los funcionarios es gigante y eso es... nosotros tenemos un sistema de salud que es bastante rígido y que es piramidal y que de alguna manera sostiene, cierto, el trabajo, pero también se está quedando obsoleto a cómo va cambiando el mundo” (Jefatura Unidad4–DS)

• Cultura organizacional

Otro elemento limitante que se menciona es la cultura organizacional. Esta se ve muy arraigada a la organización e implica que los cambios sean arduos, pero no imposibles. Además, efectuar cambios a nivel de la cultura conlleva tiempo y efectuar un trabajo permanente, sobre todo cuando se necesita introducir cambios radicales:

“(…) al menos empezar a soñar con que podemos hacer cambios de cómo hacer las cosas, entonces, está bien arraigado en la cultura organizacional, es complejo, pero no imposible, entonces yo creo que sí el sector salud está un poquito más pobre en su desarrollo” (Profesional Unidad3–DS)

“En general (…) para introducir cambios sobre todo en la parte de cultura organizacional es un tema que una que es de tiempo, que está muy arraigado, pero que hay que irlos trabajando permanentemente, sobre todo cuando queremos hacer cambios, cambios tan radicales, yo creo que no tenemos la capacidad suficiente como para hacerlo de alguna manera, cuando queremos trabajar en algo específico (…)” (Profesional Unidad2–DS)

En relación con lo anterior, se señala que, en el ámbito de la salud, la cultura organizacional tiende a enfocarse más en sí misma que en el usuario. Esta situación dificulta situar al usuario en el centro del sistema y obstaculiza el trabajo en una red integrada.

“La gente te va a decir el usuario es el centro (…), pero cuando tú vas a tener que resolver situaciones concretas (…) tú ahí te preguntas si la organización de la red es en función de ese usuario (…) en general la cultura organizacional en salud es más mirándose el ombligo, el equipo mismo, más que en razón del usuario” (Jefatura Unidad7–DS)

• Cambios político-gubernamentales

Otro factor limitante es la rotación y cambios de gobierno cada cuatro años, lo que obstaculiza la introducción de cambios estructurales independiente de que las conversaciones de apoyo que se puedan generar:

“Yo creo que la misma dinámica de los cambios de gobierno también no te facilita porque quieras o no, cada cuatro años es un poco corto el plazo como para hacer cambios que te queden en la estructura (…), la verdad es que independiente de lo que se diga en el diálogo en las palabras bonitas, finalmente igual produce quiebres (…)” (Encargado Coordinación de Red2–DS)

Esta situación transforma el panorama laboral pues conlleva empezar de cero con personal nuevo. Estos cambios, de alcance nacional, obligan a reiniciar el trabajo en muchos casos; algunos procesos se mantienen, mientras que otros son descartados, lo que dificulta el avance y genera obstáculos en el funcionamiento organizacional. Incluso los propios gestores son reemplazados, lo que añade complejidad y afecta la estabilidad operativa:

“(…) desde esa perspectiva entonces hay varios factores, una es la rotación por elecciones que sin duda que te cambia, hace que tengamos que partir de cero con las personas que llegan (…)” (Jefatura Unidad5–DS)

“(…) también hay una dificultad que es una dificultad de funcionamiento del país, o sea del estado que tenemos cambios cada cuatro años y eso dificulta los procesos... cada cuatro años se revisan los procesos, unos continúan, otros se desechan, entonces eso no permite avanzar mucho; las personas que impulsan esto, los gestores también digamos son cambiados, entonces también (…) hay un problema de funcionamiento...” (Jefatura Unidad6–DS)

DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el contexto del sector público del Sistema de Salud chileno, el que se encuentra conformado además por un sector de carácter privado^{34–36}. Ambos sectores –público y privado– se desenvuelven de manera simultánea y poseen objetivos independientes³⁵, diferenciándose en su financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios^{37,38}. Esta modalidad dual tiene una normativa compleja y está regido y regulado por el MINSAL³⁹, encargado de normar y definir políticas y programas de salud y coordinar las interacciones entre los diferentes actores y organizaciones del sector salud³⁴.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) –que corresponde al componente público del macrosistema– abarca 29 Servicios de Salud con redes de distintos niveles asistenciales de especialidad a nivel nacional³⁷, cubre cerca del 80% de la población y alcanza una amplia cobertura geográfica y poblacional⁴⁰.

En consideración del dominio territorial del SNSS, esta investigación se situó específicamente en la región metropolitana, y tuvo como finalidad indagar de qué manera la gestión del cambio ha sido utilizada en la red y en qué medida la capacidad de cambio organizacional de dicha red puede fomentar la integración de servicios. Los resultados se centraron en torno a tres temáticas principales: 1) Presencia y valoración de la gestión del cambio, 2) Conocimientos respecto a aplicabilidad y factibilidad de gestión del cambio y 3) Elementos que contribuyen y aspectos que limitan la capacidad de cambio para operar de forma integrada.

En términos de la noción de gestión del cambio en el sector salud, los participantes informan que esta materia tiene mayor presencia a nivel de discurso y posee desventajas a nivel práctico debido a la falta de herramientas institucionales. Sin embargo, existe una actitud favorable frente a su avance y desarrollo, y aunque este aspecto no está completamente integrado a nivel institucional, se considera como un tema relevante y necesario operativamente.

En cuanto a su aplicabilidad, los entrevistados citan como ejemplos el traslado de trabajadores entre dependencias físicas, la construcción de nuevos hospitales y cambios en los modelos de gestión asociados. Si bien reconocen antecedentes en su

aplicación, esperan una mayor participación en la dirección de los establecimientos de la red. Entre los factores que obstaculizan su aplicación se menciona: las iniciativas son persona-dependientes y no quedan integradas en la estructura, costumbres arraigadas, discursos difíciles de cambiar y un sistema vertical. Como elementos de soporte, señalan la necesidad de utilizar metodologías participativas, evitando enfoques impositivos, y contar con credibilidad, consistencia, sentido y sistematicidad. Además, se sugiere valorar los logros de gestiones previas e identificar agentes efectivos que aseguren la continuidad de los procesos.

Según la literatura, el cambio organizacional es un fenómeno complejo¹³ e involucra factores operativos y estratégicos⁴¹. Gestionar cambios implica poner en marcha un proceso planificado, intencional y manejable que requiere una estrategia deliberada y compleja. Este proceso planificado incluye diferentes pasos y/o fases que la organización debe considerar para lograr las transformaciones deseadas⁴². En este sentido, gestionar cambios conlleva manejar una estructura determinada y utilizar una mirada sistemática^{43,44}, preparar a los miembros de la organización para el cambio y dar forma a la implementación de dicho cambio⁴⁵. Por tanto, para gestionar la complejidad y lograr el cambio, es necesario contar con orientación y una cuidadosa planificación⁴⁴.

En el ámbito de la salud, el 'cambio' requiere una visión y comprensión de las funciones centrales del sistema y su estructura¹³. Por tanto, gestionar cambios conlleva un proceso de transformación a nivel de capacidades organizacionales con la finalidad de alcanzar objetivos⁴¹ y brindar los servicios pertinentes y oportunos a la comunidad. Los agentes de cambio se enfrentan a un sistema complejo en el que el componente humano juega un papel poderoso. Por tanto, cuando se requiere implementar cambios, es esencial tener en cuenta la comprensión de los entornos internos y políticos que pueden afectar la forma de lograr este objetivo de manera adecuada⁴⁶.

Reconocer qué elementos necesitan participar en el proceso de cambio permite a quienes están a cargo ser conscientes de los límites y alcance de las acciones requeridas. Esto también implica involucrar a los miembros de la organización en la definición, planificación e implementación del cambio⁴⁷. En definitiva, se requiere de un proceso bien planificado que aborde todos los factores, evalúe periódicamente el progreso y adapte el plan según las experiencias y desafíos¹³.

Respecto al trabajo en red bajo un enfoque integrado, los participantes consideran la necesidad de contar con equipos comprometidos y que puedan contribuir a impulsar propuestas y que los diferentes niveles de atención se vean como iguales y utilicen un lenguaje común para facilitar la colaboración. En este sentido, se hace necesario forjar estrategias que tengan en cuenta la relevancia que adquiere cada nivel y las capacidades involucradas para favorecer el desarrollo del trabajo integrado.

Además, los entrevistados mencionan la existencia de limitantes organizacionales que frenan la capacidad de lograr cambios, en consistencia con lo señalado previamente. Estas limitantes son: resistencia al cambio y estructura rígida y piramidal, cultura

organizacional y cambios político-gubernamentales. Frente a la resistencia interna, observan la necesidad de utilizar estrategias de convencimiento y comunicación efectiva. En cuanto a la rigidez estructural y piramidal, indican que esta dificulta la adaptación sobre todo a cambios externos. La cultura organizacional implica esfuerzos permanentes para modificar rutinas arraigadas y adoptar una perspectiva centrada en el usuario. Respecto a los cambios gubernamentales mencionados –que ocurren cada cuatro años–, estos interrumpen la continuidad de los procesos y la rotación de personal obstaculiza el avance y la sustentabilidad de los cambios organizacionales.

En cuanto a lo señalado en la literatura, implementar cambios en el sector sanitario es una actividad altamente desafiante debido a que la prestación de servicios se lleva a cabo dentro de sistemas complejos en los que es posible encontrar discrepancias en el comportamiento de los individuos, así como tensiones y/o fuerzas contrarias que generan resistencia⁴⁸. Los cambios suelen ocurrir dentro de una estructura poco flexible, que no siempre atiende la diversidad de roles involucrados. Esto obedece a que los controles estrictos dentro de la burocracia del sector sanitario reducen las oportunidades para la innovación local, disminuyen la variabilidad en la prestación de servicios y, en consecuencia, hacen menos probables las respuestas integrales, adaptables y apropiadas localmente, dificultando así el logro de los objetivos propuestos⁴⁸.

La cultura organizacional es un factor que sin duda posee un papel importante en el proceso de cambio y, en consecuencia, en la capacidad de cambio de la red de salud. Por tanto, las transformaciones organizacionales deben considerar el componente humano y brindar sentido a sus miembros para facilitar su participación y compromiso⁴⁹. Junto a esto, para que los individuos de una organización adopten innovaciones, se espera que el rol del liderazgo logre establecer una estructura con reglas y estándares claros que guíen a todos en la misma dirección mediante rutinas y procedimientos. Esta estructura debe permitir cierta flexibilidad para evitar la rigidez excesiva, que reduce la capacidad de adaptarse a estímulos externos. Al respecto, es necesario un equilibrio estructural donde las semiestructuras sean lo suficientemente rígidas para organizar el cambio, pero no tanto como para impedirlo⁵⁰.

En conclusión, para llevar a cabo un proceso de gestión del cambio en la red pública de salud, es fundamental adoptar metodologías que involucren a todos los niveles de la red, comunicando claramente las razones del cambio y permitiendo la participación sin imposiciones. La coherencia, sistematicidad y continuidad en las acciones e iniciativas son cruciales para construir una base sólida para las nuevas transformaciones.

Respecto al trabajo integrado en red, es imperativo conducir transformaciones que fomenten una consistencia interna para facilitar la cohesión y el alineamiento de todos los actores. Propiciar el compromiso en equipos de trabajo y utilizar un lenguaje común para la colaboración entre diferentes niveles de especialidad puede ser una estrategia eficaz para romper las barreras existentes. Desarrollar y coordinar nuevas estrategias que involucren los tres niveles de atención y reconocer la im-

portancia de todos los actores de la red es igualmente esencial.

En definitiva, para que la capacidad de gestionar cambios de la red pública sanitaria logre facilitar la provisión de servicios integrados, es necesario abordar de manera estratégica los obstáculos existentes, fomentar una cultura de participación y colaboración, flexibilizar la estructura organizacional, y asegurar que las metodologías y estrategias implementadas sean coherentes, sistemáticas y sostenibles en el tiempo.

Si bien estas reflexiones nos permiten considerar factores sustantivos para favorecer la capacidad de gestionar cambios en virtud de facilitar la integración de servicios en la red pública de salud, consideramos que una de las principales limitaciones de este estudio fue no haber incorporado la perspectiva de los usuarios en lo que respecta al funcionamiento de la red asistencial y su capacidad para gestionar cambios en el contexto de la integración de los servicios de salud.

En este contexto, resulta pertinente destacar que el 'Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario' subraya la importancia de que el sistema de salud responda a las necesidades de los usuarios, priorizando una atención integral, oportuna, de calidad y resolutive, que sea social y culturalmente aceptada⁵¹. Este enfoque está en sintonía con el proceso de rediseño de la red asistencial⁴, el cual permite a los Servicios de Salud optimizar recursos y coordinar dispositivos, considerando factores geográficos, sociales y epidemiológicos. Además, este modelo promueve la incorporación de las opiniones de los usuarios y fomenta la detección y prevención temprana de problemas de salud.

En este sentido, queremos enfatizar los tres principios fundamentales e irrenunciables de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS)^{4,52}: la integralidad, la continuidad en el cuidado y, especialmente, el enfoque centrado en las personas. Al respecto, consideramos que es esencial que futuras investigaciones sobre la mejora de la red pública de salud otorguen un papel central a la incorporación de la voz de los usuarios. Esto permitirá fortalecer la participación activa de todos los actores involucrados, promoviendo así una integración efectiva de los servicios de salud.

Fuente de apoyo económico:

Este trabajo fue apoyado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)/ Beca de Doctorado en el Extranjero/ BECAS CHILE/2017-72180135.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a todas aquellas personas que generosamente apoyaron el proceso de reclutamiento y contacto, así como también a quienes participaron en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hugues G, Shaw SE, Greenhalgh T. Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Q* [Internet]. 20 de junio de 2020;98(2):446–92. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12459>
2. Organización Mundial de la Salud. Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; 2022 [citado 10 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada_0.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas [Internet]. Enseñanzas de la COVID-19. Washington, DC.: OMS; 2022 [citado 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>
4. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2024 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2022 [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
5. Chile. Ministerio de Salud. Decreto 140. Reglamento orgánico de los servicios de salud [Internet]. Santiago; 2005. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://bcn.cl/29qkr>
6. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. La red pública de salud. Fundamentos conceptos y experiencias [Internet]. Vol. 8. Santiago: MINSAL; 2007 [citado 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/8.pdf>
7. Mullins L. Management and organisational behaviour. 11a ed. London: Pearson; 2016.
8. Ting MM. Organizational capacity. *J Law Econ Organ* [Internet]. 1 de agosto de 2011;27(2):245–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jleo/ewp021>
9. Meyer AM, Davis M, Mays GP. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *J Public Health Manag Pract*. 2012 Nov;18(6):535–44. doi: 10.1097/PHH.0b013e31825ce928. PMID: 23023278.
10. Heckmann N, Steger T, Dowling M. Organizational capacity for change, change experience, and change project performance. *J Bus Res* [Internet]. 2016 [citado 1 diciembre de 2023 Aug 12];69(2):777–84. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0148296315003033>
11. Burnes B. Managing change. Harlow, England; Pearson; 2017.
12. Paton R, McCalman J. Change management: a guide to effective implementation. 3rd ed. London: SAGE; 2008.

13. Milella F, Minelli EA, Strozzi F, Croce D. Change and Innovation in Healthcare: Findings from Literature. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2021 May 19;13:395-408. doi: 10.2147/CEOR.S301169
14. Thompson JM. Understanding and managing organizational change: implications for public health management. *J Public Health Manag Pract.* 2010 Mar-Apr;16(2):167-73. doi: 10.1097/PHH.0b013e3181c8cb51.
15. Gordon A, Pollack J. Managing Healthcare Integration. *Proj Manag J.* [Internet 49(5), 5–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/8756972818785321>
16. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. En: *Handbook of qualitative research* [Internet]. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 1994 [citado 29 de mayo de 2018]. p. 105–17. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1994-98625-005>
17. Bryman Alan. *Social research methods* [Internet]. 7a ed. Oxford: Oxford University Press; 2016 [citado 29 de mayo de 2018]. 747 p. Disponible en: https://books.google.co.uk/books?hl=es&lr=&id=N2zQCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=ontology+in+research+social+methods&ots=doKyHY-M4wg&sig=zOryOG3BduVTgm32wwc3_-sdhU#v=one-page&q=ontology+in+research+social+methods&f=false
18. Clark T, Foster L, Sloan L, Bryman A. *Bryman's social research methods*. Sixth edition. Oxford, England: Oxford University Press; 2021.
19. Ormston R, Spencer L, Barnard M, Snape D. The foundations of qualitative research. En: Ritchie J, Lewis J, McNaughton Nicholls C, Ormston R, editores. *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. 2a ed. Los Angeles: SAGE; 2014. p. 1–26.
20. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.; Sage; 2002.
21. Creswell J, Poth C. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4a ed. Qualitative inquiry and research design. Los Angeles: SAGE; 2018.
22. McQueen RA, Knussen C. *Research methods for social science: a practical introduction*. Harlow: Prentice Hall; 2002.
23. Bryman A. *Business research methods*. 4a ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
24. Silverman D. *Interpreting qualitative data*. 7th ed London: Sage; 2024.
25. Ritchie J, Lewis J, Elan G, Tennant R, Rahim N. Designing and Selecting Samples. En: Ritchie J, Lewis J, McNaughton Nicholls C, Ormston R, eds. *Qualitative Research Practice: a guide for social science students and researchers*. 2nd ed. London: SAGE; 2014. p. 111–45.
26. Aranda C, Munoz R, Palta E. Diagnóstico de Salud Región Metropolitana 2014. Análisis de la situación de salud de la región metropolitana con enfoque de determinantes sociales y económicos [Internet]. Santiago: Seremi Salud; 2014 [citado 4 de junio de 2018]. p. 63. Disponible en: <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Región-Metropolitana-Diagnóstico-de-Salud-de-la-Región-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf>
27. Gobierno de Santiago (Chile), Pontificia Universidad Católica de Chile. *Estrategia Regional de Desarrollo 2024- 2035. Región Metropolitana De Santiago* [Internet]. Santiago; 2024 [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gobiernosantiago.cl/estrategia-desarrollo-regional/>
28. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. *Diagnósticos Regionales de Salud* [Internet]. Santiago; 2024 [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/diagnosticos-regionales-de-salud/>
29. Merriam SB, Tisdell E. *Qualitative research: a guide to design and implementation*. Fourth edi. Tisdell EJ, editor. San Francisco, CA: Jossey-Bass, a Wiley Brand; 2016.
30. Lichtman M. *Qualitative Research for the Social Sciences* [Internet]. 55 City Road, London: SAGE Publications; 2014 [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://methods.sagepub.com/book/qualitative-research-for-the-social-sciences>
31. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 5th ed. Rossman GB, editor. Los Angeles: Sage; 2011.
32. Flick U. *An introduction to qualitative research*. 7th edition. Los Angeles; Sage; 2022.
33. Silverman D. *Interpreting qualitative data*. 7th edition. London: Sage; 2024.
34. Annick M. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Publica Mex* [Internet]. enero de 2002 [citado 21 de noviembre de 2024];44(1):60–8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2 de diciembre de 2008;179(12):1289–92. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.071843>
36. Crespo Suárez JL, Machin Suárez R. Medicalisation in public primary mental health care services in Chile. *Soc Theory Health.* 10 de diciembre de 2021;19(4):309–30.
37. Arteaga A. Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile [Internet]. Quito: Flacso; 2008. p. 123–44 [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/40791.pdf>

38. Carlos de Oliveira S, Machado CV, Hein AA, Almeida PF de. Health policies in Chile (2000-2018): trajectory and conditioning factors. *Cad Saude Publica*. 2020;36(11): e00002120–e00002120.
39. Gideon J, Álvarez G. Institutional Constraints to Engendering the Health Sector in Bachelets Chile. En: Waylen G, editor. *Gender, institutions, and change in Bachelet's Chile*. New York: Palgrave Macmillan; 2016. p. 147–70.
40. Gattini C, Morales JP. Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. *Rev Pan Salud Pública* [Internet]. 31 de agosto de 2023 [citado 21 de noviembre de 2024]; 47:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57888>
41. By RT. Organisational change management: a critical review. *J Chang Manag*. 1 de diciembre de 2005;5(4):369–80.
42. Karasvirta S, Teerikangas S. Change Organizations in Planned Change – A Closer Look. *J Chang Manag*. 3 de abril de 2022;22(2):163–201.
43. Gopee Neil, Galloway Jo. Leadership and management in healthcare. Galloway Jo, editor. Los Angeles, [Calif: SAGE; 2009.
44. Grol R, Wensing M. Effective implementation of change in healthcare: A systematic approach. En: *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 3th ed. Wikey; 2020.
45. Adelman-Mullally T, Nielsen S, Chung SY. Planned change in modern hierarchical organizations: A three-step model. *J Prof Nurs*. 2023 May-Jun;46:1-6. doi: 10.1016/j.prof-nurs.2023.02.002
46. Osborne S, Brown K. Managing change and innovation in public service organizations. London: Routledge; 2005.
47. Martin V, Charlesworth J, Henderson E. Managing in health and social care. 2a ed. London: Routledge; 2010.
48. Parkin P. Managing change in healthcare: using action research. Los Angeles: Sage; 2009.
49. Iveroth E, Hallenkreutz J. Effective Organizational Change: Leading Through Sensemaking. Florence: Taylor and Francis; 2015.
50. Spaulding A, Kash BA, Johnson CE, Gamm L. Organizational capacity for change in health care: Development and validation of a scale. *Health Care Manage Rev*. 2017 Abr/Jun;42(2):151-161. doi: 10.1097/HMR.0000000000000096.
51. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2008. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/894/18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago; 2002 [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://innovadorespublicos.cl/documentation/publication/149/>