



Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud

ISSN: 0121-0807

ISSN: 2145-8464

Universidad Industrial de Santander

Sotelo-Daza, Jorge; Ramos-Valencia, Omar Andrés; Galarza-Iglesias, Ana Milena
Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo

Revista de la Universidad Industrial de Santander.

Salud, vol. 55, 2023, Enero-Diciembre, pp. 1-13

Universidad Industrial de Santander

DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23053>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343876253010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo

Experiences in implementation of comprehensive healthcare routes in Cauca. A qualitative study

Jorge Sotelo-Daza^{1*} ; Omar Andrés Ramos-Valencia¹ ; Ana Milena Galarza-Iglesias² 

*jorgesot@unicauca.edu.co

Forma de citar: Sotelo-Daza J, Ramos Valencia OA, Galarza Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. Salud UIS. 2023; 55: e23053. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23053> 

Resumen

Introducción: las dinámicas poblacionales, la carga de enfermedad y los cambios estructurales político-económicos han impulsado al estado colombiano a buscar la integralidad en los procesos de atención en salud, en tal propósito definió la implementación de rutas integrales de atención en salud (RIAS). **Objetivo:** comprender la percepción de la experiencia que tienen los líderes de proceso en entidades sanitarias referente a la implementación de las RIAS en Cauca, Colombia. **Método:** estudio cualitativo, inductivo, con enfoque de fenomenología interpretativa. El grupo de estudio estuvo conformado por siete líderes de proceso de entidades sanitarias. **Resultados:** los entrevistados sienten que la implementación es un proceso difícil, determinado por la voluntad y compromiso de los actores sanitarios. Los cambios de administración generan discontinuidades afectando avances en las rutas de la que ellos son responsables. Perciben desarticulación en la implementación, limitados recursos, deficiencia administrativa, de infraestructura y talento humano, principalmente especialistas en salud. **Discusión:** la percepción de las experiencias denota lo que varios autores han descrito en relación con tensiones en procesos de implementación y gestión en salud: inaccesibilidad, discontinuidad y fragmentación de servicios; débil autoridad sanitaria, enfoque curativo e intereses económicos. **Conclusiones:** desde su experiencia, los líderes del proceso perciben las RIAS como un fundamento estratégico que favorece la atención integral en salud, sin embargo, existen vacíos en la implementación originados de procesos administrativos, financieros y del propio modelo de salud, restringiendo el cumplimiento del propósito para las cuales fueron creadas. A la vez, perciben sentimientos de impotencia y desesperanza, dificultades y tensiones en el ejercicio de la implementación.

Palabras clave: Barreras de acceso a los servicios de salud; Servicios de salud; Política de salud; Atención integral de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Investigación cualitativa; Salud pública; Colombia.

¹ Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

² Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Abstract

Introduction: population dynamics, disease burden and political-economic structural changes have prompted the Colombian state to seek comprehensiveness in health care processes, and to this end it defined the implementation of Integrated Health Care Routes (RIAS). **Objective:** to understand the perception of the experience of process leaders in health entities regarding the implementation of the RIAS in Cauca, Colombia. **Method:** qualitative, inductive study with an interpretative phenomenology approach. The study group consisted of seven process leaders of health entities. **Results:** the interviewees feel that implementation is a difficult process, determined by the willingness and commitment of the health stakeholders. Changes in administration generate discontinuities affecting progress on the routes for which they are responsible. They perceive disarticulation in implementation, limited resources, administrative deficiencies, infrastructure and human talent, mainly health specialists. **Discussion:** the perception of the experiences denotes what several authors have described in relation to tensions in implementation and management processes in health: inaccessibility, discontinuity and fragmentation of services; weak health authority, curative approach and economic interests. **Conclusions:** from their experience, process leaders perceive the RIAS as a strategic foundation that favors comprehensive health care; however, there are gaps in the implementation caused by administrative and financial processes and the health model itself, restricting the fulfillment of the purpose for which they were created. At the same time, they perceive feelings of helplessness and hopelessness, difficulties and tensions in the implementation exercise.

Keywords: Barriers to access to health services; Health services; Health policy; Comprehensive health care; Accessibility to health services; Qualitative research; Public health; Colombia.

Introducción

La salud en Colombia era gestionada a través de un Sistema Nacional de Salud, el cual fue modificado en el año 1993 con la Ley 100 por la cual se crea un Sistema de Seguridad Social Integral, compuesto por cuatro subsistemas dentro de ellos el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹, caracterizado por la libertad económica para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la libre elección del usuario, accesibilidad al sistema, aseguramiento universal y solidaridad financiera, bajo el modelo de pluralismo estructurado²; esta normatividad se fundamenta en equidad, calidad y eficiencia en salud, basados en unos planes de beneficios ofertados por las EPS a la población. El Plan Obligatorio de Salud (POS)¹ es la forma de legalizar el contrato entre usuario y asegurador, donde se encuentran los servicios básicos en salud como actividades, medicamentos esenciales, procedimientos e intervenciones.

Las dinámicas poblacionales, la transición demográfica y epidemiológica, la carga de enfermedad, la salud pública y los cambios estructurales políticos y económicos, han llevado al estado colombiano a generar reformas al sistema de salud. Una de las principales ha sido la Ley 1438 del 2011, que buscó fortalecer las acciones de salud pública con la incorporación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) como elemento para lograr la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad³; posteriormente se fueron estructurando políticas públicas como el Plan Decenal de Salud pública

2012- 2021⁴, la Ley Estatutaria de Salud (2015)⁵, la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo integral de atención en salud (MIAS)⁶.

Con estas reformas, el estado colombiano pretendía generar una dinamización de acciones desde los territorios, con una estructura de gestión de la salud pública con directrices para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de salud, así como una prestación de servicios de salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad y calidad tanto individuales como colectivos. Por tal motivo crea la política de atención integral en salud (PAIS)⁶, con el fin de brindar una atención integral, con un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas, donde los prestadores de salud actúen de forma íntegra, continua y ordenada para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mediante unas rutas integrales de atención en salud (RIAS)⁷.

Las RIAS en el marco de la política pública de salud en Colombia, se han definido como la herramienta operativa que aporta a la garantía del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria en Salud⁵; hacen parte del modelo de acción integral territorial (MAITE)⁸, que busca garantizar acciones para materializar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y generación de una cultura del cuidado centrada en la atención de las personas, familias y comunidades⁷. Se plantean como el componente ordenador e integrador de las

intervenciones individuales, colectivas y poblacionales, son el principal elemento de la gestión de las acciones en salud pública, como lo define la Resolución 518 de 2015⁹. Su adopción e implementación son de obligatorio cumplimiento por parte los prestadores de servicios de salud, las aseguradoras y las entidades territoriales⁵.

En Colombia, si bien el sistema ha mejorado en accesibilidad y aseguramiento a la población, también se han descrito limitantes para la implementación de una atención integral, entre ellas la fragmentación en la prestación de servicios de salud entre los aseguradores y los prestadores¹⁰, fallas regulatorias desde la autoridad sanitaria¹¹, desafíos financieros¹², baja cobertura de estrategias de salud integradoras¹³, existencia de una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud que impide un acceso equitativo¹⁴, la corrupción y los sobrecostos, llevando a poner en crisis la sostenibilidad del sistema¹⁵.

Implementar las RIAS en todo el territorio nacional debe partir del reconocimiento, apropiación y puesta en marcha de los elementos definidos en la estructura de la PAIS, cuyo marco estratégico se estructura desde la estrategia de APS, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque territorial, donde las instituciones deben trabajar a través de acciones coordinadas y a la vez complementarias, que permitan alcanzar la integralidad en la atención en salud^{3,5}.

El departamento del Cauca es una entidad territorial conformada por 42 municipios, caracterizada por una amplia diversidad geográfica, cultural, social, política y económica; además cuenta con la existencia de modelos de salud propios como el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que retan las dinámicas de prestación de servicios de salud de acuerdo con las tradiciones locales¹⁶. En el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2019¹⁷ se incorporó la política de atención integral en salud para la gestión sanitaria, a través de una estructura administrativa que adoptó los elementos normativos y estratégicos, creando un equipo interdisciplinar con procesos de trabajo sectorial e intersectorial, que permitiera avanzar en la adopción e implementación de los requerimientos establecidos en el modelo de salud.

Las instituciones sanitarias del Cauca han incorporado diferentes estrategias para la adopción y gestión de la normatividad como parte de la materialización de una atención integral, sin embargo, por ser un departamento con diferentes barreras de acceso y oportunidad a los servicios de atención, continúan existiendo retos,

tensiones y dificultades para la incorporación de los elementos estratégicos y operativos de la norma, a fin de lograr el propósito de implementar las RIAS¹⁸.

De acuerdo con las descripciones previas del sistema sanitario, abordar la investigación desde un enfoque fenomenológico y vincular sus cuatro componentes básicos: el cuerpo vivido, el espacio vivido, las relaciones humanas vividas y el tiempo vivido, y a partir de la percepción de la experiencia de los líderes de proceso, adquiere una significativa relevancia al posibilitar la visualización de dimensiones que solo en la cotidianidad se expresan y manifiestan, las cuales al exponerlas proporcionan una ampliación del conocimiento e insumos para alcanzar los propósitos de las entidades de salud.

Concebir los análisis desde la percepción de la experiencia¹⁹ en la implementación de las RIAS desde una perspectiva fenomenológica denota pertinencia, habida cuenta de que el primordial de este tipo de investigación es el significado de la experiencia vivida que permite comprender la constitución como ser-en-el-mundo de los líderes de proceso, considerando el enfoque teórico de Merleau-Ponty²⁰.

El objetivo del estudio fue comprender la percepción de la experiencia que tienen los líderes de proceso de entidades sanitarias en relación con la implementación de las rutas integrales de atención en salud en el departamento del Cauca.

Metodología

Tipo de estudio: el diseño fue cualitativo, orientado a la descripción e interpretación de estructuras fundamentales de las experiencias vividas en la implementación de las RIAS en el Cauca, mediante un enfoque fenomenológico. Esta investigación se caracterizó por su rigor científico, de tal manera que se asegura su fiabilidad a partir de cuatro criterios: credibilidad, formalidad, confirmabilidad y transferibilidad²¹, el cual permitió explorar la experiencia a partir de la descripción e interpretación de lo vivido en lo cotidiano²² referente a las rutas integrales de atención en salud (RIAS).

Participantes: la investigación se realizó a través de fuentes de información primaria a partir de siete líderes de proceso de la región que se desempeñan en cargos administrativos, quienes deben realizar gestión referente a la implementación de las RIAS. Se realizó un muestreo por conveniencia según la propuesta de

Patton²³, el cual es un muestreo práctico que permite tener información en tiempo y circunstancias concretas, referentes al objetivo de estudio. De manera personal se contactó a cada participante, se le explicó el objetivo del estudio y, una vez aceptaron participar, se acordó fecha y hora de entrevista. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas hasta cumplir con los criterios de saturación el cual se obtuvo en la sexta entrevista al evidenciar que en las categorías de estudio no emergía nueva información, sin embargo, para evitar falsa saturación, se realizó una entrevista adicional. La recolección de la información se realizó entre agosto de 2019 y julio de 2020. Las entrevistas fueron realizadas en el lugar de trabajo de cada participante en la fecha y hora acordada. Para esto se contó con la guía de entrevista siguiendo el protocolo de Patton²³ con preguntas relacionadas con la implementación de las RIAS. En la **Tabla 1** se presenta el cargo o función de los participantes de las entrevistas.

Terminada la fase de recolección de información, se procedió a introducir las transcripciones de las entrevistas digitalizadas en texto, en el programa de análisis de datos Atlas.Ti versión 8.1. Cada entrevista fue leída y releída, y cada uno de los autores realizó

anotaciones de aspectos que emergían y que aportan en el ejercicio de la interpretación²⁴, se identificaron citas según los componentes fenomenológicos, luego se agruparon por códigos y finalmente por categorías para así continuar con el análisis.

Se utilizó el método de análisis fenomenológico a partir de las experiencias vividas por cada uno de los participantes. Este análisis tiene tres fases: la descripción donde se tomó como referente a Patton²⁵ con las categorías de experiencia y comportamiento, opinión-valor, sentimientos y conocimiento; luego se realizó la reducción fenomenológica a partir de la clasificación, la codificación y la clasificación considerando los cuatro existenciales básicos fenomenológicos: cuerpo vivido, experiencia vivida, tiempo vivido y relaciones vividas. Finalmente se realizó la interpretación fenomenológica especificando la percepción que tienen los líderes de proceso en entidades sanitarias referente a la implementación de las RIAS.

Se seleccionaron fragmentos textuales de las expresiones de los participantes de acuerdo con las categorías y a los hallazgos de las opiniones encontradas, conservando la confidencialidad de los participantes.

Tabla 1. Cargo - función de los participantes en la investigación. Elaboración de autores.

Participante	Cargo- función
Entrevistado 1	Líder implementación RIAS – Secretaría Municipal de Salud 1
Entrevistado 2	Profesional Prestación de Servicios - Secretaría Departamental de Salud
Entrevistado 3	Líder Gestión Prestación de Servicios - Secretaría Municipal de Salud 2
Entrevistado 4	Gestor en Salud Pública RIAS - Secretaría Departamental de Salud
Entrevistado 5	Profesional de Aseguramiento - Secretaría Departamental de Salud
Entrevistado 6	Líder Gestión Salud Pública - Secretaría Municipal de Salud 3
Entrevistado 7	Líder Gestión Salud Pública - Secretaría Municipal de Salud 4

Resultados

Los resultados se presentan en las tres fases del análisis fenomenológico: descripción, reducción e interpretación.

Fase I. Descripción fenomenológica: se realizó siguiendo el esquema de Patton²³ considerando

la experiencia y comportamiento, opinión-valor, sentimientos, sensaciones y conocimiento.

Experiencia y comportamiento

Referente al acompañamiento para la implementación de las RIAS los líderes del proceso perciben que, si bien se tiene el acompañamiento del Ministerio de Salud y

Protección Social, al llegar a las Empresas Sociales del Estado (ESE) se debe fortalecer dicho acompañamiento.

“...Se requiere más acompañamiento a las empresas sociales del estado por parte de las alcaldías, las aseguradoras y lógicamente del departamento...”

Entrevistado I-D15

Así mismo, identifican procesos desarticulados entre las entidades que implementan las RIAS, lo cual se refleja en el cumplimiento de criterios básicos como es la atención de usuarios, se ve en el papel mas no en la realidad. Ante esto, se afectan los programas de tal manera que no se ofrece integralidad en la atención y se pierde la oportunidad de ofrecer servicios de promoción y prevención que pueden beneficiar a la población al tener una atención integral.

“...IPS y ellos te dicen “mira, yo sí cumplo mi ruta, yo tengo contratado a x, a y, a z y me cumplen y si tú te vas al proceso de evaluación de la red tú vas a decir sí o no, pero lastimosamente ¿qué pasa? por ejemplo cuando se va a hacer revisión de la red por ejemplo si uno se va a la vida real por ejemplo la ESE no alcanza a atender a todos los usuarios por capacidad instalada...”

Entrevistado D16-1

Experimentan dificultad en la implementación de las RIAS debido a que, si bien el gobierno generó una normativa sobre el tema, no asignó recursos económicos para implementarla y, por lo tanto, las entidades no disponen de recursos financieros para hacer la contratación de los profesionales, servicios, instalaciones que se requieren.

Otro factor que mencionan los entrevistados es que se dificulta la implementación de las RIAS por falencias en la gestión administrativa, caracterizadas por falta de lineamientos claros de fechas de la implementación de la ruta, ausencia de seguimiento, pocos criterios para los procesos de contratación y baja exigencia en el cumplimiento de la normativa, falencias en los sistemas de información que impiden tener actualización de cómo se está gestionando la ruta. Otro factor que mencionan es la deficiencia en infraestructura para que los profesionales tengan un espacio físico donde realizar la atención de las personas.

“...El municipio trata de abrir espacios para socializar y concertar con las diferentes instituciones de salud acciones para implementar la ruta pero éste se queda corto cuando tiene que exigirle a cada uno de los integrantes del sistema que cumplan con lo que se le ha definido en la normatividad”

Entrevistado D7-1

Un factor para considerar son las condiciones geográficas de la región y las distancias entre poblaciones para lo cual se requiere además de tiempo de desplazamiento, vehículos e inversión, lo que impide contar con profesionales y especialistas según orienta la norma para la RIAS.

“es muy difícil encontrar un médico especialista en medicina familiar; así como un pediatra en nuestros territorios. Estos especialistas faltan en la ciudad ahora imagínese en estos municipios que son alejados”

Entrevistado D7-1

Opinión/valor

Sobre el proceso de continuidad en la implementación de las RIAS, los participantes perciben facilitadores y barreras, los cuales están relacionados con el modelo de salud que concibe cada gerente, los cambios continuos en el personal administrativo y profesionales de la salud, la mirada y convicción sobre las RIAS, esto hace que los líderes de proceso perciban como un reproceso cada que se cambia de administración. Así mismo, opinan que las EPS desconocen que las RIAS exige un presupuesto que garantice la atención de los usuarios.

“barrera para la implementación de las rutas en la discontinuidad en la contratación del talento humano aquí en la secretaría de salud, pues la mayoría de personas somos contratistas que estamos por cerca de ocho meses y luego en esos periodos de receso...”

Entrevistado D15-1

Referente a la contratación del personal que se requiere para gestionar las RIAS, consideran que se ve afectada por los procesos de planeación desde el momento en que se realiza el costeo del servicio, lo que permite pactar tarifas y por lo tanto la disponibilidad y calidad de los servicios prestados. Así mismo, la contratación se ve permeada por asuntos de preferencia política donde

muchas veces el personal contratado no tiene el perfil para las funciones que debe cumplir.

Opinan que los usuarios no hacen uso de las RIAS porque no conocen lo que se ofrece ni los derechos que tienen; una de las posibles causas de esto puede ser la falta de comunicación y pertinencia en lo que se ofrece. Además, consideran que, por la fragmentación en los servicios, los desplazamientos de una entidad a otra y los asuntos administrativos relacionados en las RIAS, las personas prefieren renunciar a ser atendidos.

“...contratan con diferentes prestadores, inclusive en otros departamentos, generando una fragmentación de la prestación de los servicios de salud donde las personas deben ir de un lado a otro para lograr que los atiendan y esta situación hace que ellos a veces renuncien a las atenciones que requieren porque aún no cuentan con los recursos para desplazarse de un lado a otro o simplemente terminan cansados de tantas vueltas administrativas...”

Entrevistado D15-1

Como aspectos positivos para la implementación de la ruta, los participantes opinan que cuando se ofrece capacitación específica a los profesionales que participan en ella, se tiene claridad sobre los roles, acciones concretas y por lo tanto mayores oportunidades de éxito, y se fortalece la interacción entre los participantes de la ruta.

“...El desarrollo de capacidades ha sido fundamental en el logro de la implementación de las rutas pues al interior de la institución se han realizado diferentes eventos que trabajan todos los temas relacionados con esta política...”

Entrevistado D9-1

Sentimientos

Los participantes sienten que la implementación de las RIAS genera tensiones desde los diferentes espacios, ya que reconocen que dicha implementación implica la participación de todos los sectores e instituciones con integrantes multidisciplinarios, así mismo, sienten desesperanza (impotencia) al identificar que el modelo de salud que prevalece, es un modelo económico-financiero que busca rentabilidad y por lo tanto se enfoca en atender la enfermedad y no la promoción de la salud. Las entidades de salud a pesar de conocer la ruta no hacen lo necesario para implementarla.

“...Pero parece ser que los hospitales han hecho caso omiso para su implementación y eso puede ser por varias cosas que ocurren hoy día en este sistema de salud donde principalmente se le pone atención al dinero, a la contratación y a los intereses de algunos pocos para poder sacar provecho del sistema. Parece ser que las acciones de promoción de la salud son poco rentables y mejor es invertir en atender la enfermedad que genera más rentabilidad...”

Entrevistado D15-1

Sienten que la implementación es un proceso difícil a causa de la voluntad y compromiso de las entidades incluyendo las alcaldías, así como por los cambios de administración donde se pierde la continuidad en los procesos afectando la prestación de los servicios y avances en la ruta.

“...El desinterés de algunas alcaldías municipales y también de algunas Empresas Sociales del Estado en asumir la normatividad, es otra barrera, pues hasta que no haya un lineamiento y unas sanciones para los que no asumen la normatividad como tal, va a ser difícil lograr la implementación de las rutas en todos los municipios del Departamento...”

Entrevistado D15-1

Conocimiento

Según lo que manifiestan los entrevistados, hay falencias en la formación de los profesionales, lo cual obedece a que en la academia no se les da a conocer cada uno de los pasos para implementar las RIAS, ni tampoco se les da herramientas para que ofrezcan servicios según la necesidad de la población.

“...la formación de los profesionales ...desde la misma academia ...podemos incorporar prestadores del servicio de salud de la mano del proveedor de condicionales que es la academia, que el profesional salga conociendo la ruta, que el profesional salga con el chip de la prestación de servicios que se está exigiendo hoy en día y que la academia fortalezca la oferta de servicios en lo que está necesitando el mercado de la salud hoy en día...”

Entrevistado D1-1

Hace falta conocimiento en aspectos administrativos relacionados con las funciones de cada institución, de acuerdo con la implementación de las RIAS y cómo

ha evolucionado el sistema de salud a una mirada intersectorial.

“...No, aquí hay muchas cosas por hacer y eso depende netamente de la voluntad no solamente política sino del conocimiento, como del conocimiento que yo tenga acerca de cómo está evolucionando el sistema y que no es algo que sea netamente exclusivo de la ESE sino que es un trabajo que se puede sacar de forma intersectorial...”

Entrevistado D5-1

Se identifica desconocimiento de la población, lo cual afecta las intervenciones colectivas y la demanda inducida de servicios de las RIAS, de igual manera mencionan que los usuarios del servicio de salud desconocen sus derechos y lo que les ofrece la ruta, esto genera poca demanda y, por lo tanto, poco avance en la implementación de la ruta.

“...Las Empresas Sociales del Estado también deberían caracterizar muy bien a su población, para saber cuáles son las personas susceptibles de lograr ser atendidas en la ruta y conocer su estado de salud, para proyectar las intervenciones, así como los costos y con esa información, lograr contratar de manera más realista con las aseguradoras...”

Entrevista D7-14

Existe un vacío en el cálculo de los costos de la prestación de servicios de salud por parte de las ESE, lo que conlleva a una contratación desbalanceada por parte de las IPS.

“...porque en la mayoría de las ESE, no sabe cuánto le cuesta la prestación de un servicio, eso es una debilidad muy grande porque están firmando un contrato solamente digámoslo así por unos ingresos, pero no saben si realmente se está habiendo pérdida...”

Entrevistado D14-1

Para los participantes de la investigación, las RIAS ofrecen unas actividades y procedimientos que permiten identificar riesgos y plantear acciones según el curso de vida.

“Las personas tienen muchas necesidades en salud y lo que propone la ruta de atención en salud es una serie de actividades y procedimientos que buscan identificar tempranamente los riesgos de las personas en cada curso de vida”

Entrevistado D7-1

Fase II. Reducción fenomenológica: Una vez se tuvo la descripción, se organizó la información a partir de la creación de códigos y categorías a partir de los cuatro existenciales fenomenológicos: cuerpo vivido, espacio vivido, relaciones vividas y tiempo vivido.

Cuerpo vivido:

El cuerpo es vivido a partir de la afectación emocional a la que se enfrentan los líderes de proceso de implementación de las RIAS, reconocen que existen diferentes intereses, poderes, y poca importancia de quienes deben dar directrices; sienten que están en medio de una “pelea” y esto les genera tensiones e impotencia, así como una afectación física al sentir un desgaste por enfrentar las barreras administrativas y políticas.

“digamos que concentrar ese personal de servicios es complicada y costosa, entonces una de las peleas en la que están la empresa social del estado versus la EPS, es que la ruta es más costosa de lo que reconoce la EPS, entonces digamos que es eso lo que se ha identificado en la práctica...”

Entrevistado D14-1

Espacio vivido

El espacio es vivido por los líderes en sus lugares de trabajo, así como en la Secretaría de Salud Departamental, donde se realizan las reuniones que pretenden dar la directriz y planeación para la implementación de las RIAS. Reconocen que en los espacios de la secretaría de salud se realizan actividades de divulgación de la ruta y cómo funciona, lo que permitió reconocer que, para que funcione, debe adaptarse a las particularidades de la población y el territorio. También estos espacios son vividos como espacios no de discusión de asuntos de salud con un modelo de atención integral en salud, sino como un espacio donde el modelo que rige las acciones es económico-financiero.

“Hemos conversado con los aseguradores, con los hospitales, con las IPS privadas, con la comunidad en los mismos espacios y hemos aprendido mucho que si no tomamos en cuenta las particularidades y características de la población y los territorios va a ser muy difícil ajustar los servicios de salud a estas realidades”

Entrevistado D15-1

Relaciones vividas

Con las entidades que se espera participen en la implementación de las RIAS perciben poca articulación y que están regidas por intereses particulares y políticos. Esto es un aspecto que consideran crítico pues afecta la destinación de recursos y personal que requieren tanto en disponibilidad como permanencia en el tiempo. Así mismo, perciben que la relación se maneja desde la mirada del poder y por lo tanto tienen poca autonomía para gestionar la ruta.

“...limita la implementación de las rutas entre las EPS y las Empresas Sociales del Estado, las EPS tienen la sartén por el mango porque ellos son los que manejan la plata y al fin y al cabo deciden que contratar y que no contratar; los hospitales se ciñen al juego que plantean las EPS y les queda muy pocos recursos para proponer que sea en una manera diferente. Esto limita entonces una implementación completa de lo que plantea la ruta...”

Entrevistado D7-1

No se tiene interacción con la comunidad y por lo tanto se desconoce las necesidades particulares, sus derechos y esto, según los líderes de proceso, afecta la participación, cobertura y pertinencia en la atención de la comunidad.

Tiempo vivido

El tiempo es vivido a partir de los procesos relacionados con la política nacional y el cambio de gobierno (cada cuatro años intercalados según sea presidente, gobernadores o alcaldes) lo que hace que las contrataciones de personal, destinación de recursos y continuidad de la implementación de la RIAS se vea afectado por ley de garantías, cierre fiscal, esto hace que los líderes de proceso consideren este tiempo como un factor que los afecta en su gestión. Esta misma situación los lleva a estar en continua evocación de los tiempos anteriores donde el personal con quien trabajaban era

permanente, conocían y hacían parte de la evolución del sistema.

“...Eso de la politiquería también creo yo que es una situación que hace que la ruta no se implementen adecuadamente. Mire usted que en los hospitales contrata a las personas por preferencias políticas, de acuerdo a quien haya ayudado en la campaña del alcalde o del gobernador, y cambian de personal continuamente y los que iniciaban el proceso de implementación de la ruta salían y el que llegaba pues no le daba la información para continuar con ese proceso y así poco a poco se iban quedando con la información y con los avances que habían tenido las personas que salían del municipio.”

Entrevistado D7-1

Fase III. Interpretación fenomenológica: después de terminar las fases I descripción y II reducción fenomenológica, se pretende interpretar las experiencias que han vivido los líderes en el proceso de implementación de las RIAS.

Se encontró que para los líderes la implementación de las RIAS donde ellos son partícipes es un acto donde identifican cuatro actores: las entidades que participan donde incluyen el Ministerio de Salud, el personal que gestiona las RIAS, el personal que las implementa y la población que se cubre. Si bien identifican que el Ministerio ejerce funciones de acompañamiento, perciben que la interacción con los otros actores se caracteriza por ser distante, el acompañamiento no es suficiente ni pertinente y limitan la destinación de recursos financieros para la implementación completa de las RIAS. Por su lado, el personal que gestiona las rutas presenta deficiencias en habilidades administrativas, lo que afecta el manejo que deben hacer de los recursos financieros; también hay un trabajo desarticulado, así como desconocimiento de la evolución del sistema de salud, realización de contratación del personal según la afinidad política y poco conocimiento-empoderamiento de las RIAS; limitada consideración del contexto, características particulares de la población y la región donde viven. Manifiestan poco o nulo conocimiento de la población cubierta con la RIAS, y por lo tanto perciben que se no tiene en cuenta sus necesidades como, por ejemplo, la región geográfica rural apartada, desconocimiento de sus derechos en salud; es por esto que perciben que la población se ve enfrentada a un desgaste administrativo por el cual prefieren no hacer uso de las RIAS, renunciando a su atención.

Ante esta situación, se genera en los participantes sentimientos de dificultad para implementar las RIAS, impotencia para realizar gestión con recursos que necesitan, desesperanza al evidenciar el impacto de la politiquería y finalmente, sienten que se lleva a cabo una batalla donde los cuatro actores son los implicados, lo que finalmente termina afectando a la población que se esperaba impactar para mejorar su calidad de vida; todo lo anterior se une al sentir que, si bien la intención es que el sistema esté permeado por el modelo de atención en salud desde la creación de la RIAS con una mirada integral de atención enfocada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la medida en que este se va implementando, dicha intención cambia hasta llegar a un modelo económico-financiero dirigido por intereses particulares que finalmente afectan la respuesta de los líderes, la implementación, continuidad y cumplimiento del objetivo de las RIAS.

En la medida en que los cuatro actores conciben las RIAS desde un modelo integral, de promoción de la salud y se articulen en sus acciones según sus funciones, los líderes de proceso en las entidades sanitarias responderán con la gestión que les permita implementar la RIAS de una manera pertinente e integral.

La **Figura 1** muestra la interpretación fenomenológica mencionada en los párrafos anteriores.

Discusión

Este estudio, al tener una naturaleza cualitativa, permitió comprender aspectos de las experiencias que vive un grupo de líderes de proceso sobre la implementación de las RIAS, a continuación se plantea la discusión considerando los hallazgos y cómo estos se reflejan en publicaciones sobre el tema.

Los aspectos limitantes para los líderes de proceso en la implementación de las RIAS se perciben en la desarticulación de los actores en salud para la gestión y provisión de servicios contenidos en las rutas, viéndose comprometida la integralidad en la atención de las personas. En términos de integralidad, la política de salud asume la igualdad de trato y oportunidades en el acceso para las personas (principio de equidad) para consolidar “actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación”⁵. En ese sentido, los agentes deben gestionar acciones para lograr el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

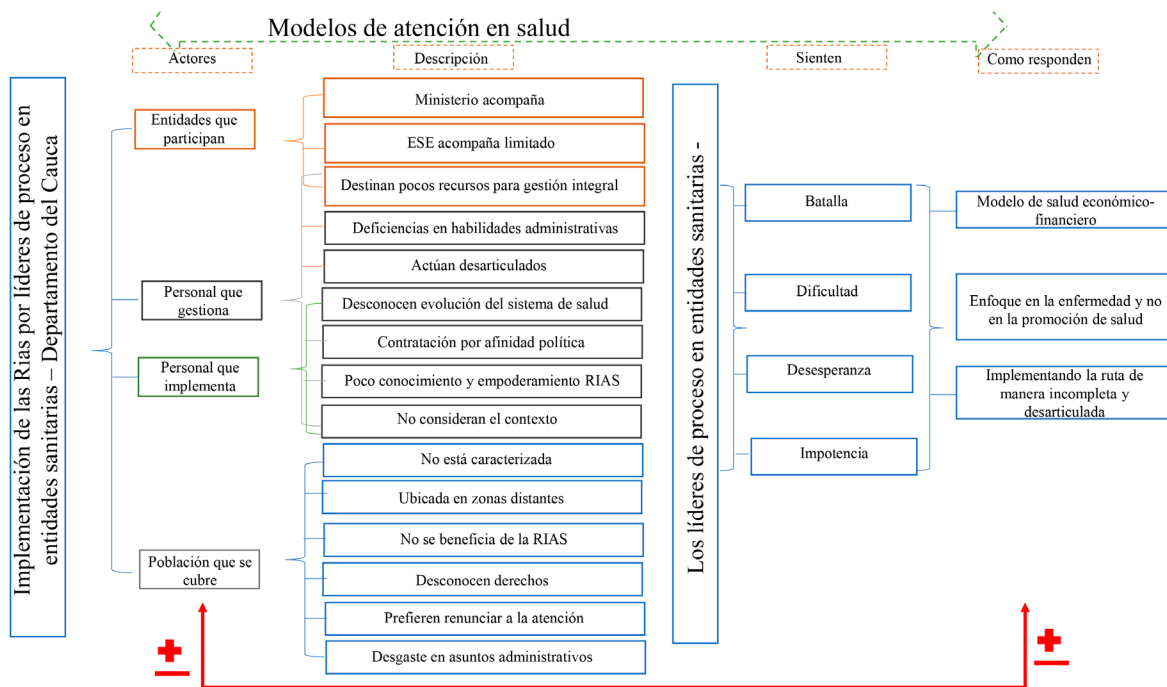


Figura 1. Interpretación fenomenológica. Elaboración de autores.

Los hallazgos sugieren que la desarticulación lleva a la discontinuidad de las acciones de gestión en salud, este aspecto coincide con lo que plantean Molina et al. donde tal desarticulación de los actores llega a afectar los resultados en salud, pues cada dependencia conforma políticas aisladas las unas de las otras²⁶. Tales afectaciones tienen que ver entre otras cosas, con los cambios de periodos gubernamentales, una debilitada autoridad sanitaria y capacidad para ejercer rectoría, fragmentación de funciones y una inefectiva gobernanza desde las autoridades del sector salud, desdibujando una política integral en salud y limitando el logro de metas comunes²⁷.

Sumado a estas limitaciones, el sistema de información en salud actual no se estructura desde los componentes técnicos de las RIAS generando un vacío en el avance de la dinámica de implementación y seguimiento. En la misma línea de los resultados, Roth y Bernal mencionan que el sistema de información en salud colombiano es desarticulado, segmentado y de baja calidad^{27,28}. Restrepo y López adicionan que a causa de estas limitaciones en la información “los organismos de vigilancia y control no aplican sanciones por incumplimiento en el reporte, lo que favorece la baja adherencia a la norma”²⁹.

Por otra parte, los participantes manifestaron el desconocimiento de las necesidades particulares de la población, las dificultades de acceso ocasionadas por la compleja geografía del territorio y la residencia en áreas rurales propias del departamento del Cauca, aspectos que limitan el uso de servicios y restringen la implementación de la ruta de manera integral y con la cobertura esperada. Los resultados son coincidentes con lo que describió Ayala, donde en estos escenarios existe una menor posibilidad de acceder a los servicios de salud¹⁴. Por otra parte, se describieron limitaciones relacionadas con la baja oferta de especialistas que, de acuerdo con la norma, forman parte de la atención integral en las RIAS; sin embargo, en los municipios su oferta es muy limitada o casi nula. Esta situación es coincidente con lo que plantea Ruiz et al, quien describe que la mayor disponibilidad de este talento humano se concentra en los grandes centros urbanos con presencia restringida en áreas rurales donde es un reto vincular y retener a los especialistas³⁰.

Los participantes manifestaron la afectación de los procesos de gestión de las RIAS, por los tipos de contratación de los profesionales y las condiciones laborales que llevan a una inestabilidad y continua rotación, viéndose comprometido el cumplimiento de la

norma. El proceso de continuidad en la implementación de las RIAS se ve restringido por el modelo de gestión que cada gerente asume, así como la continuidad del talento humano que lo opera. Molina et al. describieron hallazgos similares en un estudio de gestión del talento humano en salud pública en Colombia³¹, y otros autores evidencian adicionalmente que la contratación por periodos cortos afecta el logro del resultado en salud^{32,33}. De otra parte, se registra que la falta de personal idóneo y la interferencia de partidos políticos limitan la operacionalización de las RIAS, hallazgos similares a los de Roth y Molina en su estudio de gobernanza del sistema de salud en Colombia³⁴.

La fragmentación de los servicios de salud también limita el propósito de las RIAS, al recaer en las personas una serie de trámites para lograr el conjunto de atenciones y la posterior resolución de sus necesidades en salud; esta carga administrativa de ir de institución en institución podría hacer renunciar a las personas del uso de servicios. Estos hallazgos coinciden con lo que Vargas et al. describieron sobre la fragmentación en las redes de prestación de servicios y su inestabilidad en la provisión integral³⁵.

Aunado a estos condicionamientos para la atención integral, se suma un limitado conocimiento de los derechos de las personas en el marco de las RIAS y las intervenciones de cuidado según la norma que afecta la demanda de servicios y el aprovisionamiento de actividades de promoción y prevención en la población. Diferentes brechas relacionadas con estos hallazgos las describieron Abadía y Oviedo en el estudio de itinerarios burocráticos del sistema de salud³⁶.

Los líderes de proceso referencian tensiones al no encontrar una participación de manera activa de todos los actores involucrados para su operacionalización. Sienten que esas tensiones generan dificultades para la articulación de planes, programas y proyectos que se traducen en conflictos de las relaciones entre los actores en salud limitando el logro de los resultados. Las tensiones provienen además de la manera en que cada actor ve el propósito de la implementación de las RIAS, que puede ser desde una concepción a partir de la rentabilidad financiera y otros desde la conservación de la vida de las personas. Suarez et al. hallaron tensiones similares donde describen que aseguradoras y prestadores no comparten intenciones similares en el propósito de garantizar el derecho a la salud³⁷.

El modelo de salud que prevalece en la actualidad condiciona la percepción de los líderes de proceso,

ya que mencionan que en este predomina un modelo económico financiero de atributos asistencialistas y restringido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas definiciones de las características del sistema son compartidas por todos los actores en salud y los participantes reconocen que las dinámicas de la cotidianidad así lo corroboran. En la misma línea de nuestros resultados, Orozco describe cómo las inversiones en salud que se realizan desde las entidades territoriales también tienen un enfoque dirigido a lo curativo y no a lo preventivo³⁸; Molina et al. describieron atributos como el mercado y la competencia, que entran en contradicción con los objetivos de la salud pública y limitan la articulación intersectorial e interinstitucional³⁹ y Suarez et al. hallaron que muchos actores en salud consideran que en este sistema prima el interés financiero sobre el goce efectivo del derecho a la salud³⁷.

Los líderes de proceso consideran que existen vacíos en la formación y en las capacidades del talento humano en salud para la operacionalización de los elementos técnicos contenidos en las RIAS, así como espacios limitados para el desarrollo de competencias en los escenarios profesionales donde se desenvuelven. Hallazgos similares describieron Muñoz et al. donde el talento humano en salud pública de los niveles municipales evidencia vacíos en las capacidades y experiencia para el análisis de la situación de salud³², así mismo, se plantea por parte de Vargas et al. una formación limitada del talento humano que no favorece la implementación de un modelo basado en la atención primaria de salud³⁵ tal como lo define el marco estratégico de la política de atención integral en salud.

Conclusiones

Las experiencias relatadas por los líderes de proceso en la implementación de las RIAS dan cuenta que perciben un sistema de salud con limitaciones estructurales de origen normativo, estratégico y operativo para la dinamización de las rutas, en la que se manifiestan sentimientos de impotencia y desesperanza, así como dificultades y tensiones en el ejercicio de la implementación.

Estos implementadores manifiestan limitaciones operativas en el actual sistema sanitario referenciadas por procesos de atención fragmentados, debilidad del sistema de información, limitada oferta de especialistas, al igual que restringida asignación de recursos, situación que genera en estos profesionales sentimientos de frustración al no contar con un proceso eficaz, eficiente y efectivo.

Se revela en estas experiencias que los elementos del modelo de aseguramiento en salud que rige en Colombia limitan el logro de una atención integral, la cual es el fundamento del marco estratégico y operativo de las RIAS; prevaleciendo un modelo de carácter económico-financiero sobre un modelo basado en la atención primaria de salud que opere a partir de las necesidades y particularidades de las personas, familias, comunidades y el territorio.

Los participantes manifiestan que, en su experiencia en la implementación de las RIAS, la desarticulación entre actores sanitarios, las falencias en la gestión administrativa y la discontinuidad de procesos se debe entre otras cosas a la dinámica política, cambios en los periodos gubernamentales, la débil autoridad sanitaria y la intermitencia en la contratación del talento humano.

Agradecimientos

A la Universidad del Cauca y la vicerrectoría de investigaciones, por su apoyo en la designación del tiempo a los investigadores, a los profesionales que lideran los procesos de gestión de las rutas de atención desde los diferentes actores de salud del Departamento del Cauca.

Consideraciones éticas

La investigación se rigió por los principios éticos para proteger a las personas según la Resolución 8430 de 1993⁴⁰, la cual regula las investigaciones con humanos. Considerando que se realizaron entrevistas en profundidad y que no se realizaron intervenciones en los participantes, según el artículo 11, esta investigación fue catalogada como de riesgo mínimo para los participantes. Contó con el aval del Comité de Ética para la Investigación Científica de la Universidad del Cauca según acta N° 6.1 - 1.25/14 de 31 de julio de 2019.

A todos los participantes se les leyó y explicó el consentimiento informado, el cual fue aceptado y firmado. Posteriormente, se procedió a realizar la entrevista, la cual tenía una duración aproximada de 90 minutos, previamente autorizada para su grabación y transcripción en documento de texto digital para el respectivo análisis de la información. Las preguntas fueron orientadas a conocer las experiencias en la implementación de las RIAS en la entidad de salud que representaban.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Colombia, Congreso de la República. Ley N° 100, del 23 de diciembre de 1993. Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia; 1993.
2. Gutiérrez J, Restrepo R. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Sociedad y economía [Internet]. 2012; (23): 183-204.
3. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438, del 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia, 2011.
4. Colombia, Congreso de la República. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá: MSPS; 2021 (Citado en Mayo de 2021). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf.
5. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria No 1751 de 2015, del 16 de Febrero. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia; 2015.
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, del 17 de Febrero. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: MSPS; 2016.
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, 2 de agosto. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS. Bogotá: MSPS; 2018.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, 27 de Septiembre. Por medio de la cual se modifica la Política de atención integral en salud, y se adopta el Modelo de Acción integral Territorial MAITE. Bogotá: MSPS; 2019.
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015, 4 de Febrero. Por medio de la cual se dictan disposiciones de la Gestión de la Salud Pública y se dan directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá: MSPS; 2016.
10. Álvarez G, García M, Londoño M. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Rev CES Derecho [Internet]. 2016; 7(2): 106-125.
11. Suárez-Rozo L, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno L, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 34-50. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
12. Grupo de economía de la salud GES. Observatorio de la seguridad social. Universidad de Antioquia. Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. Medellín: UDEA; 2017.
13. Rodríguez-Villamizar L, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev Fac Nacional Salud Pública. 2016; 34(1): 88-95.
14. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso Bogotá: Banco de la República; 2014. p. 23-26. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
15. Gómez-Arias RD, Nieto E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2014; 31(4): 733-739.
16. Urrego J. Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. Avance en la construcción del Sistema Intercultural en Salud Propia e Intercultural-SISPI. Popayán: Samava Ediciones; 2018.
17. Gobernación del Cauca. Plan de desarrollo departamental del Cauca “Territorio de paz” 2016-2019. Popayán: Gobernación del Cauca; 2016. Disponible en: <http://sedcauca.gov.co/plan-de-desarrollo-departamental/>
18. Secretaría de Salud del Cauca. Informe de gestión procesos de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud 2016-2019. Proceso de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas. Popayán: Gobernación del cauca; 2020.
19. Perruchoud González S. La fenomenología según Merleau-Ponty: un camino de descenso hacia las cosas. Rev Filosofía. 2017; 42(1): 59-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5209/RESF.55447>
20. Dantas GD, Moreira V. El método fenomenológico crítico de investigación con base en el pensamiento de Merleau Ponty. Ter Psicol. 2009; 27(2): 247-257. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200010>
21. Lincoln Y, Guba E. Criteria for assessing naturalistic inquiries as reports. New Orleans; 1988 Apr.
22. Creswell J. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Oaks T, editor. California: Sage Publications; 2013.

23. Patton M. How to use qualitative methods in evaluation. London: Sage Publications; 1987.
24. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In J. Smith. (Ed.), qualitative psychology: A practical guide to research methods (pp. 53-80). London: Sage; 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776278.ch10>
25. Patton M. Qualitative research and Evaluation Methods. 3rd ed. London: Sage Publications; 2002.
26. Molina-Marín G, Álvarez-Ochoa P, Oquendo-Lozano T. La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. Rev Gerenc Polít Salud. 2014; 13(27): 62-85. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag>
27. Roth-Deubel A, Molina-Marín G. Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. Rev Salud Pública [Internet]. 2013; 15(1): 44-55.
28. Bernal O, Forero J. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. [Internet]. 2011; 10(21): 85-100.
29. Restrepo L, López M. Sistema de información para la calidad en salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente. Rev CES Salud Pública. 2015; 6(1): 54-64.
30. Ruiz F, Matallana M, Amaya J, Vásquez M, Parada L, Piña M. Recursos humanos de la salud en Colombia - 2008 "Balance, competencias y prospectiva". Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Tercera edición, Bogotá: MSPS; 2009.
31. Molina-Marín G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, Montoya-Gómez N, Vesga-Gómez C, Lagos- Campos N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. Rev Gerenc Polít Salud. 2016; 15(30): 108-125. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.gtsp>
32. Muñoz I, Higuíta Y, Molina G, Gómez L. Características de la gestión del talento humano en salud pública. En: Molina G, editor. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra Editores; 2013. p. 275-92.
33. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. Health Policy Plan. 2020; 35(8): 962-972. doi: [10.1093/heapol/czaa066](https://doi.org/10.1093/heapol/czaa066)
34. Roth-Deubel A, Molina-Marín G. Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. Rev salud pública [Internet]. 2013; 15(1): 44-55.
35. Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Ferreira da Silva M, Unger J, Vázquez M. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy Plan. 2016; 31(6): 736-748. doi: [10.1093/heapol/czv126](https://doi.org/10.1093/heapol/czv126)
36. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Soc Sci Med. 2009; 68(6): 1153-1160.
37. Suárez-Rozo L, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno L, Ramírez-Moreno. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16(32): 34-50. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
38. Orozco-Gallo A. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República Núm. 220. Bogotá: Banrep; 2015. Disponible en: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_220.pdf. Consultado en mayo de 2021.
39. Molina G, Ramírez A, Ruiz A. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano. El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra editores; 2013.
40. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Bogotá: MSPS; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.