



# Implementación de la Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019

Gladys-Amanda Mera-Urbano\*

Jorge Sotelo-Daza\*\*

Alejandra Arias-Gordillo\*\*\*

Recibido en noviembre 24 de 2020, aceptado en julio 23 de 2021

---

## Citar este artículo así:


Mera-Urbano GA, Sotelo-Daza J, Arias-Gordillo A. Implementación Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia. Promoc. Salud.* 2022; 27 (1): 67-85. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.1.6



---



## Resumen

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con sus marcos estratégico y operativo, busca ser garante del derecho a la salud en Colombia. Dado que la fase de implementación de toda política es considerada como crítica para el cumplimiento de los objetivos, resulta válida la mirada de actores en la cotidianidad laboral en salud de un territorio. **Objetivo:** describir el proceso de implementación de la PAIS percibido desde sus actores y las particularidades territoriales del departamento del Cauca. **Materiales y métodos:** investigación de perspectiva cualitativa que adopta el estudio de caso y como referente, el modelo analítico de Subirast. Se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas a líderes de procesos, se revisaron 47 documentos de planeación y se complementó información con un diario de campo. **Resultados:** el proceso de implementación de la PAIS permitió avances desde algunos elementos del marco estratégico y operativo, sin embargo, los participantes vivencian limitaciones en la adopción de la atención primaria, la autoridad sanitaria y la articulación de actores. El talento humano en salud es fundamental en la política, sin embargo, su permanencia en territorio es discontinua. **Conclusiones:** el limitado trabajo interinstitucional, las prácticas clientelares, la débil autoridad sanitaria y la falta de estructuras de gestión acorde a la PAIS, conducen a pensar en la necesidad de acrecentar capacidades y recursos para nivelar la comprensión y operación de estrategias contemplados en la política. Se insiste en la debilidad estatal para hacer efectiva la regulación, el control y la vigilancia de los actores en salud.

---

\* Enfermera, Magíster en Salud Pública, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: gladysmera@unicauca.edu.co.  orcid.org/0000-0002-3078-2301. 

\*\* Enfermero, Magíster en Salud Pública. Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: jorgesot@unicauca.edu.co.  orcid.org/0000-0003-3203-827. 

\*\*\* Enfermera Magíster en Administración de en salud. Universidad del Cauca, Popayán (Cauca), Colombia. Correo electrónico: alejarisgo@unicauca.edu.co.  orcid.org/0000-0002-7480-1201. 



## Palabras clave

Implementación de Plan de salud, Gestión en salud, Política de salud, Atención Integral de salud, políticas públicas de salud (*Fuente: DeCS BIREME*).

## Implementation of the comprehensive health care policy in Cauca: a case study 2016-2019

### Abstract

With its strategic and operational frameworks, the Comprehensive Health Care Policy (PAIS for its acronym in Spanish) seeks to guarantee the right to health in Colombia. Given that the implementation phase of any policy is considered critical for the fulfillment of its objectives, the perspective of actors in the daily health work of a territory is valid. **Objective:** To describe the process of implementation of PAIS as perceived by its actors and the territorial particularities of the Department of Cauca. **Materials and methods:** Research from a qualitative perspective adopting the case study and, as a reference, the Subirast analytical model. Fourteen semi-structured interviews were conducted with process leaders, 47 planning documents were reviewed and information was complemented with a field diary. **Results:** The PAIS implementation process allowed progress from some elements of the strategic and operational framework. However, participants experience limitations in the adoption of primary care, the health authority and the articulation of actors. Human talent in health is fundamental in politics. However, its permanence in territory is discontinuous. **Conclusions:** The limited inter-institutional work, the clientelist practices, the weak health authority and the lack of management structures according to PAIS, lead to think about the need to increase capacities and resources to level the understanding and operation of strategies contemplated in the policy. The weakness of the State to make effective regulation, control and surveillance of health actors is emphasized.

### Key words

Health Plan Implementation, Health Management, Health Policy, Comprehensive Health Care, Public Health Policy (*Source: MeSH, NLM*).

## Implementação da política atenção integral em saúde no Cauca: um estudo de caso 2016-2019

### Resumo

A Política de Atenção Integral em Saúde (PAIS) com seus marcos estratégico e operativo, procura ser garante do direito à saúde na Colômbia. Já que a fase de implementação de toda política é considerada como crítica para o cumprimento dos objetivos, resulta válida a olhada de atores na cotidianidade laboral em saúde de um território. **Objetivo:** descrever o processo de implementação da PAIS percebendo desde seus atores as particularidades territoriais do departamento do Cauca. **Materiais e métodos:** pesquisa de perspectiva qualitativa que adota o estudo de caso e como referente, o modelo analítico de Subirast. Analisaram-se 14 entrevistas semi-estruturadas a líderes de processos, se revisaram 47 documentos de planejamento e se complementou informação com um diário de campo. **Resultados:** o processo de implementação da PAIS permitiu avanços desde alguns elementos do marco estratégico e operativo, porém, os participantes têm limitações na adoção da atenção primária, a autoridade sanitária e a articulação de atores. O talento humano em saúde é fundamental na política, contudo, sua permanência no território é descontínua. **Conclusões:** o limitado trabalho interinstitucional, as práticas clientelistas, a fraca autoridade sanitária e a falta de estruturas de gestão acorde com PAIS, conduzem a pensar na necessidade de

acrescentar capacidades e recursos para nivelar a compreensão e operação de estratégias contemplados na política. Insiste-se na fraqueza estatal para fazer efetiva a regulação, o controle e a vigilância dos atores em saúde.

### Palavras chave

Implementação do Plano de saúde, Gestão em saúde, política de saúde, Atenção Integral de saúde, políticas públicas de saúde (*Fonte: DeCS BIREME*).

## Introducción

Colombia, cuenta con un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) concebido desde el año 1993, que pretende alcanzar una mejor cobertura, calidad en la atención y equidad; se define desde los principios de integralidad, universalidad, solidaridad, cobertura e igualdad (1). Fundamentado en el modelo de aseguramiento, su operación institucional, logra descentralizarse limitando el actuar del Estado, situación que apertura espacios a la participación de actores privados. Asimismo, delegó responsabilidades de la gestión en salud a los departamentos y municipios (2). El SGSSS definió actores, como las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre las cuales, se celebran contrataciones para la prestación de servicios de salud, desde una lógica del mercado. La función de rectoría, así como de vigilancia y control, continúa a cargo del Estado. Se definieron roles, competencias y responsabilidades para los actores, tanto en el nivel nacional, departamental y municipal (Ministerio de Salud, Secretaría de Salud Departamental y Municipal) a quienes se les ha asignado la responsabilidad de construir y gestionar las políticas, planes y programas de salud pública (3).

Desde esta lógica de operación del sistema de salud, se han descrito dificultades en el acceso a los servicios, ocasionadas por limitaciones económicas, barreras burocráticas de la

administración (4), barreras geográficas (5) e intereses particulares que buscan el lucro individual (6), descoordinación entre niveles de atención y desintegración de acciones en salud individuales y comunitarias (7). De igual manera, se registran dificultades en el direccionamiento del proceso de salud y limitaciones en el ejercicio de la autoridad sanitaria en el nivel local (8, 9). La limitación de los alcances en el propósito de la garantía del derecho a la salud, llevó a que el gobierno adelantara reformas a la política en salud. Para el año 2007, la Ley 1122 planteó ajustes en la dirección, financiación, fortalecimiento de programas a través del plan nacional de salud pública y funciones de inspección, vigilancia y control. Por su parte, la Ley 1438 de 2011, retomó la estrategia de atención primaria de salud (APS) como elemento para coordinar el sistema, el Estado, las instituciones y la sociedad, siendo la persona, el propósito de la gestión. La Resolución 1841 de 2013, promulgó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con una estructura que aborda los determinantes sociales de la salud y la reducción de la inequidad, para alcanzar el goce efectivo de la salud desde la autonomía, dignidad y libertad. En el año 2015, con la Ley Estatutaria en salud por medio de la cual “se regula el derecho fundamental a la salud”, se obliga al Estado a organizar un sistema coordinado y armónico. A partir de este elemento normativo, surge la Resolución 429 de 2016, que traza la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), estableciendo un marco estratégico y otro operativo, en busca de

articular los actores de la salud y en donde su propósito es alcanzar las mejores condiciones de salud de la población (10).

En el marco estratégico basado en la APS, su enfoque se da desde la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial. El marco operativo, fue concebido como el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), compuesto de diez elementos, entre ellos: caracterización poblacional, regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), delimitación territorial, redes integrales de prestadores de servicios de salud, redefinición del rol del asegurador, redefinición del esquema de incentivos, requerimientos y procesos del sistema de información, fortalecimiento del Talento Humano en Salud (THS) y el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento (10). Tres años después, y considerando una oportunidad de intervención pública por parte de las autoridades político-administrativas para legitimar el derecho fundamental a la salud, se ajusta el marco operativo de la política, arrojando como resultado: el modelo de acción integral territorial (MAITE) que reorganiza los elementos y define ocho líneas de acción para la dinamización en contexto de la política en salud (11).

Es importante mencionar que, una Política de Atención Integral en Salud basada en las personas, familias y comunidades, debe contener, todo lo necesario para resolver las problemáticas de salud existentes en la población (12). A varios años de ser promulgada la PAIS, se espera que tenga adaptaciones y avances en los territorios, a través de un entretejido entre actores, recursos, lineamientos institucionales específicos y propios, de los mismos ciclos de puesta en marcha de las políticas públicas.

Subirast (13), en su definición de las etapas del ciclo de políticas, la Implementación (precedida por las fases de definición política del problema público, programa de actuación político-administrativo, acuerdo político-administrativo y el plan de acciones), es considerada “como de las más complejas y críticas, dado que tiende a la realización concreta de los objetivos de una política pública e implica los procesos concernientes a la planificación y que son necesarios para llevar a cabo dichas actividades de ejecución”. Para Lozano citado por Rodríguez (14), dada la especificidad de lo público en las políticas, y en este caso, considerada la salud como un bien público, esta se involucra en la implementación de acciones legislativas y judiciales, y considera factores de cultura política, de organización y de movilización de sectores sociales, políticos, económicos y culturales, que entran en conflicto o que promueven proyectos de vida colectiva. Con la finalidad de dilucidar este tipo de aspectos en relación con la gestión de la PAIS en un territorio, se tomó como unidad de análisis al departamento del Cauca, situado en el suroccidente de Colombia entre las regiones Andina y Pacífica, teniendo en cuenta que dentro del plan de desarrollo departamental 2016–2019 (15), se evidenciaron aspectos relacionados con la PAIS para la gestión sanitaria. Se contó con un equipo de talento humano, recursos y liderazgo desde la Secretaría de Salud Departamental del Cauca (SSDC), en el acompañamiento a los 42 municipios, con el fin de alcanzar los propósitos del modelo en un territorio, con una amplia diversidad y existencia de diversos modelos de salud propios, donde históricamente no existen convergencias y/o trayectorias para la definición concertada de un proceso de cuidado de la salud sistemática y colectivamente construido que tome en cuenta las particularidades del territorio.

Como consecuencia, varios actores del sistema de salud en la cotidianidad de su desempeño laboral en el Cauca, para el período 2016 a 2019 asumieron la PAIS, y en ese conjunto de aprendizajes y acciones, se fueron materializando las estrategias de la política, alineándose o no, hacia el objetivo de la garantía de la salud como un derecho fundamental. Con el propósito de describir el proceso de implementación desde la experiencia de los actores del sistema de salud y contextualizado a las particularidades territoriales en donde se desarrolla la cotidianidad de la gestión sanitaria para el bienestar de la población caucana, se establece necesario revisar ¿Cómo se ha dado la implementación de la PAIS, mirada desde su marco estratégico (APS, cuidado de la salud, GIRS y enfoque diferencial) y operativo (MIAS) para el periodo 2016-2019, en medio de las dinámicas propias de los territorios del departamento del Cauca?

## **Materiales y métodos**

Para la realización de la investigación, se empleó el método de estudio de caso, toda vez que el fenómeno se centró en una política de salud en su fase de implementación por parte de varios actores dentro de la misma unidad político-administrativa: el departamento del Cauca, localizado al suroeste de Colombia y que para el año 2018 su población era de 1'243.503 habitantes, representando así el 3,03 % de la población nacional, y quienes se encuentran distribuidos principalmente en centros poblados y en la zona rural dispersa con un 62,72 % y el 37, 28 % restante se ubica en la cabecera municipal. Sus territorios hacen parte de las regiones Andina y Pacífica, representando el 2,56 % del territorio nacional, su división político-administrativa consta de 42 municipios y su capital es Popayán.

De acuerdo con Yin (16), el estudio de caso “se centra en un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente, cuando los límites entre el fenómeno y su contexto, no son claramente evidentes, por lo que se requiere de una perspectiva integradora en el diseño”. Asimismo, para Eisenhardt (17), un estudio de caso contemporáneo es “una estrategia de investigación, dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”. Es así que, a través del estudio de caso, se buscó conocer cómo se ha dado la implementación de la PAIS durante el periodo 2016-2019, en medio de las dinámicas propias de los territorios del departamento del Cauca, y en articulación con el Ministerio de Salud y las entidades del SGSSS. En este sentido, para conocer cómo ocurre desde múltiples perspectivas la implementación de la política en el departamento, se propuso un diseño basado en las premisas propuestas por Yin en estudios de caso, para esta investigación, se toma como referente el modelo analítico de Subirast (13), quien en su definición de las actividades que se realizan en la fase de implementación de una política pública, están: a. La constitución de una red pública, b. La estrategia de implementación y c. Las acciones concretas; de aquí que, la PAIS, recoge procesos normativos previos de planeación en salud, así como en la dinamización en territorio del marco estratégico y operativo de la misma. Desde esta perspectiva, se establece el marco de estudio, tal y como se describe en la tabla 1, permitiendo definir (según Yin), el diseño como un estudio de caso tipo dos, en donde la unidad de análisis principal corresponde a la implementación de la política y la dinamización de los marcos estratégico y operativo de la PAIS, las subunidades.

**Tabla 1.** Marco de estudio de la Implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en el Departamento del Cauca (Colombia).

Actividades en la fase de implementación de una política pública (Subirast 2008)	Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud	Dinámicas territoriales
Constitución de una red pública	Gestión nacional y territorial (Mecanismos de planeación integral en salud).	Sociales
Estrategia de Implementación	Estrategia APS con enfoque de salud familiar y comunitaria.	Políticas
Acciones concretas	Gestión Integral del riesgo Enfoque diferencial	Culturales

Fuente: Elaboración propia.

Para la recolección de la información relacionada con los constructos propuestos, se utilizaron diversas fuentes como la definición y protocolización de tareas, instrumentos y procedimientos, que permitieron asegurar la objetividad en función de la fiabilidad y la validez en la obtención de la evidencia. La selección de los entrevistados se realizó a través de una muestra teórica de acuerdo con lo planteado por Eisenhardt, permitiendo obtener información por medio de la elección de casos según el conocimiento existente del tema de estudio (17). Realizadas y codificadas las entrevistas, se dio por cumplido el criterio

de saturación en la entrevista 11, sin embargo, para limitar una falsa saturación, se procedió a realizar tres entrevistas adicionales. En la recolección de información, se emplearon múltiples fuentes, entre ellas, los textos transcritos de las entrevistas realizadas entre diciembre de 2019 a marzo del 2020 a 14 líderes de los procesos pertenecientes a diferentes actores del sistema de salud del departamento del Cauca (tabla 2). Para las entrevistas, se empleó una guía semiestructurada con preguntas orientadoras que fueron modificadas o ampliadas a medida del abordaje de los entrevistados.



**Tabla 2.** Composición del grupo de actores de salud entrevistados. Implementación de la política PAIS en el departamento del Cauca (Colombia) 2016-2019.

Actor	Años de experiencia	Roles/Cargos desempeñados (últimos años)	Formación
1	28	Gerencia ESE, Profesional universitario/especializado Líder aseguramiento EPS Indígena Dirección de hospitales	Maestría Salud Pública
2	13	Líder acciones colectivas ESE Popayán Líder gestión salud pública alcaldía Popayán Apoyo salud pública alcaldía Cajibío	MBA Salud – Brasil
3	14	Asesoría /secretarías de salud en 5 municipios	Especialización Auditoría en Salud
4	12	Líder Dimensión No transmisibles Líder plan decenal salud pública Secretaría de Salud Departamental	Especialización Administración en Salud
5	8	Coordinadora de Calidad ESE El Bordo	Especialización Gerencia de la calidad auditoría en Salud
6	20	ESE Guapi - Líder consulta externa y urgencias Consultor gestión de salud pública SS Cauca	Especialización Docencia Universitaria
7	26	Consultor gestión salud pública SS Cauca Líder programas de promoción y prevención SS Cauca Líder gestión salud pública SSDC Líder gestión salud pública alcaldía Popayán	Maestría Salud Pública
8	19	Coordinador Programas promoción y prevención ESE Indígena Consultor gestión de acciones individuales y colectivas	Especialización Administración en Salud
9	11	Líder plan de salud pública de intervenciones colectivas ESE Popayán Gestor de salud pública Alcaldía de Popayán	Especialización Gerencia de la calidad auditoría en Salud
10	10	Secretaria de salud en 4 municipios Gerente IPS	Magister Administración Salud
11	17	Auditoría en salud ESE Popayán Líder administrativo ESE C	Magister Administración Salud
12	16	Coordinador de punto ESE Sur Occidente Auditoría en salud Hospital San José	Magister Salud Pública/ Doctor Antropología
13	22	Coordinación programas SP-SSMpal Coordinación Punto de atención ESE Centro	Especialización
14	28	Gerencia ESE Sur Dirección de hospitales	Especialización

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se realizó la revisión documental de plataformas estratégicas de las 42 secretarías de salud municipales y de las EPS con cobertura en el departamento. Se consultaron y analizaron, a través de la aplicación de un instrumento diseñado con criterios normativos para la implementación de la política, 42 planes territoriales de salud municipal, 5 planes de desarrollo de Empresas Sociales del Estado (ESE) que acogen 18 municipios del Cauca. Se revisaron las observaciones transcritas en el diario de campo tomadas de la cotidianidad observada en los escenarios, municipios, donde se desarrollan las acciones de implementación de la PAIS y sus respectivos marcos. Shaw (18) indica que “la investigación conducida dentro del paradigma cualitativo, está caracterizada por el compromiso para la recolección de los datos, desde el contexto en el cual, el fenómeno social ocurre naturalmente”.

La información producto de las entrevistas, fue analizada de forma inductiva, realizando lectura y relectura de las transcripciones y notas de campo, en donde se emplearon códigos para la organización de los datos, permitiendo su comparación, y de donde emergieron categorías que facilitaron la relación con los constructos del marco teórico de la investigación. Durante la fase inicial del análisis inductivo se grabaron las entrevistas y se transcribieron junto a las notas del diario de campo, permitiendo la familiarización con los datos, estructuración y organización en las dimensiones y categorías. En la etapa del foco de análisis, para favorecer la comprensión del

problema, el trabajo se centró en los aspectos de interés que permite la triangulación, mediante la concentración de los datos provenientes tanto de las entrevistas como de las notas de campo y de los documentos revisados, esto con el fin de determinar diferencias y similitudes con lo descrito en el marco teórico. Para el análisis a profundidad se interpretaron las relaciones entre la información codificada manualmente y organizada en las categorías de acuerdo con los constructos teóricos del marco, permitiendo reconocer en los territorios la forma de implementación de la política y sus marcos estratégico y operativo, desde la ejecución por diferentes actores del sistema de salud. Finalmente, con los investigadores y entrevistados, se realizó una presentación del análisis logrado para identificar que los hallazgos reflejaran las perspectivas del fenómeno observado.

Esta investigación, contó con aval del Comité de Ética para la investigación científica de la Universidad del Cauca, según acta número 6.1-1.25/4 del 31 de julio de 2019, en tanto se ajustó a la normatividad vigente.

## Resultados

Inicialmente, codificada la información, se muestra en la tabla 3 la relevancia de temas primarios que permean la implementación en territorio de la PAIS, desde la percepción de los líderes de los procesos de los diferentes actores del sistema en salud.



**Tabla 3.** Relevancia de temas primarios según relatos de entrevistas.

Tema	Total
Talento humano/Actores	47
Normatividad y prácticas estatales	24
Prestación de servicios	22
Mesas técnicas MIAS-RIAS-	15
Gobernanza Secretaría de salud Departamental	15
Participación comunitaria y social	14
Enfoque diferencial étnico	9
Prácticas clientelares	9
Financiamiento	7
Resultado de la implementación	6
Intersectorialidad	6
Inestabilidad por cambios en alcaldía	5
Gestión en prestación de servicios salud - lógica mercantilista	5
Voluntad política	5
Retos	5
Gestión en servicios en salud reto Secretaría de Salud Dptal	4
Interinstitucionalidad	4
Alteración de la noción de función pública	3
Conflicto armado y violencia como limitantes para el TH y PS	3
Sistemas de información para seguimiento e impacto	3
Debilidad en adopción de SP por pandemia	2

Fuente: Elaboración propia.

El cruce entre categorías teóricas y los temas emergentes facilita la presentación de resultados que, para el caso del presente artículo, se desarrolla parcialmente por efectos de limitación en el contenido

publicable. El esquema propuesto (tabla 4), se realiza conforme a las recomendaciones establecidas por Subirast, acerca de la implementación de una política pública en salud (13), y se acompañarán de los hallazgos

más representativos de las entrevistas semiestructuradas realizadas, así como del procesamiento de los 47 documentos revisados. De esta manera, la información se presenta primero en relación con la constitución de una red pública, seguida de la estrategia de

implementación y las acciones concretas, y como componente emergente, se propone, desarrollar la normatividad y prácticas estatales, como principales subunidades de análisis.

**Tabla 4.** Marco de análisis de la Implementación de la política PAIS en el Departamento del Cauca (Colombia).

Actividades en la fase de implementación de una política pública (subirast, 2008)	Categorías primer nivel de análisis	Temas primarios de los relatos de actores	Categorías emergentes
<u>Constitución de una red pública</u> Mecanismo organizacional	Planeación y gestión territorial (Mecanismo organizacional departamental) Planeación en salud (Insumos)	Normatividad y prácticas estatales Participación comunitaria y social Gobernanza	
<u>Estrategia de Implementación</u>	Desarrollo del talento humano en salud Articulación, reorganización de servicios	Talento humano/Actores Prestación de servicios Sistemas de información para seguimiento e impacto	Prácticas clientelares Alteración de la noción de función pública Conflicto armado y violencia como limitantes para el talento humano y PS
<u>Acciones concretas</u>	MIAS- RIAS Diferenciación poblacional (Modelo intercultural) Diferenciación territorial	Mesas técnicas Enfoque diferencial étnico Resultados - Retos	

Fuente: Elaboración propia.

### **Constitución de una red pública. Mecanismo organizacional**

La PAIS y su Modelo Integral de Atención en Salud en su esencia implican un abordaje interinstitucional, por tanto, y de manera intencionada, la implementación significó poner en común un punto de partida para su aplicación. De acuerdo con los entrevistados,

para el fomento de capacidades en salud pública en el nivel departamental, se usó la dinámica de mesas sectoriales conformadas desde la Secretaría de Salud Departamental del Cauca (SSDC), con grupos de facilitadores y funcionarios directivos y operativos, conllevando a que en la revisión de las directrices ministeriales se avanzara en un cambio de mentalidad hacia una integralidad,

donde el centro son las personas, tal y como reza la política, y no los programas ni los prestadores ni los procesos curativos ni los planes de salud, al menos no concebidos de manera fragmentada como secuela de la Ley 100 de 1993. En palabras de los actores “[...] pasar de la dimensión en salud, a la transversalización y a la inclusión de enfoques y planes articulados...” (ENT, 04), esto significó la redefinición de funciones, pese a algunas resistencias al cambio. El encuentro de los agentes de salud para capacitarse, pero también para reflexionar y debatir, fue una estrategia ampliamente valorada por los entrevistados, y para el caso de la SSDC como ente territorial, condujo a la necesidad de ajustes institucionales

*[...] revisar qué significaba asistencia técnica para la secretaria, qué significaba el trabajo operativo de campo, cuáles eran los actores con los cuales había que intervenir, qué elementos deberían incorporarse de trabajo operativo... no solamente se diese exclusivamente lo de la dimensión si no que se pudiese ver otras acciones y otros actores ... ahí se empieza a ver el trabajo e involucramiento con participación de redes comunitarias, secretaria departamental, alcaldías, procesos étnicos y organizativos... (ENT, 01).*

Los entrevistados manifestaban diversas maneras de comprensión del marco estratégico y operativo de la política, limitando la definición de acciones para alcanzar un mismo fin “[...] muchos actores que nos decían: nadie sabe qué hay que hacer y puede ser que sí, que realmente nadie tenía claro el paso a paso, eso desestabilizaba a veces...” (ENT, 04). La estrategia de Atención Primaria en Salud, no se consolidó como insumo técnico para la gestión de la política de salud, a pesar de

ser establecida como tal por el Ministerio, de hecho, la definición dada por los entrevistados, no se concebía según su carácter conceptual.

*[...] en el papel pues está muy claro ... Lo que se busca es un modelo de Atención Primaria en Salud, pero en la práctica no se ve, en la práctica sabemos que no hay y no están las condiciones para que las instituciones trabajen en torno a un modelo de APS ... el sistema no está económicamente creado para que ellos se vuelquen a hacer actividades en ese marco ... las EPS igual, están ahí en un estancamiento, en hacer lo de siempre porque lo que prima es el factor económico... (ENT, 06).*

El rol de las alcaldías como autoridades locales en quienes se delega la salud de la población parece desdibujado, comprometiendo la autoridad sanitaria y en donde muy pocos entrevistados, hacen reconocimiento de un acompañamiento a través de secretarías de salud competentes “[...] secretarios de salud, la clave está en estos funcionarios, en sus capacidades técnicas, administrativas, de liderazgo. Muchas veces se deben dedicar a lo urgente y no a lo importante. En ocasiones es un ejercicio rutinario, de quejas, de tareas, que no permite encontrar el sentido de lo que realmente debe cumplirse...” (ENT, 06).

### **Estrategias de implementación: Planeación en salud y Talento Humano**

La revisión documental de los actores en salud (42 alcaldías, 5 empresas sociales del Estado y 10 EPS) mostró una limitada incorporación de procesos de gestión de la salud pública y de las líneas operativas planteadas en la política de salud (Res. 518 2015; Res. 429 2016), dilucidando estructuras desactualizadas y perspectivas de corte administrativo más que de salud pública y de atención integral.

Los planes de mejoramiento para la implementación de la política estaban circunscritos a aspectos contingentes relacionados con la prestación de servicios individuales y con la ejecución de acciones colectivas. Por otra parte, los planes territoriales de salud incluían la realización de acciones específicas de dimensiones del plan decenal de salud pública con una limitada definición técnica de indicadores, dificultando el proceso de monitoreo y evaluación de las dinámicas de implementación de la política. El proceso de implementación tomó en cuenta los análisis de situación de salud, la estrategia PASE a la Equidad, los planes territoriales de salud y los planes de intervenciones colectivas (PIC). La revisión documental mostró que buena parte de los municipios publican vía web resultados de estos ejercicios, indicando información de las dinámicas poblacionales que apoyan la toma de decisiones en el nivel local. Sin embargo, las acciones quedan limitadas a actividades propias del sector salud, restringiendo la incorporación de aspectos socioculturales que denoten acciones más amplias para fortalecer el ajuste de estilos de vida, así como el mejoramiento de la prestación de servicios y el acceso a una atención integral. Asimismo, entre los entrevistados se resalta la desarticulación de los actores del sector manifiesta que:

*[...] Todo lo que es la planeación ... yo, si tengo un lugar hacia dónde ir, si conozco mis funciones con la planeación... intento llegar allá, pero la desarticulación es terrible, en el municipio estamos todos los de salud pública... ni siquiera mis cosas las articulo con las de acá porque yo ni sé qué hace mi compañero ... y mucho menos con los de la alcaldía ... uno ve cómo la administración municipal funciona tan desarticulada ... desde la parte interna hasta la parte externa... (ENT, 02).*

Se reitera la importancia de la articulación al momento de realizar acciones enmarcadas en la APS y la gestión del riesgo, como estrategias de la implementación de la política: *“[...] Esa articulación que no ha sido prioritaria en salud, a veces pienso que los de salud siempre pensamos que podemos hacerlo todo solos ... y nos cuesta mucho trabajar con otras personas, con otros procesos, con otros sectores ... el MIAS nos llamó a eso... el MIAS dijo muy claro: solo no lo puedes hacer... dio como esa esperanza ...estamos re mal pero hay una esperanza ...” (ENT, 011).*

Desde el sector administrativo de la salud del departamento es fundamental conocer el papel y el rol que se le ha otorgado al talento humano en salud (THS). Es así como uno de los líderes desde su experiencia en secretarías manifiesta: *“[...] El Cauca tiene una fortaleza muy importante y es las personas. Yo puedo dar fe de eso, creo que la gente en términos generales quiere y lucha por sus cosas cuando son trabajadores de la salud, se entusiasman; he visto muy buenos médicos, auxiliares de enfermería, psicólogas, enfermeros con el gusto por el trabajo con las comunidades...” (ENT, 03).* De igual manera y en gran parte de las entrevistas realizadas, el THS, es considerado de alta relevancia para el proceso de implementación de la PAIS, y se refieren con mucha frecuencia a él como un actor clave del proceso, sin embargo, hay aspectos que pueden afectar la dinámica de gestión como los aspectos clientelares *“[...] el concepto político...se ha metido dentro de la salud pero de una forma desgraciadamente muy electorera, muy politiquera; y eso hace que el administrador de la salud llámese gerente, director, etcétera, ... si tiene unas discrepancias ideológicas, políticas con el alcalde o con el gobernador, pues no fluye la salud...” (ENT, 014).* *“[...] Yo no soy política y mucha gente en los municipios que entra a trabajar es porque está en política...”*

*se convierte en un círculo vicioso... hay malos pagos, no hay continuidad...*” (ENT, 03). La voz de otro actor con amplio desempeño en secretarías de salud de varios municipios, deja ver la insatisfacción en los procesos de planeación:

*[...] Cuando uno hace ejercicios de planificación, se da cuenta que sigue cometiendo muchos errores...en últimas con metas muy similares cuando los contextos son diferentes[...] el tiempo para su adopción, formulación y operatividad...un año como es político que están en el afán de poder elegir nuevamente las personas que van a conducir el territorio, realmente usted tiene son dos años para fortalecer, pues uno es de proceso y en dos años usted no puede realmente presentar resultados...* (ENT, 06).

### **Acciones concretas: Gestión Integral del riesgo y Enfoque diferencial. La perspectiva étnica clave para el departamento del Cauca**

La GIRS resultó para los entrevistados una delegación específica del modelo de salud para cada actor. Este elemento de la política se complementa con la dinamización de las RIAS que integran acciones individuales y colectivas, que fortalecen la promoción de la salud, así como la detección temprana y la protección específica. La adopción de la RIAS ha permitido pasar de la “foto y la lista” a procesos de gestión más estructurados «*[...] les dio muy duro, antes había actividades formuladas por la ESE según su conveniencia y contratación y desarrollo de actividades ... con listas abiertas...con los famosos informes, con los registros fotográficos, sin articulación o realmente sin respuesta a las necesidades poblacionales...*” (ENT, 02). En este mismo sentido, otro de los entrevistados destaca que

*“[...] con la normatividad hay cambios, con la imperiosa necesidad de trabajar procesos educativos con las comunidades, que lleva más tiempo...”* (ENT, 012). Este precepto que pareciera de fácil ejecución tiene sus retos. Desde la mirada de un actor, obliga a un acercamiento intrasectorial operativo:

*[...] Entonces, la EPS dice que la IPS no hace, y la IPS dice que la EPS no me entrega las bases de datos, y la entidad territorial dice yo reviso y no hay nada, no hay resultados. Los indicadores del municipio se ven cada vez más hacia abajo y no se logra mejorar. Empezando a hacer ese tipo de diálogos con la nueva normatividad, se empieza a llegar a algunos acuerdos; en algunos sitios hay más facilidad, también depende de quienes estén, de la actitud de las personas que dirijan cada sector...»* (ENT, 013).

Si bien los anteriores aspectos son destacados en la implementación de la política, la percepción de un entrevistado se centraba en el fortalecimiento de la interinstitucionalidad como bondad de la PAIS, insinuando que esta misma fortaleza está supeditada a la actitud de los funcionarios en salud, “*[...] también depende de quienes estén, de la actitud de las personas que dirijan cada sector...*” (ENT, 013). Más aún, de manera explícita también se cuestiona la medición de la efectividad de la política a partir de indicadores de gestión no específicos según rol de cada actor “*[...] cómo articularse bajo un mismo indicador de gestión, si el mismo sistema de salud está establecido con intereses diversos: teniendo en cuenta que las prioridades de los actores a veces son excluyentes entre sí y más aun cuando las EPS se enfocan en lo económico, la comunidad en la rentabilidad social y nosotros las IPS en la venta de servicios...*” (ENT, 012). Esta apreciación sobre las



desventajas de continuar bajo un modelo con énfasis mercantilista es expresada por varios entrevistados.

Otra práctica estatal cuestionada es la relacionada con la lentitud de la normativa para trascender del modelo de atención integral en salud, derogado en el 2019, al modelo de acción integral territorial (MAITE), generando una percepción de “desgaste” en voz de los entrevistados, e incluso resulta negativo, al considerarse un cambio inesperado. En palabras de tomadas de una entrevista realizada, al actor, le sorprende que “[...] *el Ministerio no da continuidad ni fortalece sus propias iniciativas, por ejemplo, AIEPI y ahora con lo del MAITE...*” (ENT, 08). Sobre este aspecto varios entrevistados hicieron referencia en el mismo sentido. La restricción de contar con un sistema de información acorde a la estructura de la política de salud genera limitaciones en el proceso de monitoreo y seguimiento, viéndose afectada la toma de decisiones en los procesos de gestión “[...] *la posibilidad de tener un buen sistema de información que le permita a usted tomar decisiones porque yo veo que hay diversas plataformas ... contamos con mucha información pero no la estamos utilizando para tomar decisiones ... deberíamos de unificar todos los sistemas de información y con variables que sean claras que me digan cómo está realmente la situación...*” (ENT, 07).

Asimismo, es clave para la dinamización de la política, la puesta en marcha del enfoque diferencial, propuesto en el marco operativo a través de la prestación de servicios en un departamento pluriétnico y multicultural, como lo es el Cauca. Sin embargo, entre los sujetos participantes del estudio, se observa una confluencia en la apreciación sobre los avances, en especial, en algunos grupos étnicos quienes interactúan directamente con el nivel nacional, y poco, en el departamental “[...] *dado que hay confusiones en lineamientos,*

*que desconocen los que está pasando en los territorios étnicos sean afro, indígenas o campesinos...*” (ENT, 01). Es así, que se atribuyen avances en este campo dado que “*existen EPS e IPS indígenas, que han facilitado las articulaciones internas...*” (ENT, 013). Sobre las particularidades en relación con la accesibilidad y con las características socioculturales en medio de la diversidad de conflictos, la entrevista a otro actor habla de la necesidad de realizar adaptaciones “[...] *un modelo con énfasis diferencial para zonas del Cauca, por ejemplo, hay regiones que culturalmente han adoptado la violencia, la cultura de lo ilegal (minería, narcotráfico) ...*” (ENT, 08).

## Discusión

De acuerdo con los relatos obtenidos desde la naturaleza cualitativa que caracteriza este estudio, se describen experiencias de un grupo de profesionales que hacen parte de los actores del sistema, que viven en la cotidianidad, procesos de implementación de la PAIS en el departamento del Cauca. A continuación, se plantea la discusión tomando en cuenta los hallazgos, y su relación con el material publicado acerca del fenómeno investigado.

### Constitución de una red pública. Mecanismo organizacional

Para entender el trasfondo de la constitución de una red pública como actividad inicial de la implementación de una política en salud, es necesario conocer el objetivo trazado por la PAIS, que busca “orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación e intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales, responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y



paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad”, alineado con el deber del Estado, que se relaciona con la necesidad de “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” (19). Esta política, exige la interacción coordinada de las entidades territoriales que gestionan la salud pública, de las EPS y de las IPS, a través de la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud y del plan decenal de salud pública (Resolución 429 de 2016). Es así como desde la Secretaría de Salud departamental del Cauca se realizó un proceso de acompañamiento a los actores del sistema en el marco de la adopción de la PAIS, ejercicio que mostró relevancia para la dinamización de las acciones, y que está relacionado con lo descrito por Molina et al. (20) en su estudio sobre gobernanza, donde refuerza que la acción en salud pública, requiere de personal idóneo para asegurar el logro de resultados y metas en el sector salud.

A pesar de contar con una buena experiencia en el proceso de asistencia técnica para la implementación de la PAIS, la autoridad sanitaria se ve comprometida, lo que denota una débil capacidad rectora desde las entidades territoriales locales y regionales para la consolidación en territorio del marco operativo y estratégico de la PAIS. Esta situación está determinada por aspectos como la baja capacidad técnica de algunos profesionales, la limitada armonización de elementos de la política y la desarticulación de procesos al interior de las entidades (proceso organizacional), así como en la articulación de los demás actores. Similares hallazgos fueron presentados por Roth-Deubel et al. (21), donde describieron una capacidad de rectoría limitada y una inefectiva gobernanza en la salud pública por parte las autoridades en salud.

La tardía promulgación, la proliferación de normas y sus diversas interpretaciones conducen a distorsiones de los aspectos procedimentales en la implementación de la política. Asimismo, la vinculación de estrategias poco prácticas en la atención integral genera dificultades en la incorporación de un proceso donde converjan los diferentes actores. Este aspecto ya ha sido referido por Suárez-Rozo et al. (22) en su estudio sobre la crisis del sistema de salud colombiano, donde la polución normativa, así como la inconsistencia temporal de las normas y la información incompleta, generaban incertidumbre, confusión y poca integración en el sistema de salud.

El marco estratégico de la política en salud, se fundamenta en la APS (10) como elemento que fomenta la armonización y articulación del aseguramiento, la prestación de servicios y la salud pública, basándose en las dinámicas poblacionales en lo que a salud respecta. De acuerdo con los entrevistados, con la revisión documental y con la observación, hay serias limitaciones en la adopción de esta estrategia para la gestión de la PAIS, a pesar de ser un lineamiento establecido en la norma. Hallazgos similares describieron Molano-Builes et al. (23) en los que encontraron que, en Colombia, el desarrollo de la APS tiene limitaciones tanto en su apropiación como en la materialización de la política pública, debido principalmente a una estructura de gestión basada en el modelo de aseguramiento. Es así como la política y sus marcos estratégico y operativo, proporcionan elementos que se traducirían en un ajuste a las dinámicas de corte asistencialista, con las que opera el sistema de salud en Colombia, desviando la mirada hacia las personas, familias y comunidades, y no hacia las instituciones de salud. El modelo de salud peruano, de características similares con un enfoque de salud familiar y comunitario, ha logrado integrar los niveles de atención, alcanzando avances en el acceso y control

exhaustivo del sistema mejorando la atención integral (24).

### **Estrategias de implementación: Planeación en salud y Talento Humano**

La planeación en salud adquiere una gran relevancia para la dinamización del marco estratégico y operativo de la PAIS, si bien los actores llevan a cabo diferentes acciones que indican procesos de gestión de la salud pública para una atención integral, la mayoría adolecen de plataformas estratégicas o procesos sistemáticos que direccionen los elementos técnicos definidos por el Ministerio de Salud para la materialización de la norma. La gestión de la salud, en varios escenarios institucionales, se lleva a cabo de manera contingente. Hallazgos similares coinciden con lo reportado por López et al. (25), quienes describieron deficiencias administrativas en entidades sanitarias de Colombia. La desarticulación al interior de las instituciones sanitarias, se identificó como una limitante en el proceso de implementación de la PAIS. La cual, puede estar dada por deficiencias en las competencias del talento humano, en los procesos de gestión no sistemáticos, en la complejidad, exceso y dificultades para la interpretación de la normatividad, descontextualización de las dinámicas locales, entre otros. Al respecto Roth-Deubel et al. (21), insisten en la necesidad de fortalecer la articulación y la cooperación entre los actores del sistema. De igual manera, Yepes et al. en 2008 (26), plantearon como reto para continuar con la implementación de la PAIS en Colombia, la articulación de todos los actores involucrados a nivel local, regional y nacional, además de una adecuada acción de las autoridades sanitarias, de las EPS e IPS. Guzmán et al. (27) hallaron varios aspectos del talento humano que condujeron a la desarticulación, entre ellos,

la intermitencia, la falta de comunicación asertiva y la desarticulación nacional y territorial.

Frente al proceso de contratación y articulación del THS hay inconformismo. Son evidentes las problemáticas que van desde el limitado personal que apoya la implementación de la PAIS, las diferencias contractuales que existen al momento de la distribución de cargos y funciones, hasta la falta de articulación entre el mismo personal existente. Este aspecto, considerado clave en la implementación de la política, va en la misma línea de los resultados de algunas investigaciones, Molina-Marín et al. (20), describieron que las condiciones laborales del personal vinculado a los servicios de salud pública eran problemáticas, ya que predominaba una contratación cortoplacista. Brito et al. (28), refieren que las limitaciones en la planificación del THS, se relacionaba con la calidad en el desempeño de los profesionales y por ende de las instituciones sanitarias. La influencia de prácticas clientelares en las dinámicas de gestión de la política de salud, ya sea para la contratación de THS o para la ejecución de acciones, incide sobre la materialización de procesos en el Cauca, hallazgos similares encontraron Raigosa-Mejía et al. (29), donde partidos políticos e interés de agentes privados, interfieren con los procesos de gestión de la salud, limitando el desarrollo de programas y proyectos del sector. En ese mismo sentido, describió prácticas corruptas con los recursos asignados para la salud pública.

### **Acciones concretas: Gestión Integral del riesgo y Enfoque diferencial, la perspectiva étnica clave para el departamento del Cauca**

Las RIAS se observan por parte de los entrevistados como uno de los elementos más importantes para materializar la política de salud y dar respuesta a la gestión del riesgo.

Su implementación requiere trascender de aspectos meramente asistencialistas, a lograr una continua interacción con las personas en otros escenarios donde se desarrolla la vida, dando prioridad a la promoción de la salud. La adopción de estas disposiciones, requiere de un ajuste en la gestión que trascienda aspectos meramente financieros y del aseguramiento. Rodríguez Villamil et al. (30), catalogan el sistema de salud colombiano como un contexto adverso para la promoción de la salud, por la operación de una lógica mercantilista.

de acuerdo con los entrevistados, la interinstitucionalidad es un asunto transversal para el logro de disposiciones normativas y la atención integral; Molina-Marim et al. (19), en términos similares, hace referencia a la importancia de la cooperación y la articulación interinstitucional, como esenciales para la gestión en salud pública, sin embargo, este aspecto es limitado en la cotidianidad y solo se registran algunas experiencias, que además, se dan en el corto plazo.

En el proceso de evaluación de la política de salud y la atención integral, se aprecian dificultades procedimentales al no encontrar propósitos comunes entre los actores de salud (EPS, IPS y comunidad) que el mismo sistema establece. Molina-Marim et al. (20), describieron aspectos similares donde las EPS buscan reducir costos y mejorar rentabilidad, mientras que los prestadores, desean conservar la vida de las personas, generando una contradicción que apunta en direcciones diferentes.

Al no contar con un sistema de información centralizado que incluya las variables y las categorías de las dinámicas de implementación de la PAIS, el seguimiento a los procesos se ve restringido, limitando su ciclo de mejora continua; estudios previos apoyan este hallazgo (31, 22), evidenciando que en el sistema de información en salud

colombiano y otros países latinoamericanos (31), existe desarticulación, fragmentación y segmentación con serias restricciones para brindar datos actualizados, catalogando al sistema de baja calidad o ineficiente (32).

La perspectiva étnica, un componente diferencial de la política de salud, presenta limitaciones en la incorporación al sistema de salud regional. La puesta en marcha del sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI), ha dado pautas para realizar ajustes interculturales entre los actores, sin embargo, no se evidencian avances considerables en este propósito, a pesar de la presencia de varias organizaciones indígenas que gestionan el proceso en el Cauca. Aguilar-Peña et al. (33), mencionan que estos modelos han sido menospreciados por la ciencia, sin embargo, actualmente los estudios interculturales, han aportado al reconocimiento de estas propuestas y ha surgido la necesidad de incluirse en el sistema de salud, donde además se requiere voluntad política, una estructura técnica que la fundamente y formación del talento humano.

## Conclusiones

La conformación de una red pública, que desde la perspectiva de Subirast busca afianzar la articulación y apropiación de la política, tendría confluencia con el mismo fin de la APS, como directriz rectora de la PAIS, sin embargo, se percibe como no consolidada, ya que se reconoce que aún se avanza en el afianzamiento de la intrasectorialidad.

Si bien se percibe que tanto el MIAS como las RIAS son esperanzadoras y pertinentes, las estrategias de implementación de esta macropolítica y sus acciones concretas para el Cauca encuentran limitado trabajo interinstitucional, prácticas clientelares, débil autoridad sanitaria y la falta de estructuras de

gestión acorde a la PAIS, lo que conduce a pensar en la necesidad de acrecentar capacidades y recursos para nivelar la comprensión y operación de estrategias contemplados en la política. Se insiste en la debilidad estatal para hacer efectiva la regulación, el control y la vigilancia de los actores en salud.

**Limitaciones:** por la naturaleza cualitativa del estudio, los resultados solo aplican al departamento donde se llevó a cabo.

La existencia de pocos estudios de este tipo limitan la validez externa.

**Agradecimientos:** a la Universidad del Cauca por los tiempos de los docentes asignados para este proceso investigativo y a cada uno de los participantes, quienes con su apertura y gran experiencia aportaron a esta investigación.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*. 1987; (15):6-28.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial. n.º 41148 23 de diciembre de 1993, Bogotá).
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (Diario Oficial n.º 44.654. 21 de diciembre de 2001, Bogotá).
4. Ministerio de Salud y la Protección Social (MinSalud). Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS. Informe Final. Bogotá D.C.; 2017.
5. Garzón Manquillo EE, Arias Gordillo A, Muñoz Ángel YM. Acceso a los servicios de salud en zonas de posconflicto. Departamento del Cauca (Colombia). *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2019; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e12160>
6. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24 (3):210-16.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia: Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá D.C., MinSalud [Internet]. 2016 [Citado el 07 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3Ho5H4N>
8. Álvarez Salazar GJ, García Gallego M, Londoño UM. Crisis de salud en Colombia: limitando el acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*. 2016; 7 (2):106-2.
9. Organización Panamericana de la Salud, USAID. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. Edición Especial No. 17. Washington, Organización Panamericana de la Salud; 2007. 2016 [Citado el 12 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Rectoria\\_ASN\\_Lecciones\\_Aprendidas\\_Rectoria\\_Conduccion.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Rectoria_ASN_Lecciones_Aprendidas_Rectoria_Conduccion.pdf)
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud Colombia. (17 de febrero de 2016, Bogotá).
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se Modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial - Maite. (27 de septiembre de 2019, Bogotá).
12. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*, capítulo 9. 2007.

13. Subirats J. Análisis y gestión de políticas públicas [Internet]. 2008. [Citado el 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/PoliticasyPublicas/QL-J7mu211L.pdf>
14. Rodríguez C. Análisis de la implementación de la política pública de seguridad ciudadana en Bogotá (1995-2015) [Tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2018.
15. Gobernación del Cauca. Plan Departamental de Desarrollo 2016-2019 “Cauca para la paz”. 2016.
16. Yin R. Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods. Vol. 5. 2nd ed. Lugar de publicación: Nashville Editorial: SAGE Publications Inc; 1994. p. n.º páginas totales del libro. 2009
17. Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*. 1989; 14(4):532-550.
18. Shaw E. A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*. 1999; 2(2):59-70.
19. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015, Bogotá)
20. 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. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2016;15(30):108-125. Disponible en: <https://bit.ly/3qElp5Z>
21. Roth-Deubel AN, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. salud pública (Bogotá)* [Internet]. 2013; 15(1):44-55. Disponible en: <https://bit.ly/3HnSIAc>
22. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2017; 16(32):34-50.
23. Molano-Builes PE, Mejía-Ortega LM, Gómez-Granada JA, Vargas-Betancourt ML, Cuellar-Bravo K. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2020; 22(5):e202. Disponible en: <https://bit.ly/3Hr4jyc>
24. Polo Ubillús OP. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2018; 64(3):375-381. doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
25. López YL, González C, Gallego BN, Moreno AL. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica* [Internet]. 2009; 29: 567-581. Disponible en: <https://bit.ly/3kFIoJT>
26. Yepes CE, Marín YA. Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Biomédica*. [Internet]. 2018;38(2):162-172 Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/843/84356684004/84356684004.pdf>
27. Guzmán BL, González MA, Guzmán PA. Evaluación de la implementación de la estrategia escuela saludable en zona rural de Ibagué: estudio de casos. *Hacia Promoc. Salud* [Internet]. 2020; 25 (1):76-89. Disponible en: <https://bit.ly/31T0i5k>
28. Brito PE, Padilla M, Rigoli F. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2012; 16(4): 4-22.
29. Raigosa-Mejía M, Molina-Marín G. Dimensión política de las decisiones en salud pública, Bogotá D.C., 2012-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014;13(26):90-105. Disponible en: <https://bit.ly/3kDz8WM>
30. Rodríguez Villamil N, Valencia González A, Díaz Mosquera P. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. *Hacia Promoc. Salud*. [Internet]. 2013;18(1):26-40. Disponible en: <https://bit.ly/3kFgOwj>
31. Bernal Acevedo O, Forero Camacho JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2011;10(21):85-100. Disponible en: <https://bit.ly/2YMnm15>
32. Cinta DM, Morales E. (2011). Segmentación y fragmentación en los servicios de salud. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*. 2011; 7(13):1-17.
33. Aguilar-Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo H. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2020; 22(4): 1-5. Disponible en: <https://bit.ly/3kyYmWj>