

Rutas Integrales de Atención y Atención Primaria en Salud

Comprehensive route in health and Primary Health Care

José Ivo Montaña Caicedo¹ ; Bruno Gutiérrez¹ ; Carlos Andrés Pineda Cañar¹ 

*jose.ivo.montano@correounivalle.edu.co

Forma de citar: Montaña Caicedo JI, Gutiérrez B, Pineda Cañar CA. Rutas Integrales de Atención y Atención Primaria en Salud. Salud UIS. 2023; 55: e23081. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23081> 

Respetado editor:

El artículo publicado por Sotelo-Daza et al.¹ muestra aspectos invisibles para los indicadores tradicionalmente incluidos en los análisis de situación de salud, como rectoría, gobernanza, recursos, contratación, gestión, comunidad, sentimientos, barreras y talento humano; describe la evolución de la “gestión de la salud”, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), el territorio en que se hace el estudio y la metodología. Sin embargo, prescinde del marco conceptual para los supuestos de la efectividad de las RIAS, por ejemplo, como se propone en la “evaluación enfocada en el uso”²; podría argumentarse que no falta pues la RIAS son normas, pero eso no garantiza su efectividad. Además proceden de la rama ejecutiva y por ende son modificables de acuerdo con la voluntad del mandatario de turno, esto las convierte en un discurso más político que de salud, aspecto que nos aleja del discurso enfocado en la atención primaria en salud (APS)³.

Consideramos que el marco conceptual de las RIAS es la APS selectiva⁴, definida como “una estrategia interina para el control de enfermedades en países en desarrollo”⁵, que ha permitido convertir la APS integral propuesta en Alma-Ata, en programas de bajo costo para las principales enfermedades en países en desarrollo, bajo el supuesto de un balance entre escasez y alternativas⁴. El debate entre APS selectiva y APS integral persiste y ha dejado de ser un asunto de países en desarrollo. En Australia compararon modelos de APS integrales con modelos de APS selectivos dentro del mismo país⁶, aunque ambos modelos son similares en cuanto a su base comunitaria, equipo multidisciplinario y respuesta a necesidades de los usuarios, hay significativas diferencias en la capacidad de mejorar la salud de la comunidad. También se están probando instrumentos para evaluar el grado de integralidad de la APS, identificando seis dimensiones que distinguen la APS integral de la APS selectiva: enfoque en la población, enfoque de equidad en acceso y resultados, participación y control comunitario, integración con el sistema de salud, colaboración intersectorial y capacidad de respuesta local⁷.

En las RIAS el hilo conductor es alguna enfermedad, privilegian aspectos técnicos sobre la realidad local, establecen relaciones unicasales y lineales, instrumentalizan la participación social y comunitaria, entre otras características propias de la APS selectiva. Se asume la implementación de las RIAS¹ como un asunto de gestión, eso explicaría por qué sólo incluyen funcionarios administrativos y reiteran falta de recursos (capacitación, personal, económicos, conocimiento, etc.) como principal causa de los problemas. Consideramos que las RIAS están sujetas a limitaciones

¹ Universidad del Valle. Cali, Colombia.

en la relación entre las personas y los trabajadores sanitarios, con sus complejidades y singularidades culturales, históricas, sociales y epistemológicas.

Sugerimos enfocar futuros esfuerzos en la comprensión fenomenológica de la percepción, en primera instancia, de las personas y los trabajadores sanitarios; y en segunda instancia, de funcionarios y otros actores. Proponemos que el marco conceptual se presente explícitamente en cada proyecto y se profundice en los supuestos, historia, justificación y efectividad de la APS selectiva que predomina en las políticas públicas de salud en Colombia.

Rutas Integrales de Atención y Atención Primaria en Salud

Comprehensive route in health and Primary Health Care

Jorge Sotelo-Daza¹ ; Omar Andrés Ramos Valencia^{1,2} ; Ana Milena Galara Iglesias¹ 

jorge.sotelo@correonivalle.edu.co

La comprensión de las experiencias en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como fenómeno adopta una perspectiva distinta respecto a la tradicional manera burocrática de “calificar” a partir de indicadores los resultados de los procesos de salud implementados por el sistema sanitario colombiano. En nuestro artículo “Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo” la intención no se centra en realizar una evaluación de la efectividad, sino que nos interesa más bien conectar elementos a partir de intervenciones complejas y su evaluación, que aborden el contexto, mecanismo y resultado (CMR), con el propósito de destacar las diversas dinámicas que influyen en que una intervención en salud, logre o no el resultado esperado. En este sentido, nuestro interés radica en facilitar la comprensión de aspectos que emergen y que solo se distinguen a partir del reconocimiento de las experiencias vividas por los líderes de entidades sanitarias. Estos aspectos se vuelven visibles en escenarios reales⁸, con el fin de establecer un punto de análisis que permita la generación de planes ajustados a la realidad y pertinentes, al utilizar categorías que surgen del análisis fenomenológico.

Aunque el fundamento teórico (marco estratégico) de las RIAS se fundamenta en la estrategia de atención primaria de salud (APS), las complejas interacciones diarias de los diversos actores en el ámbito de la salud se enfrentan a desafíos sustanciales entre los elementos concebidos por el modelo de salud y la realidad de los procesos de atención. Estos desafíos generan tensiones por la estructuración hospitalocéntrica y mercantilizada⁹, lo que conlleva a una desvinculación de la adopción de una perspectiva basada en derechos en el abordaje de los procesos de salud, enfermedad y atención.

Es evidente que las RIAS son reglamentaciones maleables, influidas por las políticas e ideologías de la administración ejecutiva vigente. Lo que se busca desentrañar es la razón por la cual el sistema experimenta dificultades en cada reforma emprendida, observado desde la perspectiva de aquellos que lideran la implementación de dichas normativas. Se pretende comprender por qué hay un progreso limitado en la reducción de barreras de acceso, carga de enfermedad, oportunidad y calidad de la atención, la corrupción y las inequidades sociales, entre otros aspectos. Compartimos la convicción de la imperativa necesidad de proseguir con la investigación desde una perspectiva fenomenológica, con el propósito de destacar categorías emergentes a partir de las percepciones de diversos actores, entre ellos las personas objeto de atención y la participación comunitaria. Esto se alinea con la consideración de que

¹ Universidad del Valle.

² Universidad del Cauca.

la participación comunitaria constituye uno de los tres pilares de la APS, la cual se erige como un elemento clave para fortalecer el empoderamiento¹⁰.

En lo que respecta a los técnicos de salud, valoramos la importancia de la experiencia que poseen en relación con la implementación de las RIAS. La forma en que perciben este proceso puede proporcionar aportes significativos que enriquezcan los ajustes en los procedimientos de operacionalización de la política sanitaria. Este aspecto cobra aún mayor relevancia al identificarse la necesidad de una formación específica, así como la integración de conceptos relacionados con la interdisciplinariedad e intersectorialidad¹¹.

Apoyamos la idea de que, en el ámbito de la investigación cualitativa, es esencial abordar los elementos de la política sanitaria desde la aprehensión de una lógica de salud entendida como un proceso (salud-enfermedad-atención-prevención). Este enfoque busca superar la restricción a una perspectiva meramente asistencialista¹².

Referencias

1. 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>
2. Patton MQ: Step 9. Determine what intervention model or theory of change is being evaluated. In: MQ Patton, editor. *Essentials of utilization-focused evaluation*. Los Angeles: Ed SAGE; 2012. p. 230-263.
3. Gutiérrez B. La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI? *Salutem Scientia Spirit*. 2022; 8(4): 14-22.
4. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11): 1864-1874. doi: [10.2105/ajph.94.11.1864](https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864)
5. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979; 301(18): 967-974. doi: [10.1056/NEJM197911013011804](https://doi.org/10.1056/NEJM197911013011804)
6. Baum F, Freeman T, Lawless A, Labonte R, Sanders D. What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia. *BMJ Open*. 2017; 7(4): e015271. doi: [10.1136/bmjopen-2016-015271](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015271)
7. Javanparast S, Baum F, Ziersch A, Freeman T. A Framework to determine the extent to which regional primary healthcare organisations are comprehensive or selective in their approach. *Int J Health Policy Manag*. 2022; 11(4): 479-488. doi: [10.34172/ijhpm.2020.182](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.182)
8. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2021;374: n2061. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
9. Otálvaro G, Zuluaga S, Blanco D, Restrepo L. Gestión de la atención primaria de la Salud en un contexto de mercado: análisis de caso en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2008-2011. *Rev Fac Nac. Salud Pública [Internet]*. 2016; 34(3): 316-329.
10. World Health Organisation, & UNICEF. *Operational Framework for Primary Health Care: transforming vision into action*. Geneva: World Health Organization; 2020. p. 1–132. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
11. Silva L, da Sousa M, Rueda L. Managers' views on professional competencies for primary health care. *SAGE Open*. 2022; 12(4). doi: <https://doi.org/10.1177/21582440221138252>
12. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*. 2020; 16: e2615. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>