

**Investigación de las barreras de acceso a los servicios de salud en Santiago de Cali:
Propuesta de intervención para reducir desigualdades territoriales y sociales en salud
pública**

Andrés Eduardo Ramírez Umaña

Daniela Victoria Valdés

Diana Carolina Polindara Urrea

Isabella Alban Rivera

Sindy Viviana Campo Rengifo

Asesora

Nidia Carolina Naranjo Palomino

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud – ECISA

Administración en Salud

2026

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios, por habernos dado el entendimiento y sabiduría a lo largo de este proceso de diagnóstico, no hemos estado desamparados. Detrás de cada análisis, de cada reflexión y de cada descubrimiento hay personas e instituciones que han hecho posible este trabajo.

En primer lugar, a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y al Diplomado de profundización en gestión de la salud pública les debemos nuestra más sincera gratitud. Ellos nos brindaron las herramientas conceptuales y concretas con las cuales nos fue posible considerar la realidad de la salud desde una mirada crítica y transformadora.

A nuestra tutora, y doctora Nidia Carolina Naranjo, gracias por su permanente acompañamiento, por su paciencia y por su compromiso en nuestra formación. Sus orientaciones fueron una luz en los momentos de desasosiego y su exigencia, un empuje para dar siempre un paso más.

A la Secretaría de Salud Pública Distrital de Santiago de Cali, por hacernos el favor de disponer del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024, un documento que dio cuenta de las realidades y de los desafíos de la propia localidad.

A nuestras por su paciencia inagotable, su apoyo incondicional y por entender las largas horas de estudio y trabajo. A nuestros compañeros de equipo —Andrés, Daniela, Diana e Isabella—, por la colaboración, el respeto y la pasión compartida. Juntos demostramos que el trabajo colectivo multiplica los aprendizajes.

Y finalmente, un agradecimiento profundo a todos los profesionales de la salud que día a día, desde el anonimato y muchas veces con recursos limitados, entregan lo mejor de sí para cuidar vidas. Este trabajo es un homenaje a su entrega.

A todos ustedes: gracias.

Resumen

El presente trabajo realiza una propuesta de intervención para mejorar el acceso, la oportunidad y la continuidad de los servicios de salud en Santiago de Cali, a partir de la problemática priorizada en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024. El diagnóstico muestra barreras administrativas, geográficas, económicas e institucionales, con un mayor impacto en la población rural, comunidades de las afueras, migrantes, personas mayores, gestantes y hogares en condiciones de vulnerabilidad.

La propuesta se sostiene en la Atención Primaria en Salud, la gestión territorial, la articulación intersectorial y la participación comunitaria para eliminar inequidades y fortalecer la capacidad resolutoria del sistema local de salud. Como soporte del análisis se incorporan gráficas sobre brechas en servicios públicos, comportamiento de la mortalidad materna y distribución presupuestal para argumentar visiblemente la pertinencia de la intervención."

Se prevé que las estrategias formuladas colaboren con el aumento de la cobertura de las acciones de promoción y prevención, la merma de los tiempos de espera, la continuidad de las rutas integrales de atención y la consolidación de la gestión institucional en salud pública.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud, equidad en salud, atención primaria en salud, determinantes sociales de la salud, Santiago de Cali.

Abstract

This paper presents an intervention proposal aimed at improving access, timeliness, and continuity of health services in Santiago de Cali, based on the priority problem identified in the 2024 Health Situation Analysis. The diagnosis shows administrative, geographical, economic, and institutional barriers that affect rural populations, peripheral communities, migrants, older adults, pregnant women, and vulnerable households more severely.

The proposal is based on Primary Health Care, territorial management, intersectoral coordination, and community participation in order to reduce inequities and strengthen the response capacity of the local health system. Graphs on public service coverage gaps, maternal mortality trends, and budget distribution are included to provide visual and evidence-based support for the proposed intervention.

The expected results include improved coverage of health promotion and prevention actions, reduced waiting times, greater continuity of comprehensive care pathways, and stronger institutional management in public health.

Keywords: Access to health services, health equity, primary health care, social determinants of health, Santiago de Cali.

Tabla de contenido

Introducción	10
Diagnóstico Situacional del Territorio	12
Condiciones Demográficas, Sociales y Ambientales	12
Determinantes Sociales de la Salud	13
Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud	13
Problemática Priorizada en Salud	14
Justificación y Planteamiento del Problema.....	18
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Marco Teórico y Normativo.....	21
Atención Primaria en Salud y Enfoque de Derecho.....	21
Política de Atención Integral en Salud, M.I.A.S. y M.A.I.T.E.	21
Rutas Integrales de Atención en Salud.....	22
Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	22
Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	22
Actores Sectoriales y Transectoriales.....	23
Componentes Estratégicos de la Propuesta de Intervención	25
Estrategia 1. Fortalecimiento de la Atención Primaria Territorial	25
Estrategia 2. Georreferenciación de Servicios y Barreras de Acceso	25
Estrategia 3. Mejora de la Oportunidad y Continuidad de la Atención	26

Estrategia 4. Articulación Intersectorial Para Reducir Barreras Sociales y Geográficas	26
Estrategia 5. Participación Comunitaria y Control Social en Salud.....	27
Metodología	31
Resultados Esperados e Indicadores.....	33
Cronograma y Recursos	35
Presupuesto Detallado	37
Evaluación y Sostenibilidad	42
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias Bibliográficas.....	45

Listado de Tablas

Tabla 1 <i>Actores Sectoriales y Transectoriales Vinculados y la Propuesta</i>	23
Tabla 2 <i>Matriz Operativa de Estrategias, Actividades, Productos e Indicadores</i>	27
Tabla 3 <i>Fases metodológicas de la Propuesta de Intervención</i>	31
Tabla 4 <i>Resultados Esperados, Indicadores y Fuentes de Verificación</i>	33
Tabla 5 <i>Cronograma General y Recursos Necesarios</i>	35
Tabla 6 <i>Presupuesto Detallado de la Propuesta de Intervención</i>	37

Listado de Figuras

Figura 1 <i>Brecha Territorial en Cobertura de Acueducto y Alcantarillado</i>	15
Figura 2 <i>Razón de Mortalidad Materna Reportada Para Santiago De Cali, 2023-2024</i>	16
Figura 3 <i>Presupuesto Detallado</i>	39
Figura 4 <i>Distribución Presupuestal de la Propuesta de Intervención</i>	41

Listado de Apéndices

Apéndice A <i>Datos Base Utilizados Para las Gráficas</i>	47
--	----

Introducción

El acceso a los servicios de salud debe ser, además, puntual, constante y de calidad, dado que ese acceso es uno de los componentes del derecho fundamental a la salud, así como también una de las condiciones fundamentales para mejorar los índices de bienestar de la población. En escenarios donde existen desigualdades sociales y espaciales, como Santiago de Cali, las barreras para el acceso a los servicios de salud no están solamente relacionadas con la existencia de instituciones prestadoras de salud, sino que también están determinadas por factores económicos, administrativos, geográficos y sociales que median la posibilidad de recibir atención integral.

El Análisis de situación de salud (A.S.I.S.) 2024, permite identificar que la problemática del acceso a los servicios de salud tiene un carácter transversal, en tanto que la problemática afecta el diagnóstico, prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de distintos acontecimientos asociados a salud pública (Alcaldía de Santiago de Cali, 2024). Dicha imposibilidad para acceder a los servicios de salud afecta prioritariamente a población rural, periférica, personas con menos ingresos, la población mayor, migrantes y aquellos grupos que han estado históricamente excluidos, pues enfrentan mayores costos de transporte, realizan trámites administrativos prolongados, hay interrupciones en la continuidad del cuidado y pocos servicios en el entorno.

Desde esta perspectiva, se propone una propuesta de intervención que mejore el acceso oportuno y de continuidad en servicios de salud al municipio. Para ello, se construyen los componentes estratégicos asociados a la atención primaria en salud, al fortalecer la red integrada, la georreferenciación de los servicios, la participación comunitaria, la articulación intersectorial y el seguimiento a partir de los indicadores.

La investigación será estructurada en secciones, donde se desarrolla la problemática evidenciada en este estudio. Tendrá una metodología cualitativa con enfoque de revisión, la cual contará con instrumentos como entrevistas semiestructuradas y, se realizará una rejilla cualitativa para el análisis descriptivo.

Diagnóstico Situacional del Territorio

Condiciones Demográficas, Sociales y Ambientales

Santiago de Cali es una de las principales capitales del país y concentra una fuerte demanda de servicios públicos y salud. La dinámica demográfica se caracteriza por crecimiento poblacional, envejecimiento, movilidad interna, flujo migratorio y presencia de grupos sociales étnicamente diversos. Estas características aumentan la presión sobre el sistema de salud e implican respuestas diferenciales en función de la región, el curso de vida de las personas y la posición social del grupo familiar. El componente social presenta desigualdades asociadas con pobreza, desempleo, trabajo informal, violencia, exclusión social e impedimentos para acceder a los servicios básicos. Las condiciones sociales repercuten en los determinantes sociales de la salud, ya que limitan la disponibilidad económica de los hogares para financiar los costos del transporte, realizar trámites, asistir a controles, sostener tratamientos y utilizar servicios de salud preventiva.

En el componente ambiental se observan brechas importantes entre la zona urbana y la zona rural. Según los datos incorporados en el documento base y atribuidos al A.S.I.S. (2024), la cobertura de acueducto en cabecera municipal es de 84,3%, mientras que en zona rural es de 34,97%; En alcantarillado, la cobertura urbana es de 84,1%; y la rural de 30,77%. Esta diferencia muestra una desigualdad territorial que puede incidir en riesgos sanitarios, enfermedades prevenibles y mayores barreras para el acceso efectivo a la salud (Alcaldía de Santiago de Cali, 2024). De esta forma, se evidencian las brechas existentes, basándose en el componente ambiental entre la zona urbana y la zona rural.

Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud seleccionados en el municipio Santiago de Cali, tienen que ver con el nivel estructural y el nivel intermedio. Entre los determinantes estructurales, se destaca la pobreza, el desempleo, la inequidad social y la baja capacidad económica de algunos hogares. Estas situaciones restringen la posibilidad de acudir a tiempo a los servicios de salud, en especial cuando la atención conlleva desplazamientos, copagos, autorizaciones, acompañamiento familiar y pérdida de ingresos por ausencia laboral. Por su parte, los determinantes intermedios, se encuentran las barreras con las que se topan como falta de aseguramiento, debilidades en la contratación de las redes promotoras, servicios no georreferenciados, demoras en la asignación de citas, fallas en la referencia y contrarreferencia y dificultades para garantizar el seguimiento. Estas condiciones promueven la fragmentación de la atención institucional y afecta a la continuidad del cuidado, en especial en enfermedades crónicas, salud materno-perinatal y programas de promoción y prevención.

En cuanto al acceso a servicios públicos, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de transporte y la distancia a los puntos de atención, se evidencia que también incide en la posibilidad real de utilizar los servicios de salud. Por ello, la problemática debe abordarse desde un enfoque de gestión territorial e intersectorial y no únicamente desde la prestación asistencial.

Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud

Las brechas significativas generadas por el acceso se traducen en esperas para la asignación de citas, trámites administrativos prolongados, problemas para conseguir el aseguramiento, dificultades de transporte y baja disponibilidad de servicios en las zonas rurales y las zonas periféricas. Las brechas de acceso son determinantes de una oportunidad diagnóstica, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones prevenibles y de una mayor desconfianza de la

comunidad hacia las instituciones. En cuanto a la capacidad resolutive, se puede observar congestión en prioridades, largas esperas para áreas como consultas externas, problemas de referencia y contrarreferencia, escasez de talento humano, infraestructura o de tecnología en algunos servicios de atención. Esto da cuenta, de la necesidad de fortalecer las redes integradas de servicios de salud en comunidad y de mejorar los mecanismos de coordinación entre Secretaría de Salud, EPS, IPS, ESE y actores comunitarios.

Por lo que la distribución desigual de los recursos sanitarios acentúa las inequidades entre territorios, si bien las zonas urbanas centrales concentran mayor oferta de servicios, los corregimientos y los sectores periféricos se enfrentan a mayores costos de desplazamiento y menor continuidad de la atención. Por ello, el diseño de estrategias debe priorizar los territorios con mayor vulnerabilidad e ilustrar la información de forma georreferenciada para la toma de decisiones.

Problemática Priorizada en Salud

La problemática priorizada es la falta de acceso a los servicios de salud en el municipio de Santiago de Cali. Esta ha sido considerada prioritaria debido a que atañe diversas dimensiones del sistema de salud como la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico en forma oportuna, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y continuidad de las rutas de atención. Por su parte, las barreras descritas demuestran las faltas de aseguramiento, la baja contratación de la red prestadora, la falta de georreferenciación de los servicios, la inoportunidad en la atención, la discontinuidad del cuidado, la dificultad económica, los gastos de bolsillo y los problemas de transporte. Lo anterior se refleja en las bajas coberturas de servicios esenciales, sobre todo en la salud sexual y reproductiva, la atención materno-perinatal y programas dirigidos a la población vulnerable.

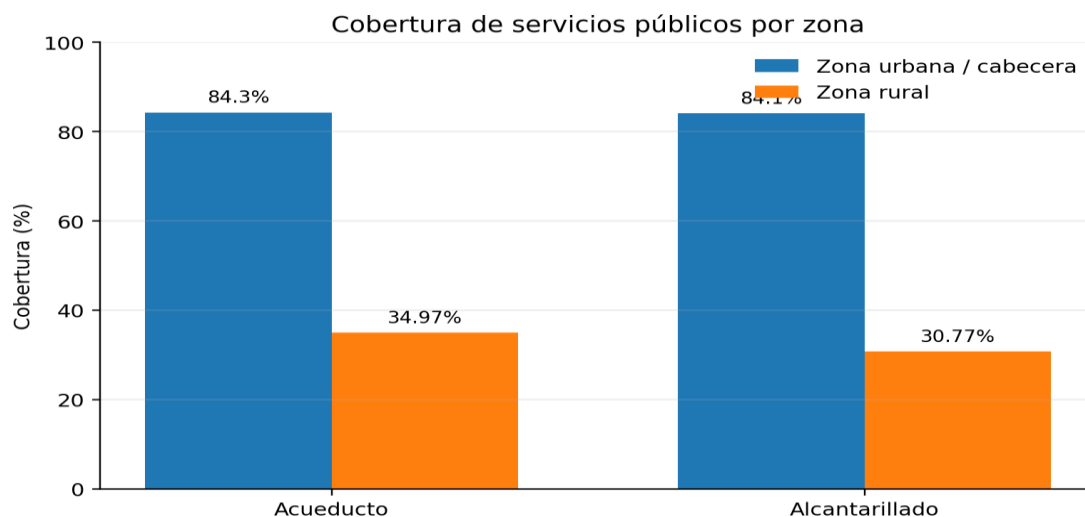
Por lo que, la trazabilidad de esta problemática justifica una intervención integral, que ayude a mejorar el acceso oportuno, no significa abrir más puntos de atención, sino reorganizar las rutas, fortalecer la articulación institucional, incorporar la participación comunitaria, mejorar la información territorial y establecer indicadores que permitan medir avances en lo relacionado con oportunidad, continuidad, cobertura y satisfacción usuaria.

Gráficas de apoyo del A.S.I.S. y análisis territorial

Las siguientes gráficas se incorporan como medio de corroborar la problemática priorizada y de afirmar la argumentación del documento, con el fin de comparar datos planteados por el A.S.I.S. (2024).

Figura 1

Brecha Territorial en Cobertura de Acueducto y Alcantarillado

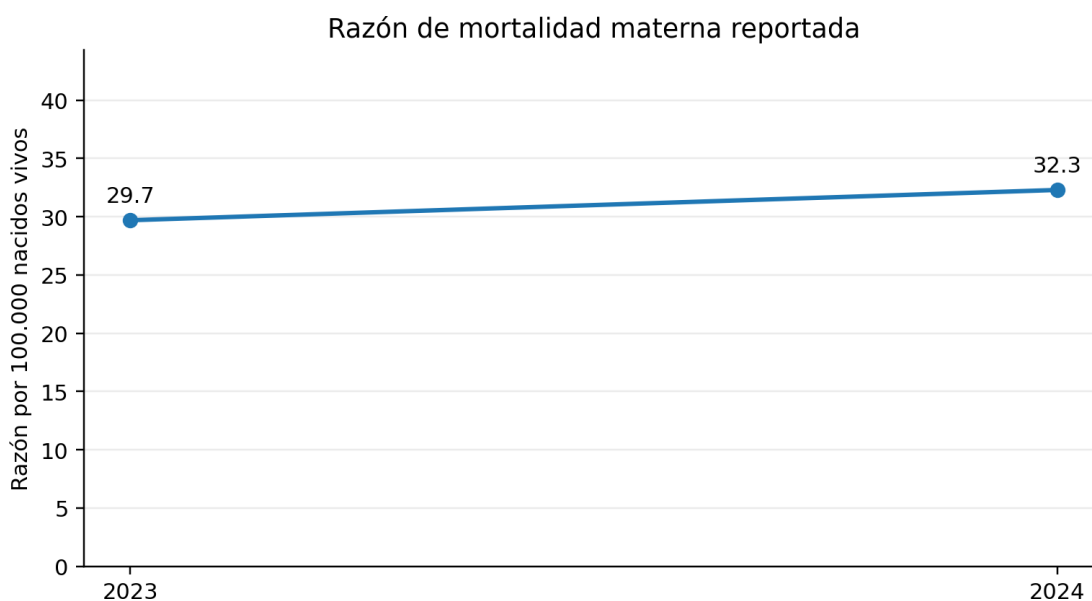


Nota. La figura presenta la comparación de la cobertura de acueducto y alcantarillado entre la zona urbana/cabecera y la zona rural de Santiago de Cali, evidenciando mayores coberturas en el área urbana y brechas territoriales significativas en el acceso a servicios públicos básicos.

La Figura 1 evidencia una brecha extensa en el acceso a los servicios públicos básicos entre la zona urbana y la zona rural. La diferencia total es de 49,33 en acueducto y 53,33 en alcantarillado. Esta desigualdad se considera un determinante social relevante, ya que las limitaciones en la disponibilidad de servicios básicos pueden incrementar riesgos sanitarios y reforzar condiciones de vulnerabilidad en los territorios rurales. Por otra parte, las estrategias de salud pública deben cruzar con sectores como la planeación, el ambiente, el desarrollo social y los servicios públicos.

Figura 2

Razón de Mortalidad Materna Reportada Para Santiago de Cali, 2023-2024



Nota. Autoría propia. La figura muestra el comportamiento de la razón de mortalidad materna en Santiago de Cali entre los años 2023 y 2024, observándose un incremento del indicador de 29,7 a 32,3 por cada 100.000 nacidos vivos.

La Figura 2 refleja un incremento en la razón de mortalidad materna, que pasa de 29,7 en 2023 a 32,3 para el año 2024. Aunque es necesario un análisis epidemiológico más amplio para

que se pueda establecer la causalidad, el propio comportamiento del indicador avala la necesidad de fortalecer controles prenatales, rutas materno-perinatales, referencia oportuna, seguimiento comunitario, acceso efectivo a servicios de promoción y prevención. Como es un indicador sensible a la oportunidad y calidad de la atención, también debe ser incorporado como indicador o variable de seguimiento de la propuesta.

Justificación y Planteamiento del Problema

La falta de acceso a los servicios de salud en el municipio de Santiago de Cali necesita atención prioritaria puesto que relega a segundo plano hacer efectiva la garantía del derecho fundamental a la salud y ahonda en las desigualdades sociales y territoriales. Las barreras reportadas en el A.S.I.S. (2024), —administrativas, geográficas, económicas e institucionales— entorpecen la posibilidad de acceso a la atención oportuna especialmente en las poblaciones con mayor vulnerabilidad (Alcaldía de Santiago de Cali, 2024).

Desde la perspectiva epidemiológica, el problema se relaciona con dimensiones sensibles a la oportunidad de la atención, como la mortalidad materna, continuidad de controles prenatales, cobertura de promoción y prevención y seguimiento de enfermedades crónicas. Una persona que no accede a consulta, control, diagnóstico o tratamiento en momentos de oportunidad aumenta el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones evitables y deterioro de la calidad de vida.

Desde la vertiente social y económica, el acceso está constreñido por pobreza, desempleo, costo del transporte, gastos de bolsillo y poca disponibilidad de servicios cercanos. Estas situaciones implican una carga adicional para aquellas familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que deben optar entre dar solución a una necesidad de salud y cubrir los gastos esenciales. Por tanto, el problema no puede ser analizado como un sobrecoste del sistema, sino que como un reflejo de la inequidad territorial.

La propuesta demuestra argumentos que la respaldan, al convertir el análisis elaborado en un plan de intervención concreto; las estrategias establecidas proponen un refuerzo de la atención primaria en salud, una mayor coordinación entre los actores, favorecer las acciones extramurales, poner en marcha herramientas de georreferenciación, estimular la participación comunitaria y

establecer unos indicadores de seguimiento. Por tanto, el documento responde al enfoque académico requerido: plantear una propuesta de intervención, no solo describir un problema.

La intervención se articula con el plan decenal de salud pública 2022-2031, la política de atención integral en salud, el modelo de acción integral territorial y las rutas integrales de atención en salud; estos referentes justifican seguir avanzando hacia un modelo territorial, preventivo, participativo e intersectorial, orientado a discriminar en cuanto a las inequidades y garantizar la continuidad del cuidado (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2016; 2018; 2019; 2022).

Objetivos

Objetivo General

Diseñar e implementar estrategias integrales que mejoren el acceso, la oportunidad y la continuidad de los servicios de salud en Santiago de Cali:

Objetivos Específicos

Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en Santiago de Cali, partiendo de la información correspondiente al A.S.I.S. 2024 y los determinantes sociales de la salud.

Analizar la relación pobreza-desempleo-gastos de bolsillo-servicios públicos- transporte-continuidad de la atención, en la generación de inequidades en salud.

Elaborar estrategias concretas para fortalecer la atención primaria, la georreferenciación de los servicios, la articulación intersectorial y la participación comunitaria.

Elaborar los indicadores, cronograma, presupuesto y mecanismos de evaluación que permitan el seguimiento de la implementación y la sostenibilidad de la propuesta.

Marco Teórico y Normativo

Con el objetivo de anular la duplicidad estructural, ambos marcos, el teórico y el normativo, se disponen juntos en un único apartado. Esta forma de organización da cuenta de los fundamentos conceptuales previstos en la propuesta, así como de las normas y políticas que guían la gestión del territorio en materia de salud pública.

Atención Primaria en Salud y Enfoque de Derecho

La atención primaria en salud (A.P.S.) es incuestionablemente un pilar de la atención de la salud para vencer las barreras de acceso, para potenciar las acciones preventivas, impulsar la participación social y mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Esto es relevante, ya que acerca los servicios a la población, estima los riesgos de forma anticipada, facilita la continuidad de los cuidados a través de acciones integrales y de coordinación (O.M.S. & UNICEF, 1978, 2018).

La ley estatutaria 1751 de 2015, considera la salud como derecho fundamental autónomo, y establece la obligación de garantizar un acceso ágil, eficaz y de calidad. Por lo tanto, las barreras que obstaculizan la continuidad del cuidado deben interpretarse no como una mera falla administrativa, sino como situaciones que afectan la garantía material del derecho a la salud (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Política de Atención Integral en Salud, M.I.A.S. y M.A.I.T.E.

La política de atención integral de salud (P.A.I.S.) se adopta a partir de la Resolución 429 de 2016, que realiza el enfoque de la organización del sistema, la atención integral, gestión del riesgo y articulación de actores; su desarrollo se encuentra asociado al modelo integral de atención en salud (M.I.A.S.) que propone rutas, redes de servicios y atención centrada en personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De la misma forma, la Resolución 2626 de 2019 adopta el modelo de acción integral territorial (M.A.I.T.E.), que refuerza la gestión territorial, la gobernanza, la prestación de servicios, la salud pública, el aseguramiento y la articulación intersectorial; lo que lo hace pertinente para el municipio de Santiago de Cali, dado que permite articular las acciones en función de las diferencias entre comunas, corregimientos, zonas periféricas y población vulnerable (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2019).

Rutas Integrales de Atención en Salud

La Resolución 3280 del año 2018, establece directrices técnicas y operativas de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, las cuales son relevantes porque, permiten ordenar intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, especialmente en eventos sensibles como la mortalidad materna, controles prenatales y enfermedades crónicas (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2018).

Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El plan decenal de salud pública 2022-2031, establece las líneas de orientación de la acción pública, la cual se centra en garantizar el derecho a la salud y la reducción de inequidades en el acceso y su gestión mediante la atención a determinantes sociales. La propuesta coincide con los objetivos del plan decenal, ya que se proyecta para implementar barreras estructurales y operativas que limitan el acceso efectivo, en particular, en poblaciones vulnerables y territorios con brechas sociales (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2022).

Sistema General de Seguridad Social en Salud

La Ley 100 de 1993, estableció el sistema de seguridad social integral y sentó las bases para desarrollar la organización general del aseguramiento en salud. En este sentido, su

pertinencia se encuentra asociada a la necesidad de ligar responsabilidades entre aseguradores, prestadores y autoridad territorial con el propósito de reducir barreras administrativas y mejorar la continuidad de la atención (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Actores Sectoriales y Transectoriales

La intervención requiere que actores del sector salud y actores de otros sectores se articulen, dado que las barreras de acceso no dependen únicamente de los servicios sanitarios. El espacio de participación permite abordar determinantes sociales: transporte, educación, servicios públicos, entorno, desarrollo social, organización comunitaria.

Tabla 1

Actores Sectoriales y Transectoriales Vinculados a la Propuesta

Actor	Responsabilidad Dentro de la Propuesta
Secretaría de salud pública Distrital	Coordinar la política territorial, liderar mesas intersectoriales, consolidar información y hacer seguimiento a indicadores.
EPS	Garantizar afiliación, red contratada, autorizaciones oportunas, continuidad de atención y gestión del riesgo individual.
IPS y ESE	Prestar servicios, fortalecer rutas, reportar barreras, realizar jornadas extramurales y mejorar referencia y contrarreferencia.
Sector transporte	Apoyar soluciones de movilidad para población rural y periférica con barreras geográficas.

Sector educación	Desarrollar acciones de promoción, educación en salud y canalización de población hacia servicios preventivos.
Sector desarrollo social	Identificar población vulnerable, articular subsidios, acompañamiento comunitario y rutas sociales.
Organizaciones comunitarias y veedurías	Participar en diagnóstico, seguimiento, control social, difusión de rutas y validación de necesidades territoriales.
Academia	Apoyar análisis de información, evaluación, capacitación y sistematización de resultados.

Nota. Autoría propia. La tabla describe los actores participantes y las responsabilidades asignadas dentro de la implementación de la propuesta de intervención.

Componentes Estratégicos de la Propuesta de Intervención

Los componentes estratégicos corresponden a las estrategias que permiten ejecutar la propuesta. Por ello, se desarrollan de manera operativa, con propósito, actividades, productos esperados, responsables e indicadores. Esta organización atiende la necesidad de evitar enunciados generales y de mostrar cómo se implementaría cada acción dentro del territorio.

Estrategia 1. Fortalecimiento de la Atención Primaria Territorial

La finalidad de esta opción es realizar el acercamiento de los servicios de promoción, prevención, tamizajes y seguimientos a los territorios con mayores barreras de acceso. La puesta en marcha debe comenzar por la descripción de comunas, corregimientos y grupos poblacionales prioritarios, para posteriormente proseguir con la planificación de unas jornadas extramurales que se coordinen desde la secretaría de Salud, ESE, IPS y EPS.

Las actividades comprenden visitas comunitarias, controles prenatales, educación en salud, vacunaciones según disponibilidad programática, tamizajes de riesgo, orientación para la entrega de la ruta de atención y canalización efectiva de los usuarios hacia los servicios institucionales. La estrategia no debe ser limitativa del carácter de las jornadas aisladas, sino que tiene que requerir el registro nominal, el seguimiento de los casos priorizados y la retroalimentación a las EPS para asegurar su continuidad.

Estrategia 2. Georreferenciación de Servicios y Barreras de Acceso

La georreferenciación permite ubicar el lugar donde están concentradas las barreras, la aparición de los servicios, los puntos críticos de transporte y qué territorio tiene menor oferta resolutive de instituciones. La forma de poner en marcha esta estrategia y cuestión será a través de la construcción del mapa de servicios, del mapa de las zonas de riesgo y del mapa de rutas

institucionales con la información proporcionada por la ASIS. Reportes de EPS/IPS, PQRD y aportes comunitarios son la información con la que se trabajará.

El producto, que se espera, será el tablero territorial que permita orientar la priorización de acciones, la ubicación de jornadas, la revisión de redes contratadas y la decisión a partir de la evidencia. La implementación de la estrategia requiere la coordinación entre la Secretaría de Salud, los equipos TIC, las EPS, los IPS y la academia.

Estrategia 3. Mejora de la Oportunidad y Continuidad de la Atención

La continuidad del trabajo de cuidados -cuidados de la salud de modo específico- depende de la armonización coordinadora que establezcan los aseguradores, los prestadores del servicio y la respectiva autoridad territorial. Esta propuesta establece la mesa técnica EPS-IPS-ESE-secretaría de salud, en la que se revisarán las demoras en cuanto a autorizaciones, las demoras en las citas, la caída de las referencias y contrarreferencias, la queja de tratamientos y los casos materno-perinatales de mayor riesgo.

Es por esto, que las actividades proponen la definición de protocolos sobre el seguimiento del cuidado, la definición de alertas tempranas en pacientes sin control, la gestión de casos trazadores y las revisiones periódicas de PQRD, así como los acuerdos operativos para reducir la repetición de trámites. El foco debe estar puesto en los procesos que se podrán verificar, con indicadores trimestrales acordados y responsables institucionales definidos.

Estrategia 4. Articulación Intersectorial Para Reducir Barreras Sociales y Geográficas

Las barreras de acceso no derivan solamente del sector salud, también influyen los costos de transporte, la escasez de servicios públicos, la pobreza y la escasa existencia de redes de apoyo en la posibilidad de llegar a los controles, de cumplir terapias o de acudir a los servicios

preventivos. Por ello, dicha estrategia integra sectores como transporte, desarrollo social, educación, ambiente, planeación y organizaciones comunitarias.

De acuerdo con lo anterior, La implementación se llevará a cabo por medio de mesas intersectoriales, con acuerdos verificables como recorridos de apoyos para la población rural, identificación de hogares vulnerables, acciones de educación en las instituciones comunitarias, circular flujos de atención y articular con programas sociales existentes. Cada acuerdo debe contar con responsable, fecha de cumplimiento y fuente de verificación.

Estrategia 5. Participación Comunitaria y Control Social en Salud

La participación de la comunidad permite que la intervención se enfoque en las necesidades reales y no sólo en decisiones administrativas. Se busca fortalecer las comisiones de la comunidad, las veedurías de la salud y los líderes de los territorios para elaborar mapas de barreras, orientar a la población, validar rutas de atención y evaluar la satisfacción del usuario.

Entre las actividades a realizar, están: la formación de los líderes, aplicación de encuestas rápidas, la socialización de la ruta, los reportes de la comunidad de barreras y la participación en las reuniones de seguimiento. El fin es consolidar una mayor corresponsabilidad, mejorar la confianza institucional y generar evidencia cualitativa.

Tabla 2

Matriz Operativa de Estrategias, Actividades, Productos e Indicadores

Estrategia	Actividades	Responsables	Producto	Indicadores
	Principales		Esperado	

Fortalecimiento de A.P.S. territorial	Jornadas extramurales, visitas comunitarias, tamizajes, controles prenatales, educación en salud y canalización a rutas.	Secretaría de Salud, IPS, EPS.	Plan ESE, jornadas, registros nominales y reportes de canalización.	Número de jornadas; usuarios atendidos; cobertura de promoción y prevención.
Georreferenciación de servicios y barreras	Mapa de servicios, identificación de zonas críticas, priorización de corregimientos y comunas, tablero territorial.	Secretaría de Salud, EPS, academia.	Mapa territorial y tablero de seguimiento.	Porcentaje de servicios georreferenciados; número de zonas priorizadas.

Mejora oportunidad continuidad	de Mesa y seguimiento autorizaciones, protocolos de referencia y contrarreferencia, alertas de abandono.	EPS-IPS, EPS, IPS, ESE, a Secretaría de Salud.	Actas, de protocolos listado de casos trazadores.	Tiempo promedio y de asignación de de cita; porcentaje de pacientes con seguimiento.
Articulación intersectorial	Mesas con transporte, desarrollo social, educación y ambiente; rutas de apoyo para población vulnerable.	Alcaldía, sectores transectoriales, organizaciones comunitarias.	Acuerdos intersectoriales y rutas sociales activadas.	Número de mesas; acuerdos implementados; población beneficiada.
Participación comunitaria control social	Comités y comunitarios, veedurías en salud, encuestas de satisfacción,	Comunidad, veedurías, Secretaría de Salud.	Líderes formados, de reportes comunitarios y	Número de líderes formados; satisfacción de la usuaria; reportes

formación	de	actas	de	de	barreras
líderes.		seguimiento.		resueltas.	

Nota. La tabla organiza las estrategias planteadas, sus actividades principales, responsables, productos esperados e indicadores de seguimiento.

Metodología

La propuesta se realizará en una lógica de gestión territorial, orientada en la atención primaria en salud, los determinantes sociales de la salud, el enfoque diferencial y la articulación intersectorial. La población estará constituida principalmente por comunidades rurales y periurbanas, personas migrantes, personas mayores de edad, personas gestantes, población con enfermedades crónicas y familias con problemas recurrentes de acceso al sistema de salud.

La propuesta metodológica se compone de revisión documental, análisis de la información territorial, participación comunitaria, seguimiento de los indicadores y evaluación de la sostenibilidad, permitiendo pasar del diagnóstico a la acción. A la vez que, permite establecer la trazabilidad entre objetivo, estrategia, recurso, indicador y resultado esperado.

Tabla 3

Fases Metodológicas de la Propuesta de Intervención

Fase	Periodo	Actividades Metodológicas
Fase 1. Formulación y línea base	Meses 1-3	Revisión ASIS, identificación de territorios priorizados, mesas iniciales, caracterización de barreras y definición de indicadores.
Fase 2. Implementación operativa	Meses 4-18	Jornadas APS, georreferenciación, fortalecimiento de rutas, articulación EPS-IPS y acciones intersectoriales.

Fase 3. Monitoreo y ajuste	Meses 6-30	Seguimiento trimestral a indicadores, análisis de barreras, ajustes técnicos, reportes comunitarios y revisión de casos trazadores.
Fase 4. Evaluación y sostenibilidad	Meses 24-36	Evaluación de resultados, informe final, institucionalización de estrategias y gestión de financiación permanente.

Nota. Autoría propia. La tabla presenta las fases metodológicas, el periodo de ejecución y las actividades previstas para el desarrollo de la propuesta.

En la tabla 3, encontramos que el componente metodológico organiza de forma progresiva las acciones de la propuesta en cuatro fases estratégicas a lo largo de un periodo de 36 meses. Su estructura permite articular cronológicamente el análisis de la línea base con el despliegue operativo en el territorio, asegurando que el monitoreo trimestral y la evaluación final garanticen la sostenibilidad, el cumplimiento de los indicadores y la continuidad de las estrategias de intervención en salud pública

Resultados Esperados e Indicadores

Con la puesta en práctica de la propuesta, se pretende incrementar las posibilidades de acceso oportuno, continuo y equitativo a los servicios de salud de Santiago de Cali. Los resultados esperados están relacionados con la cobertura, oportunidad, continuidad, participación y disminución de las barreras. Para la verificación se plantean algunos indicadores y fuentes de información institucionales y comunitarias.

Tabla 4

Resultados Esperados, Indicadores y Fuentes de Verificación

Resultado Esperado	Indicador	Fuente de Verificación	Periodicidad
Aumento de cobertura en promoción y prevención	Porcentaje de población priorizada atendida en jornadas APS	Registros de atención y reportes EPS/IPS	Trimestral
Reducción de tiempos de espera	Promedio de días para cita general y especializada	Sistema de información EPS/IPS	Trimestral
Mejora en continuidad del cuidado	Porcentaje de pacientes con seguimiento posterior a remisión	Registros de referencia y contrarreferencia	Semestral

Fortalecimiento de salud materno-perinatal	Porcentaje de gestantes con controles prenatales completos	RIAS materno-perinatal y reportes IPS	Trimestral
Reducción de barreras reportadas	Número de quejas por barreras de acceso resueltas	PQRD y mesas comunitarias	Trimestral
Participación comunitaria activa	Número de líderes y veedurías vinculadas	Actas y listados de asistencia	Semestral

Nota. La tabla relaciona los resultados esperados con los indicadores, fuentes de verificación y periodicidad de seguimiento.

Esta matriz de seguimiento (tabla 4), articula de forma directa los resultados esperados de la intervención con sus respectivos indicadores técnicos y fuentes oficiales de verificación. Su propósito es establecer una estructura de evaluación estandarizada que, mediante una periodicidad trimestral y semestral, permita medir objetivamente el impacto de la propuesta en dimensiones críticas como la cobertura de promoción y prevención, la reducción de los tiempos de espera y la continuidad en las rutas de atención en salud pública.

Cronograma y Recursos

El cronograma se organiza en fases progresivas para asegurar el paso de la formulación a la ejecución, posterior monitoreo y evaluación de la intervención. La estrategia de asignación de recursos se estructura en función de las estrategias evitando incoherencia entre actividades-responsables-recurso-presupuesto.

Tabla 5

Cronograma General y Recursos Necesarios

Actividad	Tiempo	Responsables	Recursos Necesarios
Diagnóstico participativo y línea base	Meses 1-3	Secretaría de Salud, academia, comunidad	Facilitadores, encuestas, reuniones, análisis ASIS y sistematización de información.
Georreferenciación y priorización territorial	Meses 2-6	Secretaría de Salud, TIC, EPS, IPS	Software, bases de datos, mapas, apoyo técnico y validación comunitaria.
Implementación de jornadas APS	Meses 4-24	ESE, IPS, EPS, equipos territoriales	Médicos, enfermería, promotores, insumos, transporte y registros nominales.

Fortalecimiento de redes integradas	Meses 4-18	EPS, IPS, ESE, Secretaría de Salud	Mesas técnicas, protocolos, seguimiento de casos y alertas de abandono.
Participación comunitaria y educación en salud	Meses 4-30	Comunidad, educación, desarrollo social	Material educativo, líderes comunitarios, espacios locales y socialización de rutas.
Monitoreo, evaluación y sostenibilidad	Meses 6-36	Equipo evaluador, veedurías, academia	Tablero de control, encuestas, auditorías sociales e informes de seguimiento.

Nota. Autoría propia. La tabla muestra la planificación temporal, responsables y recursos requeridos para la ejecución de la intervención.

Esta tabla metodológica, detalla la planificación temporal y los requerimientos operativos de la intervención, asegurando una asignación coherente entre las actividades planificadas, los actores responsables y los insumos técnicos. Su diseño en fases progresivas permite estructurar de forma ordenada la transición desde el diagnóstico participativo inicial hasta el monitoreo de los indicadores a largo plazo, garantizando que el despliegue en territorio cuente con el respaldo de capital humano y logístico necesario para su viabilidad.

Presupuesto Detallado

Se hace el ajuste al presupuesto para que esté acorde con las estrategias y las actividades expuestas anteriormente. El monto total para implementar es de \$1.800.000.000 COP en un periodo de tres años. La distribución que se presenta es en millones de pesos colombianos y tiene correspondencia directa con las acciones de la intervención en la línea operativa.

La asignación prioriza las jornadas de Atención Primaria en Salud y atención extramural, ya que es este un componente donde se concentra la operación territorial directa. También se asignan recursos importantes a la funcionalidad de las redes, al sistema de información y a la georreferenciación, puesto que estos son los componentes que permitirán disminuir el tiempo de espera, mejorar la continuidad de la atención y facilitar la toma de decisiones fundamentadas en evidencia.

Tabla 6*Presupuesto Detallado de la Propuesta de Intervención*

Rubro	Valor Estimado	Justificación Técnica
Diagnóstico participativo y línea base	\$150.000.000	Encuestas, reuniones, facilitadores, consolidación de línea base y análisis territorial.
Jornadas APS y atención extramural	\$500.000.000	Equipos de salud, insumos, desplazamientos, tamizajes, seguimiento comunitario y controles preventivos.
Fortalecimiento de redes integradas y continuidad	\$350.000.000	Mesas EPS-IPS, protocolos de referencia, seguimiento a autorizaciones y gestión de casos.
Sistema de información y georreferenciación	\$300.000.000	Software, tableros de control, interoperabilidad, mapas de servicios y soporte técnico.
Educación, participación comunitaria y comunicaciones	\$150.000.000	Material educativo, campañas, formación de líderes, encuentros comunitarios y divulgación de rutas.

Capacitación de talento humano	\$200.000.000	Formación en APS, enfoque diferencial, rutas integrales, atención humanizada y gestión territorial.
Monitoreo, evaluación y auditoría social	\$150.000.000	Evaluadores, encuestas de satisfacción, informes, veedurías y evaluación de impacto.
Total	\$1.800.000.000	Presupuesto global estimado para tres años.

Nota. Autoría propia. La tabla presenta la distribución financiera de los recursos y su justificación técnica para la implementación del proyecto.

Este componente financiero, desglosa la inversión global de \$1.800.000.000 COP proyectada para la ejecución de la propuesta durante un periodo de tres años. La distribución de los rubros responde a una justificación técnica que articula los costos operativos con los objetivos estratégicos del proyecto, garantizando que cada actividad cuente con el respaldo económico necesario para su viabilidad y sostenibilidad institucional.

Figura 3*Presupuesto Detallado*

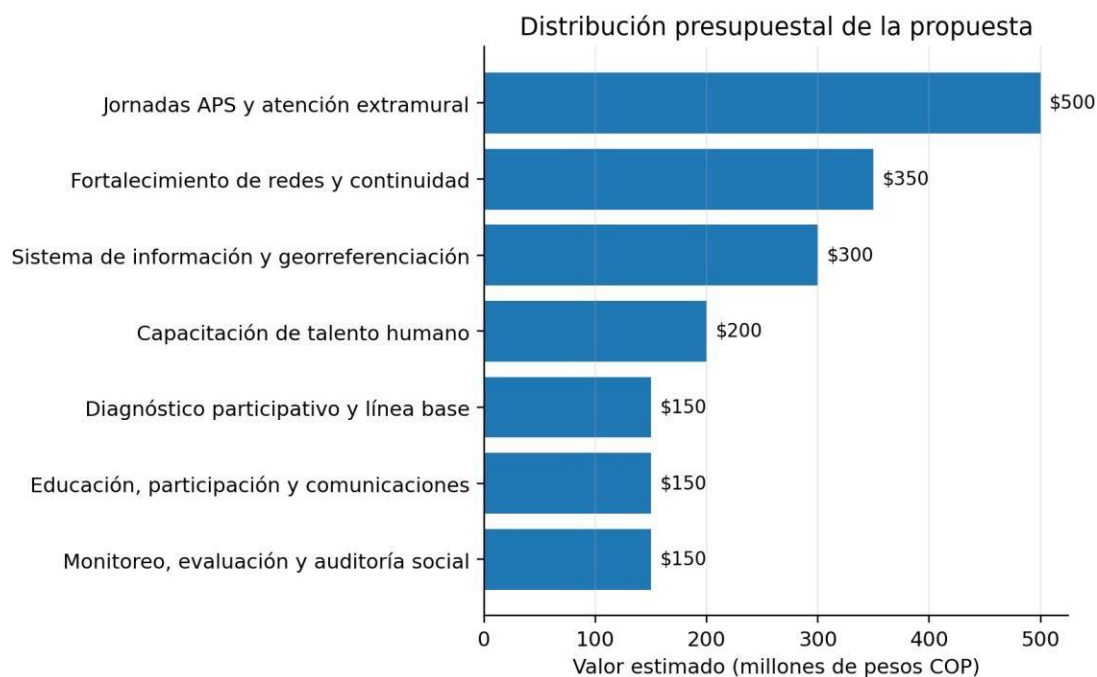
Nota. Autoría propia. La figura representa la distribución porcentual del presupuesto total destinado a la propuesta de intervención, identificando los componentes con mayor asignación financiera para la implementación de estrategias territoriales.

Esta representación gráfica en forma de pastel expone la participación porcentual de cada rubro sobre la inversión global de la propuesta, evidenciando de manera clara el peso financiero de cada componente. El segmento mayoritario corresponde a las Jornadas APS y atención extramural con un 27.8% del total, lo que reafirma el enfoque operativo directo en los territorios vulnerables. Le siguen en relevancia estratégica el fortalecimiento de redes integradas (19.4%) y el desarrollo de sistemas de información y georreferenciación (16.7%), sumando entre ambos más de un tercio del presupuesto. El porcentaje restante se distribuye de manera equitativa e integral entre la capacitación del talento humano, el diagnóstico basal, la educación comunitaria

y los procesos de auditoría social, asegurando un equilibrio técnico para la sostenibilidad del proyecto.

Figura 4

Distribución Presupuestal de la Propuesta de Intervención



Nota. Autoría propia. La figura presenta los valores estimados asignados a cada componente de la propuesta de intervención, destacando la mayor inversión en jornadas de A.P.S. y atención extramural.

La Figura 3, permite evidenciar que, la mayor proporción del presupuesto se asigna a jornadas de APS y a la atención extramural, pues esta estrategia es la que permite acercar los servicios a la población priorizada. También se asignan recursos relevantes al fortalecimiento de redes y a sistemas de información, ambos componentes necesarios para mejorar la continuidad, la referencia, la contrarreferencia y la toma de decisiones basada en evidencia.

Evaluación y Sostenibilidad

La evaluación se ejecutará a través de un seguimiento trimestral de los indicadores de gestión y resultados, y por tanto se considerarán la oportunidad de las citas, la cobertura en la promoción y prevención, la continuidad del cuidado, los controles prenatales completos, la satisfacción de los usuarios y las barreras reportadas, lo cual permite llevar a cabo ajustes durante la ejecución y evitar que la propuesta se convierta en una serie de medidas que no sean controladas en su impacto.

por su parte, los mecanismos de control están acompañados de tablero de indicadores, análisis de PQRD, encuestas rápidas a realizar en comunas y corregimientos, reuniones con organizaciones de la comunidad y auditorías sociales; en este sentido, la participación de la comunidad servirá para asegurar si las estrategias apuntan a necesidades reales y si las rutas de atención son comprendidas y utilizadas por la población; asegurar la continuidad de la propuesta está supeditado a su apropiada articulación con el plan territorial de salud, el plan decenal de salud pública, las políticas de atención primaria en salud y los instrumentos de planeación del distrito. También se precisa la disposición de un recurso de financiamiento anual, la capacitación continua del talento humano, la interoperabilidad de las bases de datos, así como la participación de las veedurías en Salud.

Con el objetivo de garantizar la continuidad, se sugiere institucionalizar las mesas EPS-IPS-Secretaría de Salud, incluir una asignación específica dentro del presupuesto territorial, vincular cooperación técnica en el caso de que lo permita el contexto, así como afianzar alianzas con universidades en materia de evaluación, asistencia técnica y sistematización de aprendizajes.

Conclusiones

La carencia del acceso a los servicios de salud pública en el municipio de Santiago de Cali es un problema estructural que se expresa en las inequidades sociales, económicas, territoriales, institucionales. Las barreras señaladas intervienen en la oportunidad de la atención, en la continuidad de los tratamientos a seguir o también en la posibilidad que el sistema tiene para prevenir complicaciones que son evitables. En el análisis de los datos también se desprende que las brechas territoriales en servicios públicos y el aumento en la razón de mortalidad materna suceden como elementos considerados señales de alerta, que tienen como finalidad fortalecer la gestión territorial en la salud. Justificando una intervención que conjugue la atención primaria, acciones extramurales, seguimiento comunitario e intersectorial.

La propuesta planteada pasa de un diagnóstico descriptivo a la elaboración de un plan de intervención que, tiene un esbozo de las estrategias a seguir, actividades a realizar, responsables en el marco de indicadores, cronograma y presupuesto. Esta nueva estructura, además de resumir el contenido, da firmeza a la calidad académica del documento y, al mismo tiempo, permite su validación como producto del diplomado. Por su parte, la sustentabilidad de la intervención requiere compromiso institucional, financiación permanente, participación comunitaria y sistemas de información que permitan tomar decisiones basadas en la evidencia. De no ser así se corre el riesgo de no dar continuidad a las estrategias y por lo tanto no lograr transformaciones en el acceso efectivo a los servicios de salud.

Recomendaciones

Se recomienda priorizar los territorios con mayor vulnerabilidad mediante herramientas de georreferenciación que permitan identificar barreras de acceso, oferta de servicios y necesidades específicas por comuna o corregimiento, para poder fortalecer las jornadas de atención primaria en salud en zonas rurales y periféricas, integrando promoción, prevención, educación, tamizaje, seguimiento y canalización efectiva hacia rutas integrales.

Del mismo modo, se recomienda consolidar mesas técnicas permanentes entre secretarías de salud, EPS, IPS y ESE para reducir demoras, mejorar referencia y contrarreferencia y garantizar continuidad del cuidado. También, incluir mecanismos de participación comunitaria y veeduría social para que la población contribuya a identificar barreras, evaluar la atención recibida y proponer ajustes territoriales.

Y finalmente, se sugiere mantener un presupuesto detallado, coherente y verificable, asociado directamente con cada estrategia y con indicadores para poder darle cumplimiento a lo anteriormente planteado y poder darle una atención en salud digna a cada usuario en cualquier zona del país.

Referencias Bibliográficas

Alcaldía de Santiago de Cali. (2024). *Análisis de situación de salud (ASIS) 2024*. Secretaría de Salud Pública Distrital de Santiago de Cali.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-cali-2024.zip>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*.

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*. Gobierno de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud*. Gobierno de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)*. Gobierno de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Gobierno de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud*. https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_At-Declaracion-1978.pdf

Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2018). *Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (2018). *Instructivo entrega trabajos de grado al repositorio institucional: Lineamientos para el estudiante*.

<https://sig.unad.edu.co/documentos/sgc/instructivos/I-2-7-4.pdf>

Apéndices

Apéndice A

Datos Base Utilizados Para las Gráficas

	Categoría	Valor	Fuente
Cobertura de acueducto	Zona urbana/cabecera	84,3 %	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base
Cobertura de acueducto	Zona rural	34,97 %	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base
Cobertura de alcantarillado	Zona urbana/cabecera	84,1 %	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base
Cobertura de alcantarillado	Zona rural	30,77 %	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base
Razón de mortalidad materna	Año 2023	29,7 por 100.000 nacidos vivos	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base

Razón de mortalidad materna	Año 2024	32,3 por 100.000 nacidos vivos	ASIS Santiago de Cali 2024 citado en el documento base
Presupuesto total ajustado	Tres años	\$1.800.000.000 COP	Elaboración propia con base en las estrategias de intervención

Nota. Autoría propia. El apéndice reúne los datos utilizados para la elaboración de las figuras incluidas en el documento, con sus respectivas fuentes de información