ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE – PTRRMR

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Germán Escobar Giraldo
Secretario de Salud

Yanet Vélez Jaramillo
Subsecretaría de Protección de la Salud y
Prestación de Servicios

Secretaría de Salud Pública
Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico,
Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali
Valle del Cauca, Colombia

Mayo 2026

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 7
2. ALCANCE 9
2.1. Marco Normativo 9
2.2. Marco Conceptual 12
3. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA RED PÚBLICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 17
3.1. Análisis Demográfico, Epidemiológico y Determinantes Sociales 18
3.1.1. Análisis demográfico y social 18
3.1.2. Análisis epidemiológico 19
3.2. Análisis de la Oferta de Servicios en el Territorio 59
3.2.1. Población asegurada de Santiago de Cali 59
3.2.2. Distribución de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali. 64
3.2.3. Puntos de la Red Prestadora de Servicios de Salud Habilitados 69
3.2.4. Oferta Capacidad Instalada Departamento y Distrito de Santiago de Cali 70
3.2.5. Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado ESE del Distrito Especial de Santiago de Cali. 76
3.2.7. Diagnóstico de la infraestructura hospitalaria de la Red Pública de Baja Complejidad del Distrito de Santiago De Cali. 81
3.2.8. Análisis de la dotación biomédica de las ESE de la red de baja complejidad del Distrito de Santiago de Cali. 82
3.2.9. Análisis de la infraestructura tecnológica (TICS) de las redes de baja complejidad del Distrito Especial de Santiago de Cali. 85
3.2.10. Análisis del Talento Humano 88
3.2.11. Barreras de acceso a los servicios de salud 91
3.3. Identificación de brechas bajo el enfoque de equidad y acceso 92
4.1. Organización por tipologías de servicios de salud acorde al nivel primario y complementario 97
4.1.1. Tipologías de los Puntos de Atención o Sedes de Prestación de Servicios 97
4.1.2. Tipologías de Servicios y Nivel Complementario 114
4.2. Portafolio de servicios y características por tipología 115
4.2.1. Portafolio de servicios puesto de salud 116
4.2.2. Portafolio de servicios centros de salud 117

4.2.3. Portafolio de servicios hospital primario – Hospital I 121
4.2.4. Portafolio de servicios hospital de referencia – Hospital II 123
4.3. Organización territorial y configuración acorde a consideraciones territoriales 135
4.3.1. Microred de Salud del Norte 135
4.3.2. Microred de Salud Ladera 137
4.3.3. Microred de salud centro 139
4.3.4. Microred de Salud Oriente 141
4.3.5. Microred Suroriente 142
4.3.6. Microred de Salud del Adulto Mayor – Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE 144
4.4. Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud Pública 147
5. ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA 147
5.1. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y la resolutividad del nivel primario 148
5.2. Fortalecimiento de la Infraestructura Hospitalaria 148
5.3. Modernización de la infraestructura, dotación biomédica y TIC 154
5.4. Actualización de la infraestructura tecnológica (TICS). 156
5.5. Fortalecimiento del talento humano en salud y la cultura organizacional 157
6. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PTRRMR 158
6.1. Niveles de madurez 159
6.2. Mecanismos de seguimiento y evaluación 160

Índice de tablas

Tabla 1: Marco normativo del PTRRMR del Distrito Especial de Santiago de Cali 9
Tabla 2: Marco conceptual del PTRRMR 12
Tabla 3: Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Santiago de Cali, 2015 –2024 21
Tabla 4: Comportamiento demográfico y social de mortalidad materna temprana, Cali a semana 24 de 2024 - 2025. 42
Tabla 5: Distribución geoespacial de casos de morbilidad materna extrema, Cali a semana 44 de 2025. 45
Tabla 6: Distribución geoespacial de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Cali a semana 44 de 2024-2025. 46
Tabla 7: Distribución geoespacial de casos de sífilis gestacional, Cali, semana 44 de 2024-2025. 48
Tabla 8: Oferta capacidad instalada departamento del Valle del Cauca y Distrito de Santiago de Cali. 71
Tabla 9: Análisis de la oferta pública 73
Tabla 10: Análisis de oferta de servicios de salud por grupo 75
Tabla 11: Medidas de complejidad 78
Tabla 12: Ejecución de la próxima vigencia 79
Tabla 13: Operación EBS 2025 80
Tabla 14: Inventario general de La red pública de baja complejidad. 82
Tabla 15: Capacidades instaladas en las ESE del Distrito de Santiago de Cali 84
Tabla 16: Identificación de brechas y respuesta requerida por la red del PTRRMR. 93
Tabla 17: Detalle de la Microred ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 18: Tipologías y número de tipologías 112
Tabla 19: Microred – tipologías y número de tipologías 112
Tabla 20: Tipologías y nivel complementario 114
Tabla 21: Portafolio de servicios de puesto de salud ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 22: Portafolio de servicios centros de salud ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 23: Portafolio de servicios hospital primario ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 24: Portafolio de servicios hospital de referencia ... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 25: Principales proyectos de infraestructura registrados por ESE 149
Tabla 26: Servicios Centro de Salud Antonio Nariño 152
Tabla 27: Servicios Centro de Salud la Rivera 152
Tabla 28: Servicios Centro de Salud Terron Colorado 153

Tabla de Gráficos

Ilustración 1: Casos de Salud Mental 2025 24
Ilustración 2: Casos de salud mental por sexo y régimen 2025..... 25
Ilustración 3: Primeras 10 Causas de Mortalidad en Santiago de Cali 28
Ilustración 4: Situación actual de cáncer 32
Ilustración 5: Cáncer de Próstata, Colombia, años 2015 – 2024..... 33
Ilustración 6: Porcentaje por eventos de interés en Salud Pública (EISP) 35
Ilustración 7: Casos EISP según ubicación de la ESE 35
Ilustración 8: Comportamiento de la notificación de mortalidad materna, Cali a semana 1-24, 2019-2025 39
Ilustración 9: Comparativo de la razón de mortalidad materna con otras ciudades, Cali a semana 24 de 2025..... 40
Ilustración 10: Distribución geoespacial de casos de mortalidad materna, Cali, semana 1-24, 2025. 41
Ilustración 11: Comportamiento de la notificación de morbilidad materna extrema por semana epidemiológica, Cali, semana 1-44, 2022 a 2025. 44
Ilustración 12: Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en principales ciudades, Cali, semana 1-44, 2019-2025. 46
Ilustración 13: Comportamiento del número de casos y prevalencia de sífilis congénita, Cali a semana 44 de 2019-2025..... 49
Ilustración 14: Distribución geoespacial de casos de sífilis congénita, Cali a semana 44 de 2025..... 51
Ilustración 15: Tasa global de mortalidad integrada (IRA, EDA, DNT aguda) en menores de 5 años Cali, 2019 – 2025..... 56
Ilustración 16: Incidencia Tuberculosis, Cali, semana 1-44,2021- 2025..... 57
Ilustración 17: Incidencia VIH/SIDA, Cali, semana 1-44,2017- 2025..... 58
Ilustración 18: Población Asegurada de Santiago de Cali 59
Ilustración 19: Población asegurada por régimen..... 61
Ilustración 20: Distribución por EPS 62
Ilustración 21: Ubicación geográfica de las ESE 66
Ilustración 22: Puntos de la red. 69
Ilustración 23: Motivos principales de barreras de atención en salud – enero a diciembre (2025) 92
Ilustración 24: Ubicación Geográfica IPS Red de Salud del Norte 136
Ilustración 25: Microred de Salud del Norte..... 136
Ilustración 26: Microred Ladera 138
Ilustración 27: Microred de Salud de Ladera 139
Ilustración 28: Microred de Salud del Centro..... 140
Ilustración 29: Microred de Salud del Centro..... 141
Ilustración 30: Microred Red de Salud del Oriente 142
Ilustración 31: Microred de Salud del Oriente..... 142

Ilustración 32: Microred de Salud del Sur Oriente 143
Ilustración 33: IPS Microred de Salud del Suroriente 144
Ilustración 34: Microred Adulto Mayor 145
Ilustración 35: IPS Microred adulto mayor 146

1. INTRODUCCIÓN

El Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali formula la presente actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 49 de la Constitución Política, el Estado tiene la responsabilidad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, garantizando su organización descentralizada por niveles de atención y con participación ciudadana.

Este mandato constitucional se desarrolla mediante un marco normativo integrado, entre otras, por las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, las cuales han definido las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en materia de dirección, coordinación y prestación de los servicios de salud. Asimismo, dichas disposiciones han establecido los instrumentos de planeación necesarios para garantizar la equidad, la continuidad y la calidad en la atención de la población.

Asimismo, el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 creó los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR, como instrumento de planeación orientado al fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios de salud, los cuales deben sustentarse en un diagnóstico integral de la situación de la red pública en cada territorio, considerando la accesibilidad a los servicios, la eficiencia operativa, la sostenibilidad financiera y la calidad de la atención, e incorporando medidas que fortalezcan la capacidad instalada, la gestión institucional y la resolutividad de los servicios ofrecidos a la población.

La presente actualización del PTRRMR se desarrolla conforme al “Lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR”, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la Circular Externa 000041 de 2025, mediante la cual se actualizan las directrices técnicas y metodológicas para la formulación, reorganización y fortalecimiento progresivo de las redes públicas de prestación de servicios de salud en los territorios, siendo una herramienta estratégica de planeación y gestión territorial que orienta la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud, asegurando que la oferta pública responda a las necesidades, características y condiciones sociales, geográficas y demográficas de la población.

Este enfoque reconoce la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre las condiciones de vida y el bienestar de las comunidades, y promueve acciones coordinadas para reducir brechas en el acceso, fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de

atención y mejorar los resultados en salud.

Asimismo, la Ley 1438 de 2011 establece la Atención Primaria en Salud como estrategia orientadora del Sistema General de Seguridad Social en Salud y define la conformación de redes integradas de servicios de salud como mecanismo fundamental para garantizar atención integral, continua y resolutiva. En consecuencia, la red pública distrital no se limita a funciones asistenciales, sino que constituye un componente estratégico para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo, vigilancia en salud pública, atención comunitaria y abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social establece que los PTRRMR deben sustentarse en análisis técnicos integrales de la población y territorio, oferta de servicios, capacidad resolutiva, accesibilidad, sostenibilidad financiera, gestión del riesgo y organización funcional de las redes de prestación de servicios de salud; articulado con los instrumentos de planeación sectorial y territorial vigentes, el Plan Territorial de Salud, el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación (PMIDS), el Plan Decenal de Salud Pública y los planes de desarrollo territoriales.

En este contexto, la actualización del PTRRMR del Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali se orienta a la reorganización funcional y financiera de las Empresas Sociales del Estado y de sus capacidades institucionales, de una manera planificada y estratégica, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y atendiendo a los cambios y necesidades demográficas, epidemiológicas, sociales y territoriales del Distrito, para mejorar la resolutividad territorial y garantizar la sostenibilidad progresiva de la red pública distrital.

La actualización del PTRRMR se fundamenta en los principios orientadores de enfoque de derechos; equidad territorial; fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud; organización funcional de redes integradas; gestión integral del riesgo; participación social; sostenibilidad institucional; y mejora continua de la capacidad resolutiva de la red pública.

En este marco, el PTRRMR se consolida como el principal instrumento técnico de planificación para orientar la reorganización, modernización y fortalecimiento progresivo de la red pública de prestación de servicios de salud del Distrito de Santiago de Cali, articulando la planeación territorial, la sostenibilidad operativa y las estrategias de fortalecimiento institucional requeridas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

2. ALCANCE

El presente documento tiene como ámbito de aplicación a la Entidad territorial Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, sus Empresas Sociales del Estado (ESE) y demás actores que integran la red pública de prestación de servicios de salud, el cual permitirá:

- La formulación, actualización y ejecución del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE con el enfoque de Atención Primaria en Salud.
- La organización y modernización funcional de la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo con las necesidades de fortalecimiento del nivel primario a nivel territorial atendiendo las necesidades y el enfoque de cuidado integral de la salud.
- El fortalecimiento del nivel primario como puerta de entrada al sistema y articulador de la red de prestación de servicios del territorio.
- El fortalecimiento de la capacidad resolutiva, de innovación y producción de conocimiento relevante y contextualizado a las necesidades del territorio y la diversidad de poblaciones en el país.
- La evaluación periódica de los avances, resultados e impactos del PTRRMR, como parte del proceso de mejora continua de la gestión territorial.

2.1. Marco Normativo

Tabla 1: Marco normativo del PTRRMR del Distrito Especial de Santiago de Cali

N°	Norma	Objeto / Artículo relevante	Relevancia para el PTRRMR de Cali
1	Constitución Política, art. 49 (mod. Acto Leg. 2/2009)	Salud como servicio público a cargo del Estado; organización descentralizada por niveles de atención con participación comunitaria	Base constitucional del deber del Distrito de organizar la red pública de prestación
2	Constitución Política, art. 48	Seguridad Social como servicio obligatorio bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad	Principios rectores de la operación de las ESE distritales
3	Ley 100 de 1993	Creación del SGSSS; definición de la red pública y privada de prestación	Marco sistémico de referencia para la organización de la red

N°	Norma	Objeto / Artículo relevante	Relevancia para el PTRRMR de Cali
4	Ley 715 de 2001, art. 54	Competencia distrital de organizar y consolidar redes de prestación de servicios; organización por grados de complejidad con referencia y contrarreferencia	Asigna al Distrito la responsabilidad directa de diseñar y gestionar la red pública de baja complejidad
5	Ley 1122 de 2007	Ajustes al SGSSS; mejoramiento de eficiencia y calidad; garantía de servicios de baja complejidad en el municipio de residencia	Obliga a mantener servicios básicos de forma permanente en el territorio
6	Ley 1438 de 2011, arts. 60–64	Definición de redes integradas de servicios de salud; criterios determinantes para su conformación (13 criterios explícitos); articulación territorial	Establece los 13 criterios que estructuran el PTRRMR; define la APS como eje organizador de la red
7	Ley 1450 de 2011, art. 156	Creación del PTRRMR como instrumento de planeación territorial de la red pública	Norma que da origen formal al instrumento que se actualiza mediante este documento
8	Ley 1608 de 2013 y Decreto 1141 de 2013	Procedimiento de viabilización de PTRRMR por parte del Ministerio de Salud	Base del proceso de aprobación ministerial del documento de Cali
9	Ley 1751 de 2015	Salud como derecho fundamental autónomo; elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad	Orienta el enfoque de derechos que atraviesa toda la formulación del PTRRMR
10	Ley 1966 de 2019, art. 7	Reorganización y racionalización de redes prestadoras; privilegio de la red pública; principios de transparencia, eficiencia y complementariedad	Faculta al Distrito para racionalizar la oferta e integrar prestadores públicos, privados y mixtos
11	Ley 2294 de 2023 (PND 2022–2026), art. 164	Obligación de formular PMIDS; modelo preventivo, predictivo y resolutivo con enfoque territorial	Vincula el PTRRMR con los instrumentos de inversión en infraestructura y dotación

N°	Norma	Objeto / Artículo relevante	Relevancia para el PTRRMR de Cali
12	Decreto 1437 de 2025	Adopción del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN)	Instrumento de priorización de inversiones que debe articularse con el presente PTRRMR
13	CONPES 4169 de 2025	Declaratoria de importancia estratégica del proyecto de ampliación de capacidad instalada hospitalaria 2026–2030	Viabiliza vigencias futuras para inversión en la red pública; aplica directamente a ESE del Distrito
14	Resolución 1035 de 2022	Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 "Avanzando juntos hacia la equidad en Salud"	Marco de política que define las prioridades sanitarias que debe atender la red distrital
15	Resolución 1441 de 2016 y modificatorias	Estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)	Regula las redes integrales de prestadores de servicios de las EPS.
16	Resolución 3100 de 2019 y Resols. 544/2024 y 465/2025	Procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de prestadores y servicios de salud	Marco técnico-administrativo aplicable a cada ESE y sede de la red distrital
17	Resolución 1597 de 2025	Gestión territorial integral de la salud pública; Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) bajo APS	Articula las acciones colectivas de la red con la prestación de servicios individuales
18	Resolución 2373 de 2025	Metodología para la formulación de Planes Maestros de Inversiones en Salud (PMIDS) territoriales	Define cómo deben planearse las inversiones en infraestructura derivadas del PTRRMR
19	Circular Externa 041 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social	Actualiza los lineamientos para los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE (PTRRMR).	Este instrumento busca fortalecer la red pública hospitalaria mediante un enfoque en la Atención Primaria en Salud (APS), la integralidad de servicios y la modernización tecnológica

N°	Norma	Objeto / Artículo relevante	Relevancia para el PTRRMR de Cali
21	Circular 016 de 2026	Prorrogar el plazo originalmente establecido para que las entidades territoriales formulen o actualicen su Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE (PTRRMR).	Modifica plazos y directrices técnicas para los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

2.2. Marco Conceptual

El marco conceptual del presente programa se fundamenta en el lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR", expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la comprensión de la salud como un derecho fundamental y en la necesidad de organizar los servicios desde un enfoque de equidad, territorialidad, determinantes sociales y atención primaria en salud.

Tabla 2: Marco conceptual del PTRRMR

Concepto	Descripción
Accesibilidad	Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, el cual debe darse cerca a los territorios donde viven, transitan, se recrean, trabajan y estudian.
Análisis de Situación en Salud (ASIS)	Procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la población en el territorio, permitiendo identificar los desafíos y retos en salud en marco de los determinantes sociales en salud.
Atención Primaria en Salud (APS)	Estrategia que orienta el sistema hacia la promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, con participación comunitaria, enfoque familiar e interculturalidad. Es el eje organizador de la prestación de servicios y base para

Concepto	Descripción
	fortalecer el nivel primario de atención y garantizar el acceso desde el componente territorial, ajustado a la situación de salud de la población.
Calidad e idoneidad profesional	Conjunto de características que garantizan que los servicios sean seguros, oportunos, centrados en las personas, eficientes y basados en evidencia científica. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en las personas, familias y comunidades, y ser apropiados desde el punto de vista técnico–científico, sustentado en la formación, experiencia e idoneidad del talento humano en salud.
Complementariedad	Garantía de la conformación y organización de la red en un territorio a partir de los acuerdos entre el sector, para la atención en salud de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y comunidades.
Continuidad	Garantía a las personas, familias y comunidades de la provisión permanente, articulada y coherente de servicios de salud, asegurando su disponibilidad y accesibilidad de manera ininterrumpida a lo largo del tiempo, para una población de un municipio o área geográfica, de forma que se responda oportunamente a sus necesidades y se preserve la integralidad del cuidado. Garantiza el cuidado integral de la salud sin interrupciones a lo largo del curso de vida.
Cuidado integral de la salud	Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutividad de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades.
Derecho fundamental a la salud	La salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Su garantía implica asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para todas las personas, sin discriminación. El Estado tiene la

Concepto	Descripción
	obligación de adoptar políticas, planes y programas que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud.
Determinantes sociales de la salud (DSS)	Son las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas que influyen en el estado de salud de las personas y comunidades. El análisis de los DSS permite comprender las desigualdades territoriales y orientar las acciones de planeación en salud hacia la equidad.
Empresa Social del Estado - ESE	Art. 83 ley 489 de 1998: Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud, se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente Ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen. Art. 1 Decreto 1876 de 1994 - *Naturaleza jurídica:* Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.
Equidad en salud	Implica garantizar oportunidades para alcanzar el máximo nivel de salud posible, eliminando las barreras sociales, económicas y territoriales que generan desigualdad en el acceso a los servicios. La equidad es un principio rector de la planeación territorial en salud que apunta a la disminución de brechas acorde con las consideraciones regionales y de acceso.
Eventos de Interés en Salud Pública (EISP)	Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) son aquellas enfermedades, condiciones, situaciones o factores que representan un riesgo para la salud de la población y que, por su impacto, frecuencia, gravedad o posibilidad de propagación, requieren vigilancia, notificación, análisis y control por parte del sistema de salud. En Colombia, estos eventos son vigilados a través del sistema de vigilancia epidemiológica denominado SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública).

Concepto	Descripción
Integración	Se refiere a sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, que responda al cuidado integral de la salud de la población.
Integralidad	Se entiende como la capacidad del sistema de salud para ofrecer a las personas, familias y comunidades una atención continua, articulada y completa que cubra todo el ciclo de cuidado en salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en todos los niveles de complejidad, y de forma coherente con sus necesidades reales de salud.
Interculturalidad	Se refiere al respeto por las diferencias culturales existentes en el país que implica el esfuerzo para desarrollar los mecanismos que integran esta diversidad en las políticas, en los servicios de salud y las condiciones de vida de la población. Lo anterior se desarrolla a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud.
Intersectorialidad	Característica que permite coordinar sus esfuerzos y recursos para abordar de manera conjunta problemáticas complejas. Este atributo impulsa la colaboración, el compromiso público y la participación social para lograr soluciones más efectivas y la transformación de la sociedad.
Longitudinalidad	Capacidad de garantizar una relación continua, estable y confiable entre las personas, las familias y las comunidades con la institución prestadora de servicios de salud del nivel primario y sus Equipos Básicos de Salud, mediante un seguimiento permanente a lo largo del tiempo y durante todo el curso de vida, a través de herramientas como el Plan Integral de Cuidado en Salud. La longitudinalidad permite un conocimiento profundo y sostenido de las condiciones de salud, los contextos y las necesidades de la población, facilitando una atención integral, personalizada, resolutiva y centrada en las personas, con continuidad en los procesos asistenciales y de acompañamiento territorial.
Pertinencia	Cualidad de una intervención, servicio o decisión clínica que asegura que esta sea adecuada, necesaria y coherente con

Concepto	Descripción
	las necesidades reales de salud de la persona, familia o comunidad, determinadas por la situación clínica, el contexto epidemiológico y los determinantes sociales y culturales del territorio, con la mejor evidencia científica disponible y/o las guías de práctica clínica vigentes, evitando procedimientos innecesarios, obsoletos o de bajo valor, en el nivel de complejidad requerido, garantizando que la atención se brinde en el escenario más cercano y resolutivo posible. En los contextos interculturales, se tendrá en cuenta los valores, preferencias y contexto cultural del usuario y su comunidad, respetando la autonomía y fomentando la participación informada.
Planeación territorial en salud	Proceso técnico y participativo mediante el cual las entidades territoriales analizan la situación de salud, priorizan problemas, definen estrategias y articulan acciones entre los diferentes niveles de gestión. Permite alinear la red pública con los determinantes sociales y las necesidades poblacionales. Primer contacto Se comprende como el punto inicial de atención ante cualquier necesidad de salud, garantizando que las personas, familias y comunidades accedan a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde el nivel primario, de forma oportuna, cercana y resolutiva y transitar al nivel complementario según necesidad.
Proximidad territorial	Se refiere a la capacidad del sistema de salud para brindar servicios cercanos y accesibles de acuerdo con las necesidades, las características de la población y las condiciones geográficas del territorio.
Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE (PTRRMR)	Instrumento de planeación territorial creado por la Ley 1450 de 2011 para fortalecer la red pública de prestación de servicios. Debe basarse en diagnósticos integrales de acceso, eficiencia, sostenibilidad y calidad, e incluir medidas de reorganización, fortalecimiento institucional y modernización de la gestión.
Rentabilidad social	Situación en la cual el Estado y todas las instituciones que hacen parte de él, debe adoptar medidas razonables, eficaces,

Concepto	Descripción
	progresivas y sostenidas para garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos por la población, priorizando el bienestar y la satisfacción de las necesidades sociales por encima de los criterios de rentabilidad económica.
Resolutividad en salud	Capacidad del sistema, las instituciones y los equipos de salud para atender de manera oportuna y eficaz las necesidades de salud de la población en el punto más cercano posible, evitando derivaciones innecesarias. Requiere talento humano calificado, infraestructura adecuada, gestión clínica efectiva y articulación intersectorial para garantizar el cuidado integral de la salud.
Sistema Único de Habilitación (SUH)	Es un conjunto de normas y requisitos básicos y obligatorios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Su objetivo principal es autorizar la operación de estas entidades garantizando la seguridad de los pacientes frente a los riesgos asociados a la atención médica.
Suficiencia	Condición en la que la red cuenta con la disponibilidad y capacidad adecuada de servicios, tecnologías e intervenciones sanitarias para responder de manera integral, continua y oportuna a las necesidades reales de la población, garantizando la presencia y operatividad de los recursos técnicos, tecnológicos, administrativos, de gestión, del personal de salud, de infraestructura y financieros requeridos.

Fuente: Normatividad vigente, Ministerio de Salud y Protección Social, OMS y OPS.

3. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA RED PÚBLICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El análisis situacional de la red pública de prestación de servicios de salud del Distrito Especial de Santiago de Cali permite reconocer las dinámicas demográficas, sociales y epidemiológicas que actualmente condicionan las necesidades en salud de la población y la capacidad de respuesta del sistema sanitario en el territorio. La interacción entre el crecimiento poblacional, las condiciones de vulnerabilidad social, la carga de enfermedad y la demanda progresiva de servicios evidencia retos importantes relacionados con oportunidad, continuidad y resolutividad de la atención, especialmente en zonas con mayores inequidades sociales y territoriales.

Desde una perspectiva epidemiológica y de gestión en salud pública, este análisis constituye una herramienta fundamental para orientar la planeación territorial, priorizar intervenciones y fortalecer la organización de la red pública de servicios, considerando no solo el comportamiento de los eventos priorizados, sino también las condiciones de acceso y distribución de la oferta en el territorio. En este contexto, el desarrollo del análisis se estructura en tres componentes principales: análisis demográfico, social y epidemiológico; análisis de la oferta de servicios en el territorio; e identificación de brechas bajo el enfoque de equidad y acceso.

3.1. Análisis Demográfico, Epidemiológico y Determinantes Sociales

En el Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, el contexto territorial y demográfico refleja importantes dinámicas poblacionales y sociales que influyen directamente en el comportamiento epidemiológico y en las necesidades de atención en salud de la población. El Análisis de Situación de Salud - ASIS integra la caracterización poblacional a partir de proyecciones DANE, distribución por sexo, grupos etarios, zona de residencia, pertenencia étnica, población víctima del conflicto armado, población migrante y población LGBTIQ+, así como indicadores relacionados con dinámica demográfica, fecundidad, mortalidad y condiciones sociales.

De manera complementaria, el tablero epidemiológico consolida 16.415 casos de eventos de interés en salud pública notificados durante la semana epidemiológica 53 de 2025, permitiendo identificar comportamientos, tendencias y prioridades sanitarias en el territorio.

El principal hallazgo es que Cali presenta una estructura poblacional en transición demográfica, con predominio urbano, mayor proporción de mujeres, reducción de la natalidad, envejecimiento progresivo y concentración de vulnerabilidades sociales en territorios específicos, especialmente en comunas del oriente y zonas con pobreza multidimensional. Desde el componente epidemiológico, los eventos con mayor carga son violencia de género e intrafamiliar, dengue, morbilidad materna extrema, tuberculosis, VIH/SIDA, cáncer de mama y cuello uterino, intoxicaciones y desnutrición aguda en menores de 5 años.

En términos estratégicos, la información permite identificar una ciudad con riesgos sanitarios múltiples: sociales, ambientales, transmisibles, materno-perinatales, crónicos y de salud mental. Esto exige una respuesta territorializada, intersectorial y basada en inteligencia epidemiológica, no solo en conteo de casos.

3.1.1. Análisis demográfico y social

Cali cuenta para 2025 con una población aproximada de 2,27 millones de habitantes, con

predominio femenino cercano al 53 % y una razón hombre: mujer de 88 hombres por cada 100 mujeres. La población se concentra de manera predominante en la zona urbana, con cerca del 97,7 %, mientras que la zona rural representa una proporción reducida, pero con mayores retos de accesibilidad geográfica.

La pirámide poblacional evidencia una transición de estructura expansiva hacia una estructura regresiva o constrictiva. Esto significa que disminuye la proporción de población infantil y joven, mientras aumentan los grupos de edad adulta y adulta mayor. Este patrón tiene implicaciones directas para el sistema de salud: mayor carga de enfermedades crónicas, demanda de rehabilitación, atención domiciliaria, salud mental, cuidado paliativo y gestión del riesgo cardiovascular.

Desde el punto de vista social, el documento evidencia poblaciones con vulnerabilidad diferencial: población afrodescendiente concentrada en comunas 7, 13, 14, 15, 16 y 21; población indígena con barreras culturales y de acceso; población víctima del conflicto armado ubicada principalmente en comunas 13, 14, 15 y 21; población migrante con alta proporción de mujeres y personas en edad productiva; y población LGBTIQ+ expuesta a discriminación y violencia. Estas condiciones configuran territorios donde los determinantes sociales de la salud tienen un peso importante sobre la ocurrencia de eventos epidemiológicos.

3.1.2. Análisis epidemiológico

Los eventos seleccionados para el presente análisis evidencian un comportamiento epidemiológico en el que convergen problemáticas sociales, enfermedades transmisibles y eventos asociados al ciclo materno-perinatal. La violencia de género e intrafamiliar concentra la mayor proporción de los casos notificados (33,13 %), situación que refleja una problemática de gran impacto social y sanitario, relacionada con condiciones de vulnerabilidad, desigualdades de género, afectaciones en salud mental y limitaciones en los mecanismos de protección y apoyo a las personas afectadas.

En segundo lugar, se ubica el dengue, con el 14,71 % de los casos reportados, manteniéndose como uno de los principales eventos de vigilancia en el territorio. Su persistencia está asociada a factores ambientales y comunitarios que favorecen la proliferación del vector, especialmente en zonas con alta densidad poblacional y condiciones que facilitan la acumulación de criaderos.

La morbilidad materna extrema representa el 10,04 % de los eventos notificados y continúa siendo un indicador sensible para evaluar las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud materna. Su comportamiento requiere seguimiento permanente, particularmente en los territorios con mayores condiciones de vulnerabilidad y riesgo.

De igual forma, eventos como tuberculosis, VIH/SIDA, cáncer de mama y cuello uterino, intoxicaciones, desnutrición aguda en menores de cinco años y mortalidad materna continúan generando una carga importante para el sistema de salud. En conjunto, estos resultados muestran que el Distrito enfrenta simultáneamente desafíos relacionados con enfermedades transmisibles, condiciones crónicas, problemas nutricionales y eventos materno-perinatales, los cuales se encuentran estrechamente influenciados por las condiciones sociales, económicas y ambientales de la población.

3.1.2.1. Análisis de morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad por grandes grupos y subgrupos, incluyendo de manera específica los diagnósticos relacionados con salud mental. Adicionalmente, se analizaron los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria. Las fuentes de información utilizadas fueron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), bases de datos de alto costo y el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (Sivigila).

Principales causas de morbilidad

Para la estimación de las principales causas de morbilidad atendida, se utilizó la lista del Estudio Mundial de Carga de la Enfermedad, adaptada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que agrupa los códigos CIE10. El análisis se realizó según las siguientes categorías: condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas perinatales, enfermedades no transmisibles, lesiones de causa externa. En esta última categoría se incluyeron tanto las lesiones intencionales como las no intencionales, además todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas. Asimismo, se contemplaron las condiciones mal clasificadas.

Morbilidad atendida según grandes causas

El análisis de la morbilidad por grandes grupos de causas evidencia que las enfermedades no transmisibles constituyen el principal motivo de atención en salud en la población del Distrito de Santiago de Cali. Están caracterizadas por un incremento progresivo de las enfermedades crónicas y degenerativas, particularmente en los grupos de mayor edad a lo largo del periodo 2015 a 2024.

En el 2024, las enfermedades no transmisibles representaron el 41,4% de las consultas en primera infancia, 57,8% en la infancia, 64,8% en la adolescencia, 63,7% en la juventud, 71,7% en la adultez y 84,1% en las personas mayores, evidenciando un aumento sostenido con el avance de la edad. Por su parte, las enfermedades transmisibles continúan representando una proporción importante de las atenciones en salud, especialmente en los grupos poblacionales más jóvenes, donde las condiciones

ambientales, sociales y de exposición influyen en su comportamiento. Las lesiones y demás causas externas muestran una menor proporción de atenciones, aunque su impacto resulta relevante en determinados grupos poblacionales, especialmente en población joven.

Tabla 3: Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Santiago de Cali, 2015 –2024

Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 -5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33,37	36,40	33,33	33,12	31,55	25,40	23,74	29,43	28,22	21,86	-6,36
	Condiciones perinatales	1,90	1,76	1,43	2,28	2,89	4,89	3,09	2,56	3,05	2,65	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	40,18	37,04	42,61	42,52	41,56	42,02	41,84	39,64	41,62	48,16	6,54
	Lesiones	5,58	6,17	6,15	5,95	6,24	8,44	6,67	5,17	5,36	5,58	0,22
	Condiciones mal clasificadas	18,87	18,63	16,47	16,13	17,76	19,25	24,67	23,20	21,75	21,75	0,00
Infancia (6 -11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,39	21,50	18,38	16,35	15,88	16,79	10,43	13,95	15,23	14,80	-0,43
	Condiciones maternas	0,35	0,08	0,02	0,04	0,07	0,06	0,35	0,43	0,09	0,08	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	54,48	52,93	56,92	59,41	58,69	54,60	60,58	59,36	59,24	57,88	-1,36
	Lesiones	6,71	7,90	8,07	7,43	7,41	8,70	8,24	6,76	6,34	6,48	0,14
	Condiciones mal clasificadas	18,06	17,49	16,60	16,77	17,96	19,85	20,30	19,50	19,10	20,77	1,67
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,76	14,70	11,72	9,96	10,04	12,15	7,31	7,92	9,34	10,14	0,80
	Condiciones maternas	2,26	2,48	2,27	1,56	1,73	2,55	1,59	0,94	0,85	0,88	0,02
	Enfermedades no transmisibles	57,75	55,70	60,60	63,69	62,67	58,13	64,10	65,48	64,82	61,36	-3,46
	Lesiones	8,69	9,20	9,80	8,98	9,06	9,25	8,79	7,97	7,82	9,31	1,49
	Condiciones mal clasificadas	16,52	17,32	15,61	15,70	16,56	17,92	18,20	17,69	17,17	18,31	1,14
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,66	17,58	16,54	15,14	14,51	14,29	11,85	13,12	11,51	13,11	1,60
	Condiciones maternas	6,51	6,20	5,76	5,11	4,94	7,56	5,26	3,97	2,76	3,16	0,39
	Enfermedades no transmisibles	54,16	50,76	53,50	55,61	54,73	50,34	55,50	57,03	61,02	54,86	-6,15
	Lesiones	8,12	9,50	9,36	9,38	9,90	11,01	9,75	9,25	9,06	12,66	3,60
	Condiciones mal clasificadas	14,45	15,95	14,85	14,76	15,82	16,80	17,63	16,63	15,66	16,21	0,56
Adultez (27 -59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,36	11,78	10,61	9,90	9,73	10,65	9,16	8,99	8,17	8,61	0,44
	Condiciones maternas	1,48	1,25	1,20	1,22	1,01	1,35	1,13	0,90	0,75	0,81	0,06
	Enfermedades no transmisibles	68,72	68,38	69,56	70,06	69,17	65,56	68,73	71,14	71,94	68,82	-3,12
	Lesiones	5,81	6,41	6,41	6,54	6,52	7,79	6,84	6,27	6,47	7,75	1,28
	Condiciones mal clasificadas	11,63	12,19	12,22	12,29	13,57	13,65	14,14	12,69	12,67	14,01	1,34
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,97	5,01	4,22	3,83	3,95	4,11	3,57	3,38	3,42	3,62	0,20
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0,03	0,01	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	80,70	81,38	81,81	82,12	81,50	82,21	81,83	83,41	82,91	81,81	-1,11
	Lesiones	4,24	4,60	3,75	4,28	4,06	4,28	4,45	3,96	3,77	4,45	0,68
	Condiciones mal clasificadas	9,08	9,01	10,22	9,76	10,38	9,40	10,12	9,85	9,86	10,11	0,25

Fuente: SISPRO- Ministerio de Salud y Protección Social.

Subcausas de morbilidad

El análisis de la morbilidad por subgrupos de enfermedades en la población del Distrito de Santiago de Cali evidencia que las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan representando una proporción importante de las atenciones dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales, donde las primeras representan el 58,42% en 2024, aunque con una reducción de 3,94 puntos porcentuales frente al año anterior. Por su parte, dentro

de las enfermedades no transmisibles se destacan las enfermedades cardiovasculares y los trastornos endocrinos, reflejando el impacto creciente de las enfermedades crónicas en la población.

En cuanto a las lesiones y causas externas, los traumatismos y otras consecuencias derivadas de estos eventos continúan representando una causa relevante de consulta en los servicios de salud, con un incremento de 1,82 puntos porcentuales entre 2023 y 2024. En conjunto, este comportamiento evidencia la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el territorio.

Enfermedades crónicas no transmisibles

En cuanto a los grandes grupos de causas, las enfermedades no transmisibles continúan siendo las más frecuentes en los distintos cursos de vida, especialmente en primera infancia (48,16%) y juventud (54,86%), manteniendo su predominio histórico pese a las fluctuaciones de las enfermedades transmisibles. Se evidencia, además, un aumento sostenido de las enfermedades infecciosas y parasitarias (58,42%), así como de las infecciones respiratorias (35,31%), con patrones que muestran tendencia creciente o comportamiento fluctuante según el grupo etario. En la población femenina, las enfermedades infecciosas representan una proporción elevada (54,36%), mientras que en los hombres se destaca el aumento de las condiciones maternas (21,70%) dentro del componente de atención reproductiva.

Las patologías crónicas no transmisibles lideran las atenciones, con trastornos cardiovasculares, diabetes y enfermedades mentales en cabeza de lista. En niños, las infecciones respiratorias y diarreicas continúan siendo relevantes por su impacto en niños pequeños, pese a las mejoras en agua y saneamiento.

En población adulta y anciana, las ENT como hipertensión y enfermedades del sistema nervioso son acordes con tendencias regionales y globales.

Salud Mental: análisis Epidemiológico de los Eventos Prioritarios y su Impacto en la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud del Distrito de Santiago de Cali, 2025

La estrategia denominada ‘En-torno a tu salud mental’ busca eliminar barreras de acceso a los servicios de salud y desestigmatizar la salud mental, educando a los ciudadanos sobre la importancia del bienestar y el manejo de las emociones. Esta estrategia tiene como objetivo brindar herramientas de afrontamiento y protección para el bienestar mental y físico, donde las personas reconozcan que la salud mental no solo se trata de buscar ayuda cuando se siente afectado emocionalmente, sino también de encontrar estabilidad emocional y una vida plena a través de espacios holísticos, de arte y ocio.

Por lo anterior, la estrategia "En-torno a tu salud mental" consolida diversas fuentes de

información que permiten realizar el seguimiento a condiciones de salud mental e intervenciones priorizadas, como son:

Las Violencias: Comprende el análisis de las violencias en el entorno familiar y comunitario, con énfasis en el maltrato físico, psicológico, negligencia y violencia basada en género (VBG). La violencia física actúa como un catalizador para una "sindemia" de problemas de salud mental, incluyendo ansiedad generalizada y otros trastornos en salud mental. La evidencia describe que las personas expuestas a violencia física o sexual tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión y trastornos por consumo de alcohol, así como contraer infecciones de transmisión sexual, lo que agrava su estado mental. también, existe una relación dosis-respuesta entre las experiencias adversas en la infancia y el intento de suicidio en la vida adulta. El maltrato físico aumenta drásticamente el riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático y trastornos de personalidad.

Intento de Suicidio: El intento de suicidio es considerado el factor de riesgo más robusto para un suicidio, sin embargo, el impacto psicológico crónico que deja en el sobreviviente como el estigma, trauma y discapacidad psicosocial, es una carga de morbilidad que a menudo el sistema de salud no cuantifica. El estigma internalizado en sobrevivientes se correlaciona directamente con una menor búsqueda de ayuda y un aumento en la "desesperanza", un constructo psicológico clave para la cronicidad de la ideación.

Suicidio: A la semana epidemiológica 53 se han identificado 116 suicidios de residentes en el distrito de Santiago de Cali, comparado con 122 suicidios identificados en el año 2024. Específicamente en esta semana epidemiológica se presentó 1 caso de mortalidad por suicidio, el mecanismo identificado ahorcamiento (1). La tasa de mortalidad por suicidio a la presente semana se estimó en 5,0 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes. En el 2024 en la misma semana epidemiológica se estimó una tasa de 5,30 muertes por cada 100.000 habitantes. Los casos se presentan con mayor frecuencia en hombres con el 73% y el 27% en mujeres. Los cursos de vida afectados son: infancia (2%), adolescencia (11%), Juventud (19%), adultez (48%) y vejez (20%).

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA): Seguimiento a la prevalencia y el impacto del consumo problemático de sustancias legales e ilegales, evaluando patrones de dependencia y riesgos asociados. La coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental es extremadamente prevalente. La presencia de ambos empeora el pronóstico de recuperación y aumenta el riesgo de situaciones como violencia y suicidio.

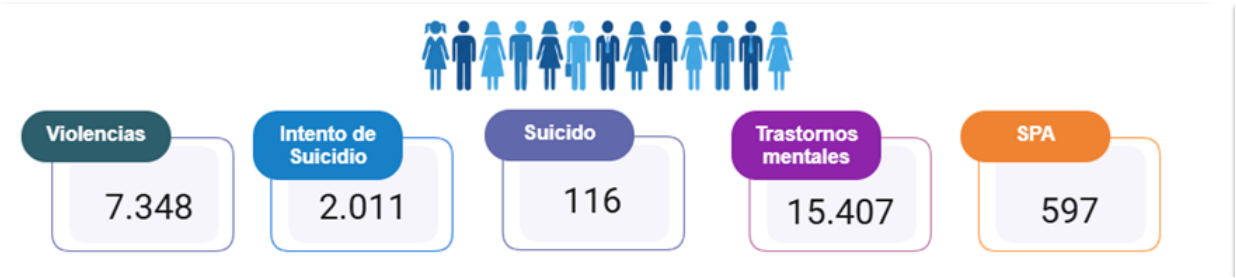
La salud mental constituye un componente esencial del bienestar de la población y representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud debido a su impacto sobre la calidad de vida, la funcionalidad y la demanda de servicios sanitarios. En el Distrito de Santiago de Cali, el comportamiento de los eventos asociados a salud mental

evidencia diferencias según curso de vida, con una mayor concentración de casos en los grupos de juventud, adultez y vejez.

Entre los años 2023 y 2024 se observó una reducción de la morbilidad por trastornos mentales en la mayoría de los grupos etarios, luego de una tendencia creciente registrada hasta 2023. No obstante, la población joven entre 18 y 28 años continúa presentando la mayor carga de enfermedad, pese a una disminución de seis puntos porcentuales respecto al año anterior. Asimismo, se identificó un incremento en la frecuencia de estos diagnósticos en niños de 6 a 11 años y en personas mayores de 60 años, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención, detección temprana y atención integral en estos grupos poblacionales.

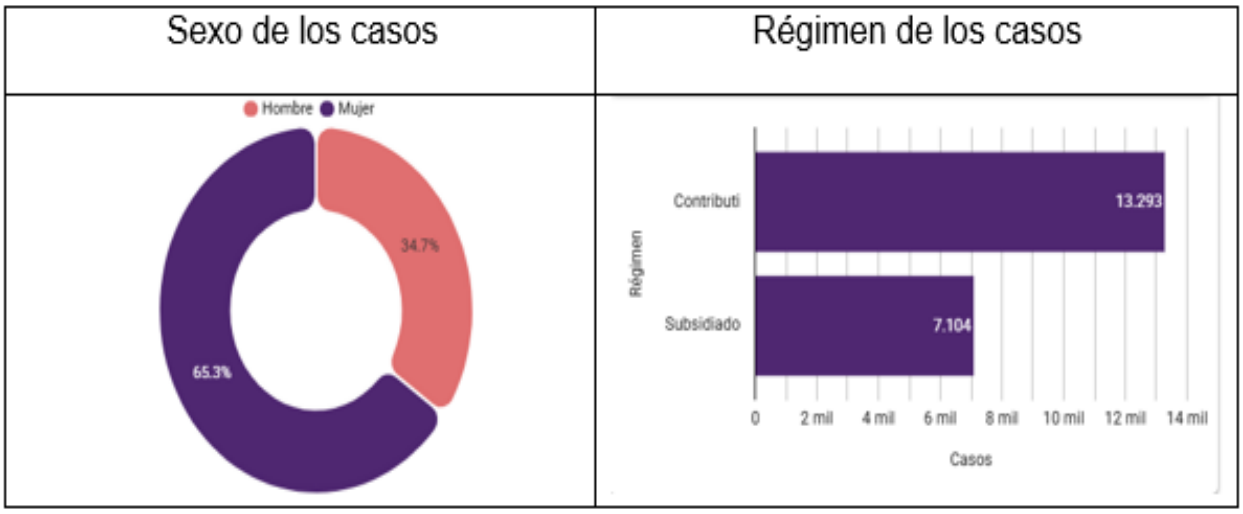
De manera complementaria, se evidencia un aumento progresivo de los trastornos mentales y del comportamiento, particularmente en la juventud y la adultez, tanto en hombres como en mujeres. En la primera infancia también se observa un incremento en los casos de epilepsia (43,85 %), condición que requiere un abordaje oportuno e integral, dada su relación con el desarrollo neurológico, el desempeño funcional y la calidad de vida de la población afectada.

Ilustración 1: Casos de Salud Mental 2025



Fuente: Observatorio de Salud Pública

Ilustración 2: Casos de salud mental por sexo y régimen 2025



Los eventos relacionados con salud mental registrados durante el año 2025 evidencian una importante carga para el sistema de salud del Distrito de Santiago de Cali. Los trastornos mentales constituyen el evento de mayor frecuencia, con 15.407 casos reportados, seguidos por las violencias con 7.348 casos. Este comportamiento refleja una demanda significativa de servicios de atención en salud mental, así como la necesidad de fortalecer las acciones de promoción, prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento de los casos en los diferentes niveles de atención.

De igual forma, se notificaron 2.011 casos de intento de suicidio y 116 casos de suicidio consumado, eventos que representan un importante desafío para la salud pública debido a su impacto individual, familiar y comunitario. Adicionalmente, se registraron 597 casos asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), condición que puede incrementar el riesgo de trastornos mentales, conductas autolesivas y otras problemáticas sociales.

Al analizar la distribución de los casos por sexo, se observa una mayor afectación en las mujeres, quienes concentraron el 65,3 % de los registros relacionados con eventos de salud mental, mientras que los hombres representaron el 34,7 %. Este comportamiento podría estar asociado a una mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, así como a una mayor identificación y notificación de estas condiciones en dicha población.

Según el régimen de afiliación, el mayor número de casos se registró en la población perteneciente al régimen contributivo, con 13.293 casos, seguido del régimen subsidiado con 7.104 casos. Esta distribución refleja la composición del aseguramiento en el territorio

y sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y atención integral en ambos regímenes, garantizando el acceso oportuno a los servicios de salud mental y la continuidad de la atención.

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de consolidar estrategias intersectoriales orientadas al fortalecimiento de la atención integral en salud mental, el seguimiento de poblaciones vulnerables y la articulación efectiva entre la vigilancia epidemiológica, los servicios de salud y las acciones comunitarias.

La Secretaría Distrital de Salud, a través de un enfoque diferencial e interseccional, ha identificado grupos poblacionales con mayores índices de vulnerabilidad frente a riesgos de salud mental:

Población con Discapacidad: las personas con discapacidad (PCD) enfrentan un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, Sin embargo, desde la salud pública, se resalta que este exceso de carga no es una consecuencia inevitable de la deficiencia física o sensorial, sino que está impulsado en gran medida por determinantes sociales como es el estigma, la exclusión económica y la falta de accesibilidad.

Población Migrante y Etnias: El proceso migratorio (pre-migración, tránsito y asentamiento) expone a las personas a una combinación de estresores biológicos, psicológicos y sociales. Los migrantes suelen tener una salud mental extremadamente vulnerable debido a la fragmentación de sus redes de apoyo y la exposición a condiciones adversas. El migrante enfrenta un duelo múltiple (lengua, cultura, familia, estatus social) que es parcial, recurrente y crónico. Por otra parte, la etnia no es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, sino como una categoría social que determina el acceso a recursos, la exposición a estresores ambientales y la experiencia de discriminación estructural. El riesgo de trastornos mentales en minorías étnicas aumenta con la exposición prolongada a entornos de exclusión.

Población Privada de la Libertad: La exposición a la guerra multiplica drásticamente la incidencia de trastornos mentales. Se estima que 1 de cada 5 personas que viven en áreas afectadas por conflictos padece algún trastorno mental, desde depresión y ansiedad hasta Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) incluso una psicosis.

Víctimas del Conflicto Armado: La prevalencia de trastornos mentales en prisiones es masivamente superior a la de la población general, lo que convierte a los centros penitenciarios en las instituciones de salud mental de facto más grandes del mundo, a pesar de no estar diseñadas para tal fin. El entorno carcelario (hacinamiento, violencia, falta de privacidad y ruptura de vínculos) genera un impacto psicológico conocido como "prisionización", que erosiona la autonomía y exacerba el trauma previo.

Habitante de Calle: La carga de enfermedad mental en esta población es masivamente

superior a la de cualquier otro grupo social. No solo hablamos de ansiedad, sino de condiciones que comprometen el juicio y la realidad. La prevalencia de psicosis, los trastornos de personalidad y la depresión mayor suelen estar presentes en población habitante de calle.

En conclusión, Se realizó un análisis detallado a las principales condiciones de morbimortalidad en Santiago de Cali, tomando como principal fuente de información: el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional, el Sistema Integrado de información de la protección social (SISPRO) y el registro único de nacimiento y defunciones (RUAF ND), presentando con ello un análisis de tendencia del comportamiento de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad.

Como resultado del análisis se encontró la necesidad de priorizar por morbilidad, las condiciones transmisibles y nutricionales en primera infancia, las enfermedades no transmisibles en adulto mayor como: VIH con incidencia de en 34,12 por 100.000 habitante, progresión del daño renal con porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal 34,12%, Diabetes méllitus con prevalencia de 4,91 e hipertensión arterial de 13,42 en personas de 18 a 69 años.

En los eventos de notificación obligatoria se encontró una alta tasa incidencia dengue 119,10, para el año 2023, ingresaron al sistema de vigilancia 13 828 casos de los cuales el 37,92% (5 243) presentaron signos de alarma, 3 casos de mortalidad por dengue. Igualmente, en el año 2022 ingresaron al Sivigila 334 casos de malaria; 312 (93,4%) corresponden a malaria no complicada y 22 (6,6%) a malaria complicada.

Las intervenciones a población con diferentes tipos de discapacidad y grupos etáreos. Así mismo, se observó incremento en las consultas por trastornos mentales para los cursos de vida de primera infancia, infancia y adolescencia, observándose el mayor incremento para el curso de vida de 6 a 11 años. Mientras que se observó reducción en los cursos de vida de juventud, adultez y vejez, siendo el grupo de adultos los que presentaron la mayor reducción.

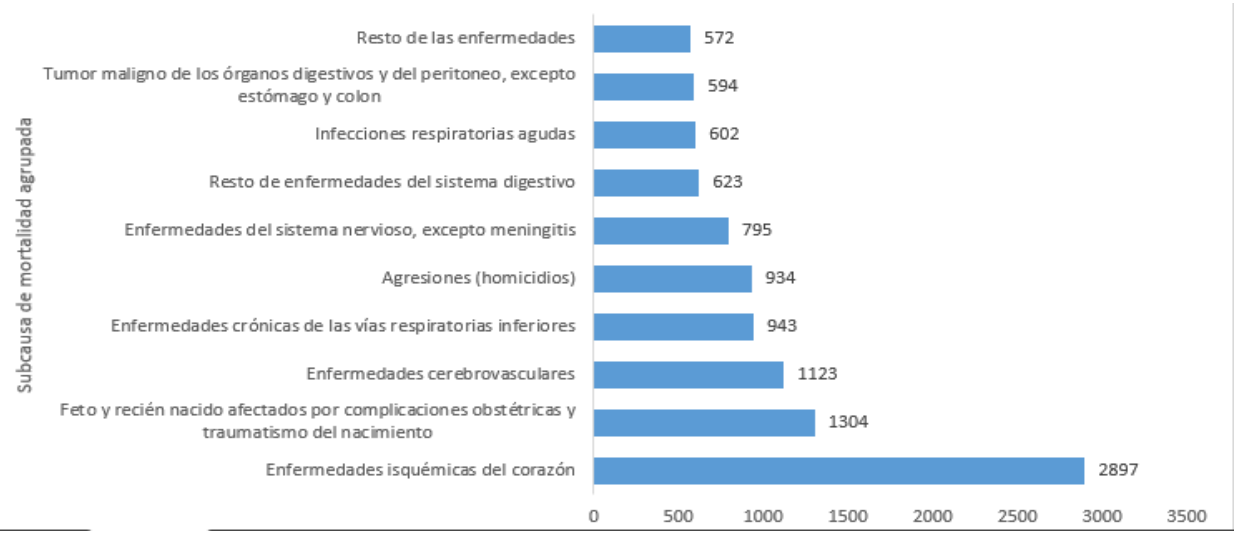
3.1.2.2. Análisis de Mortalidad

El análisis de las principales causas de mortalidad en el Distrito Especial de Santiago de Cali constituye un componente fundamental para comprender el comportamiento epidemiológico del territorio y orientar la planificación de los servicios de salud. La mortalidad refleja no solo el perfil de enfermedad de la población, sino también las condiciones sociales, económicas, ambientales y de acceso a los servicios sanitarios que influyen sobre los desenlaces en salud.

La identificación de las diez principales causas de mortalidad permite reconocer los eventos de mayor impacto sobre la carga de enfermedad, priorizar intervenciones en

salud pública y fortalecer las estrategias de promoción, prevención, diagnóstico oportuno y gestión integral del riesgo. Asimismo, aporta elementos estratégicos para la toma de decisiones relacionadas con capacidad instalada, organización de la red de servicios y focalización de acciones en los grupos poblacionales y territorios con mayor vulnerabilidad.

Ilustración 3: Primeras 10 Causas de Mortalidad en Santiago de Cali



Fuente: Estadísticas vitales

El análisis de la mortalidad en el Distrito de Santiago de Cali durante el período 2015-2024 evidencia el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de muerte. Las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar durante todo el período analizado, aunque con una tendencia descendente, pasando de una tasa de 164,6 defunciones por 100.000 habitantes en 2017 a 137,3 en 2024. Dentro de este grupo se destacan las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas, asociadas a factores de riesgo como hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, sedentarismo y hábitos de vida no saludables. Este comportamiento puede estar relacionado con el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo cardiovascular y manejo de enfermedades crónicas.

Las neoplasias constituyen la segunda causa de mortalidad, con una reducción de la tasa de 116,5 por 100.000 habitantes en 2017 a 96,9 en 2024. Los tumores malignos de estómago, mama y próstata continúan aportando una proporción importante de las defunciones, lo que resalta la necesidad de mantener y fortalecer las estrategias de detección temprana, diagnóstico oportuno y acceso a tratamiento integral.

Por su parte, las causas externas mantuvieron una participación relevante dentro del

perfil de mortalidad, especialmente por homicidios, accidentes de tránsito y lesiones autoinfligidas. Aunque en términos generales se observa una tendencia al descenso, estos eventos continúan generando una importante carga de mortalidad prematura, particularmente en población joven. Asimismo, las enfermedades transmisibles, entre ellas las infecciones respiratorias agudas, el VIH/SIDA y la tuberculosis, siguen representando un desafío para la salud pública, especialmente en grupos poblacionales con mayores condiciones de vulnerabilidad.

En conjunto, estos resultados reflejan una transición epidemiológica caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas, sin que desaparezcan los efectos de las enfermedades transmisibles y las causas externas. La distribución de la mortalidad también muestra diferencias según el curso de vida, concentrándose las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas en adultos y personas mayores, mientras que las causas externas afectan con mayor frecuencia a adolescentes y adultos jóvenes. Adicionalmente, la disminución de los registros asociados a signos y síntomas mal definidos sugiere mejoras en la calidad de la certificación de las defunciones y en la precisión de la información utilizada para la vigilancia y la toma de decisiones en salud pública.

Sistema Cardiovascular

Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de mortalidad en el Distrito de Santiago de Cali. Durante el período analizado, se observó una tasa máxima de 164,6 defunciones por 100.000 habitantes en 2017, seguida de una disminución progresiva hasta alcanzar 137,3 por 100.000 habitantes en 2024. Este grupo de causas incluye principalmente las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. En segundo lugar se ubicaron las neoplasias, con una reducción de 116,5 a 96,9 defunciones por 100.000 habitantes entre 2017 y 2024, mientras que las demás causas y las causas externas también presentaron una tendencia descendente durante el período.

En la comuna 16, las enfermedades del sistema circulatorio mantienen igualmente el primer lugar como causa de mortalidad. Para el año 2024, esta condición afectó principalmente a la población de 60 años y más, grupo que concentró aproximadamente el 70 % de las defunciones por esta causa. La persistencia de esta carga de enfermedad evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana y el control oportuno de factores de riesgo cardiovascular, especialmente en la población adulta y adulta mayor.

Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino

Las neoplasias continúan representando una de las principales causas de morbimortalidad en el Distrito de Santiago de Cali, destacándose el cáncer de mama y el

cáncer de cuello uterino por su impacto en la salud de las mujeres y por su relevancia dentro de las estrategias de detección temprana y control del cáncer.

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina y presenta una tendencia creciente en el número de casos notificados. La mayor carga de enfermedad se concentra en mujeres mayores de 50 años, especialmente entre los 55 y 69 años, lo que refleja el efecto del envejecimiento poblacional y la acumulación de factores de riesgo asociados al curso de vida. Aunque se evidencia un incremento en la detección de casos y una mayor confirmación diagnóstica mediante estudios histopatológicos, la proporción de casos infiltrantes continúa siendo elevada, lo que sugiere que un número importante de mujeres aún accede a los servicios de salud en estadios avanzados de la enfermedad.

Por su parte, el cáncer de cuello uterino continúa siendo un evento de interés prioritario en salud pública debido a su estrecha relación con determinantes sociales, barreras de acceso y desigualdades en la atención. A pesar de tratarse de una enfermedad potencialmente prevenible mediante vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), tamización periódica y tratamiento oportuno de lesiones precursoras, persisten casos diagnosticados en etapas avanzadas que impactan la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Desde una perspectiva epidemiológica, ambos eventos reflejan la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud, detección temprana y seguimiento continuo de las rutas integrales de atención. Asimismo, ponen en evidencia la importancia de mejorar la oportunidad diagnóstica y terapéutica, especialmente en poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad social y en aquellas afiliadas a aseguradores que presentan mayores tiempos de espera para la confirmación diagnóstica o el inicio del tratamiento.

La persistencia de casos avanzados y la carga de mortalidad asociada a estas neoplasias sugieren la existencia de brechas en el acceso efectivo a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, lo que representa un reto para la red de prestación de servicios de salud del Distrito. En este contexto, el fortalecimiento de las estrategias de tamización, la articulación entre los diferentes niveles de atención y la implementación de mecanismos de seguimiento a pacientes constituyen elementos fundamentales para reducir la carga de enfermedad y mejorar los desenlaces en salud.

La detección temprana del cáncer de cuello uterino constituye una de las intervenciones prioritarias para la protección de la salud de las mujeres, debido a su potencial para identificar de manera oportuna lesiones precursoras y reducir la incidencia y mortalidad asociadas a esta enfermedad. En el marco de la Resolución 3280 de 2018, se establecen las acciones de tamización, diagnóstico, seguimiento y atención requeridas para garantizar una respuesta integral a lo largo del curso de vida.

Las estrategias de tamización varían según la edad de la mujer. Entre los 25 y 29 años se realiza mediante citología cervical, mientras que a partir de los 30 y hasta los 65 años la prueba de ADN para Virus del Papiloma Humano (ADN-VPH) se constituye en la herramienta principal para la identificación temprana del riesgo. Los resultados positivos requieren la activación de procesos de seguimiento clínico, valoración por el equipo de salud y, cuando corresponda, la realización de procedimientos diagnósticos complementarios que permitan confirmar o descartar la presencia de lesiones precursoras o cáncer.

Para las mujeres mayores de 65 años, la continuidad de las actividades de tamización depende de los antecedentes y resultados obtenidos durante el seguimiento previo. Sin embargo, la presencia de signos clínicos sugestivos de malignidad requiere una evaluación diagnóstica prioritaria, independientemente de los resultados de tamización anteriores.

La oportunidad en la confirmación diagnóstica representa un elemento determinante para el éxito de la intervención. En este sentido, la disponibilidad de servicios especializados en el territorio favorece el acceso a los procedimientos requeridos para el estudio de los casos identificados, contribuyendo a disminuir barreras en la atención y fortaleciendo la continuidad del proceso asistencial.

Desde la perspectiva de salud pública, este abordaje permite avanzar en la detección temprana de lesiones precursoras, facilitar el tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico de las mujeres afectadas, contribuyendo al control de una de las principales causas de morbimortalidad por cáncer en la población femenina.

Para la semana epidemiológica 53 del año 2025 fueron notificados en total 1362 casos de los cuales 1029 corresponden a cáncer de mama y 332 a cáncer de cuello uterino la mayor proporción de los casos se ubicó en la adultez, 954 casos corresponden al régimen de afiliación contributivo 167 régimen subsidiado. De acuerdo al comportamiento de los indicadores 1236 casos fueron notificados oportunamente al sistema de vigilancia en salud pública mientras 125 contaron con notificación inoportuna durante el año 2025. 226 casos cuentan con una oportunidad de inicio de tratamiento alta.

Ilustración 4: Situación actual de cáncer



Fuente: Observatorio de Salud del Distrito de Santiago de Cali

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata representa una de las principales neoplasias malignas en la población masculina y constituye una causa importante de morbimortalidad en hombres mayores de 50 años. Su comportamiento epidemiológico está estrechamente relacionado con el envejecimiento poblacional, razón por la cual se espera un incremento progresivo de los casos en los próximos años como consecuencia de la transición demográfica que experimenta el Distrito de Santiago de Cali.

La mayor frecuencia de casos se concentra en hombres de 60 años y más, grupo poblacional que además presenta una elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles. Aunque los avances diagnósticos han permitido una mayor identificación de casos en etapas tempranas, continúan observándose diagnósticos tardíos asociados a barreras en el acceso a consultas especializadas, pruebas diagnósticas y continuidad en la atención.

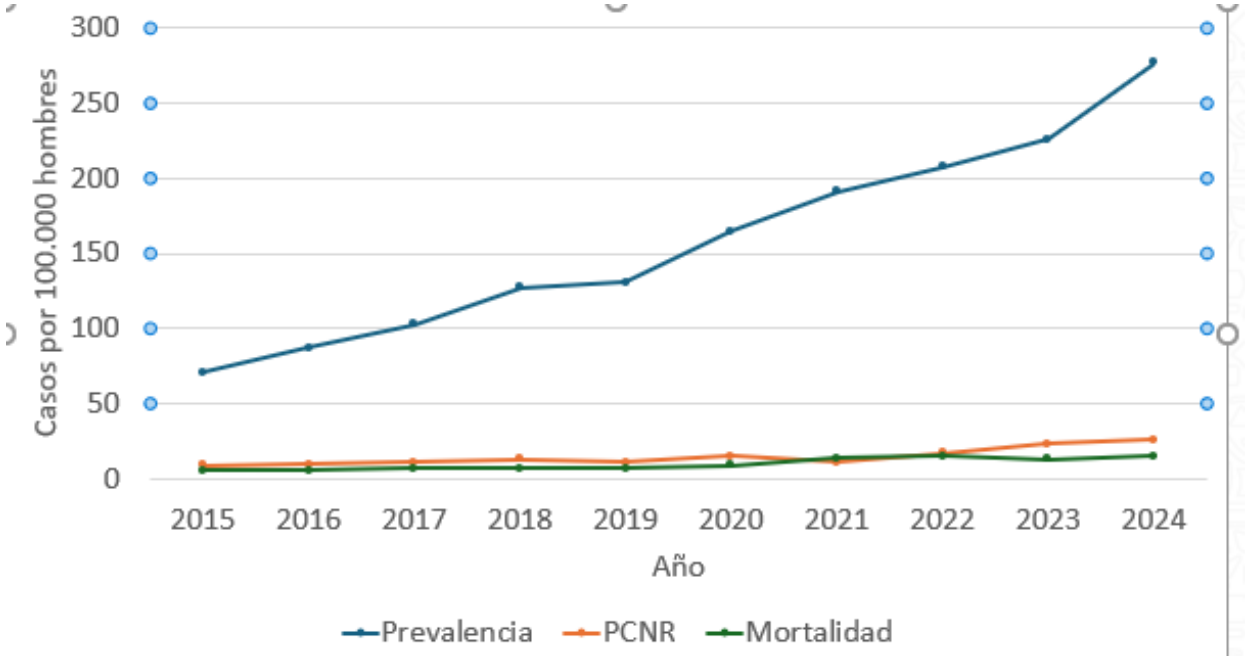
Desde el punto de vista de la salud pública, el cáncer de próstata representa un desafío para la red de servicios debido a la creciente demanda de atención especializada, procedimientos diagnósticos, tratamientos oncológicos y seguimiento a largo plazo. Adicionalmente, la coexistencia con otras enfermedades crónicas incrementa la complejidad clínica y la necesidad de un abordaje integral centrado en el paciente.

La carga de enfermedad asociada a esta neoplasia resalta la importancia de fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la población masculina, promoviendo la identificación temprana de signos y síntomas, la valoración médica oportuna y la adherencia a los controles establecidos. De igual manera, resulta

prioritario garantizar una adecuada articulación entre los servicios de atención primaria y especializada, con el fin de disminuir retrasos diagnósticos y mejorar los resultados clínicos.

En conjunto, el comportamiento del cáncer de próstata evidencia la necesidad de consolidar una red de atención oncológica resolutiva, capaz de responder al aumento de la demanda derivado del envejecimiento poblacional y de garantizar una atención integral, continua y oportuna para la población masculina del Distrito.

Ilustración 5: Cáncer de Próstata, Colombia, años 2015 – 2024



Fuente: Cuenta de Alto Costo

En conclusión, la población de Santiago de Cali, presenta un mayor riesgo de morir por neoplasias como tumor maligno de mama, tumor maligno de estómago y de la próstata, y en los trastornos mentales y por las enfermedades transmisibles en comparación con el total del Valle del Cauca.

Para los tumores neoplásicos se observan tasas altas en hombres y mujeres, por encima del departamento, con una leve tendencia al aumento especialmente en las mujeres. En los hombres presenta una tasa alta de causa de muerte el tumor maligno de la próstata, su indicador está por encima del nivel departamental en el 2021 y de los órganos digestivos y del peritoneo (19,39), mientras que en las mujeres se destaca la mortalidad por tumor maligno mama con una tasa de 16.4, que genera las tasas más altas de AVPP en mujeres, mientras que en los hombres las tasas más altas de AVPP son las relacionadas con lesiones de causa externa, agresiones: homicidios y accidentes de

tránsito.

En la población general de Cali se evidencia un aumento en las enfermedades del sistema circulatorio como la enfermedad cardiovascular o isquémicas del corazón, mientras que para las demás causas y las causas externas han disminuido especialmente en el 2022. Al analizar por género se evidencia que tanto los hombres como las mujeres presentan un alto incremento en la tasa ajustada por edad de mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio en especial para el 2020, en las demás causas evidencian un leve aumento en ambos sexos.

La mortalidad en menores de 5 años presenta altos índices a nivel general principalmente por afecciones del período perinatal, enfermedades del sistema respiratorio, aunque hay que resaltar la tendencia a la baja de estas causas de mortalidad perinatal. El indicador de mortalidad infantil es un indicador trazador de ciudad, para el 2020 se presentó el indicador más bajo del período observado, está por debajo del Departamento. Muy similar el comportamiento de la mortalidad en la niñez para el 2020 que muestra un descenso, sin embargo, este se mantiene por debajo del Departamento.

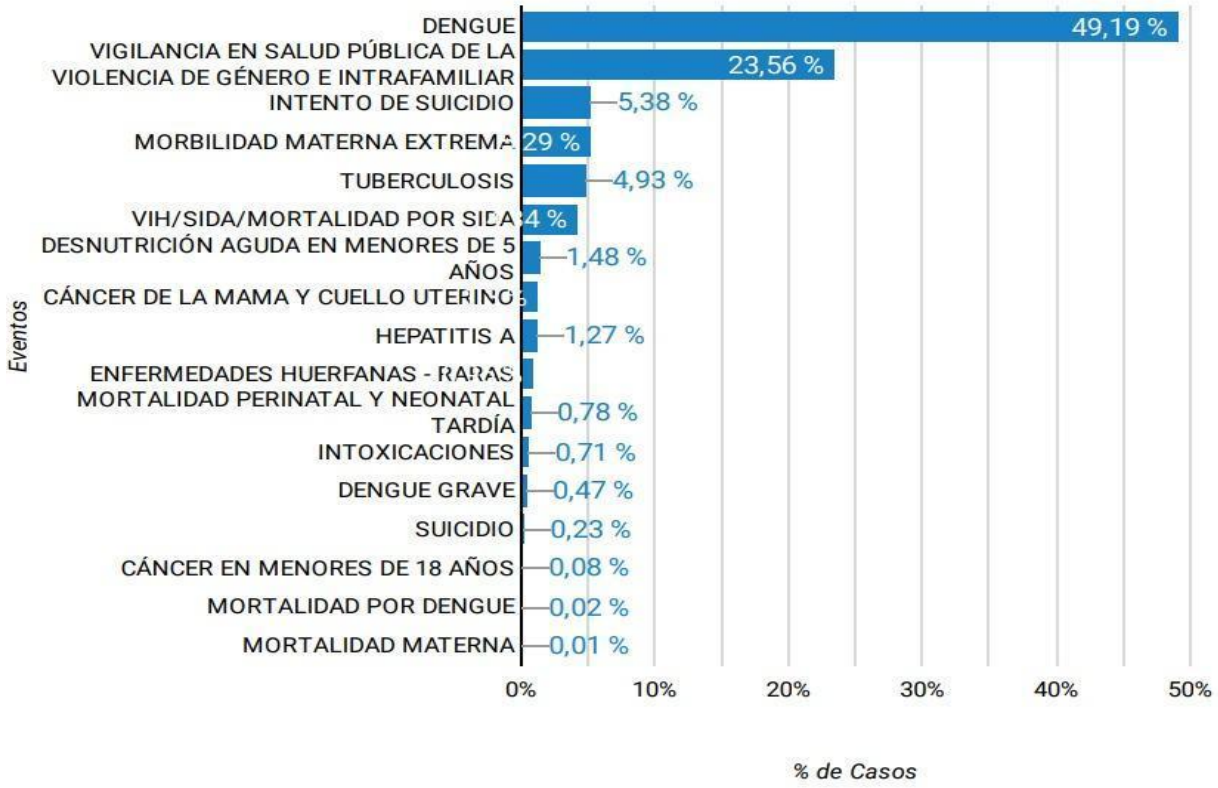
3.1.2.3. Análisis de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP)

El Instituto Nacional de Salud (INS) define los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) como aquellas enfermedades, condiciones o situaciones que, por su impacto en la salud de la población, requieren vigilancia, seguimiento y notificación permanente por parte del sistema de salud.

Los EISP permiten identificar oportunamente comportamientos epidemiológicos, brotes, riesgos y afectaciones que pueden generar impacto colectivo, facilitando la toma de decisiones y la implementación de acciones de prevención, control y respuesta en los territorios. Su análisis aporta información clave para comprender el perfil epidemiológico de la población, reconocer grupos vulnerables y orientar estrategias de intervención en salud pública.

En Colombia, estos eventos son vigilados a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), mediante el reporte realizado por las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades territoriales, permitiendo consolidar información epidemiológica para el monitoreo continuo de la situación de salud del país.

Ilustración 6: Porcentaje por eventos de interés en Salud Pública (EISP)



Fuente: Observatorio de Salud del Distrito de Santiago de Cali

Ilustración 7: Casos EISP según ubicación de la ESE



Fuente: Observatorio de Salud del Distrito de Santiago de Cali

Contexto epidemiológico de la salud materno-perinatal y neonatal.

Según datos reportados por la OMS para el año 2023 fallecieron alrededor de 260.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, los países de África Subsahariana y Asia meridional representaron alrededor del 87% de estas muertes, y de estas defunciones el 92% ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos. Se ha logrado disminuir estas cifras a escala mundial en un 40% entre los años 2000 al 2023, identificado que países como Europa oriental logró una reducción del 75% pasando de 38 a 9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y Asia meridional el 71% pasando de 405 a 117 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Estas mejoras son altamente notables teniendo en cuenta el crecimiento demográfico en muchos de los países con mayor mortalidad materna, sin embargo 712 mujeres mueren cada día por complicaciones del embarazo y el parto, lo que equivale a una muerte cada dos minutos.

En cinco regiones, el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se redujo en más de la mitad: África Subsahariana, África septentrional y Asia occidental, Australia y Nueva Zelandia, Asia oriental y sudoriental y Oceanía (excluidas Australia y Nueva Zelandia) . Esta reducción según las Naciones Unidas se traduce en una tasa media anual de reducción del 2,2 %, si bien es un logro sustancial, alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para 2030 requerirá una tasa anual de reducción de casi el 15 % durante los próximos siete años (2024-2030).

En Colombia para el año 2024 según el boletín epidemiológico a semana 52 se registraron 184 muertes maternas, con una razón de muerte materna temprana de 45,2 por cada 100.000 nacidos vivos, reflejando una tendencia a la disminución en comparación con el 2023 en donde se presentó una razón de 44,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos. Dentro de los países destacados de América latina por la disminución de la muerte materna se encuentra Colombia, Ecuador, Uruguay, Paraguay, Brasil y Perú y Paraguay quienes lograron un progreso mínimo con reducciones de 20% y 37% respectivamente.

En Colombia a partir del año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), promovieron la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas para lo cual estimuló reuniones de consenso, que permitieron establecer la denominación del evento como Morbilidad Materna Extrema (MME) y concertar los criterios para la identificación de casos. Dado esto el Ministerio de la Protección Social de Colombia, de común acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), en cumplimiento de las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y de las metas del milenio, incluyó la vigilancia y el control de la morbilidad materna extrema como una estrategia prioritaria para reducir la mortalidad materna en el

país. En el año 2011, se inició la construcción del primer protocolo de la vigilancia en salud pública de la MME por el INS y en el año 2012 se entrega el protocolo de vigilancia en salud pública de la MME por parte del INS a la totalidad de las entidades territoriales y se da inicio al proceso de vigilancia.

Durante el año 2024, Colombia reportó un total de 184 muertes maternas hasta la semana epidemiológica 52, lo que significó una disminución del 18.6% respecto a las 226 muertes registradas en el mismo periodo de 2023. No obstante, en 2024 la razón de mortalidad materna preliminar se ubicó en 45.2 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos, cifra que aún supera el objetivo nacional fijado para 2030, el cual es de 30,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En lo que respecta a la morbilidad materna extrema (MME), al periodo epidemiológico XII de 2024, se registraron 30.415 casos, lo que representa un decremento del 8.5% en comparación con los 33.233 casos reportados en el mismo lapso del año anterior. La razón nacional de MME preliminar para 2024 fue de 74.7 por cada 1.000 nacidos vivos. Cabe resaltar que las mayores tasas de MME se presentaron en Nariño (124.4), Barranquilla (123.8), Cali (103.8), Putumayo (101.1), Caldas (100.9), Atlántico (96.8), Cartagena (93.1), Santa Marta (91.3), Amazonas (88.6), Bogotá (88.4), Risaralda (85.0), Bolívar (83.7), Guajira (83.4) y Cauca (80.6). Estos resultados muestran avances en la reducción de la mortalidad materna en el país, aunque también ponen en evidencia los retos que aún persisten en ciertas regiones y grupos poblacionales, lo que resalta la urgencia de fortalecer las estrategias enfocadas en la atención y prevención de riesgos en salud materna.

De acuerdo a cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2024 el 47% de las muertes en los menores de cinco años, ocurrieron durante el periodo neonatal, de estas un tercio se presentaron el mismo día del nacimiento y las otras durante la primera semana de vida, estas mortalidades están relacionadas frecuentemente con problemas relacionados durante la atención del parto y de la atención del recién nacido, encontrando diagnósticos y patologías como la asfixia perinatal, infecciones maternas o del recién nacido, malformaciones congénitas, afecciones maternas como los trastornos hipertensivos.

Los niños siguen enfrentando diferentes probabilidades de supervivencia dependiendo del lugar en el que nacen, siendo África subsahariana y Asia meridional y central las regiones que presentan la mayor carga de mortalidad neonatal. En 2022, África subsahariana registró la tasa de mortalidad neonatal más elevada, con 27 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, seguida de Asia central y meridional con 21 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En África subsahariana, el riesgo de morir durante el primer mes de vida es 11 veces mayor que en la región con la tasa de mortalidad más baja: Australia y Nueva Zelanda. Ese mismo año, las tasas de mortalidad neonatal variaron entre 0,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y 39,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, siendo el riesgo de morir antes del 28º día de vida en el país con la tasa más alta aproximadamente 60 veces superior al del país con la tasa más baja.(12) En Colombia

de acuerdo con la información que ingresa al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía preliminar para el 2024 fue de 13.1 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Se observa un descenso en el indicador respecto al 2023, en el que se reportó una razón de 13.7 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Se calcula que en todo el mundo fallecen al año alrededor de 240.000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida debido a malformaciones congénitas, y en los menores de un mes a 5 años fallecen alrededor de 170.000 niños, la proporción de muertes en estos menores de cinco años aumenta a medida que la mortalidad por otras causas se logran intervenir. En América Latina, los defectos congénitos causan hasta el 21% de los fallecimientos en el grupo de edad de menores de 5 años. En Colombia, según la información preliminar publicada por estadísticas vitales del DANE, en el año 2024, las malformaciones congénitas representan el 24.8 % (969) de todas las muertes no fetales en menores de 1 año (3.912). De acuerdo con el último informe publicado por Instituto Nacional de Salud, se reportó de manera preliminar que la prevalencia de los defectos congénitos para el año 2024 fue de 252.5 casos por cada 10.000 nacidos vivos, las entidades territoriales con prevalencias mayores a 252.5 casos por cada 10.000 nacidos vivos fueron Boyacá, Bogotá, Guaviare, Guainía, Huila, Cauca, Cundinamarca, Quindío, Norte de Santander, Antioquia. Respecto a la clasificación y tipos de defectos congénitos se encontró que las malformaciones del sistema cardiovascular son las más frecuentes seguidas de las del sistema osteomuscular.

Análisis de mortalidad materna

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de corte transversal de los casos de Mortalidad Materna, notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Distrital, durante el primer semestre del 2025.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración verificando completitud y consistencia. Se realiza la validación de los datos, se eliminaron aquellos registros notificados con ajuste 6 y D; casos repetidos de muertes maternas en donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que certificó la muerte en RUAF, y se re codificaron algunas variables para complementar el análisis. Se cotejó cada registro con la información diligenciada en el certificado de defunción en el registro único de afiliación en el módulo de defunciones RUAF-ND.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas, relativas y un análisis bivariado que describe el comportamiento del evento junto con las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas.

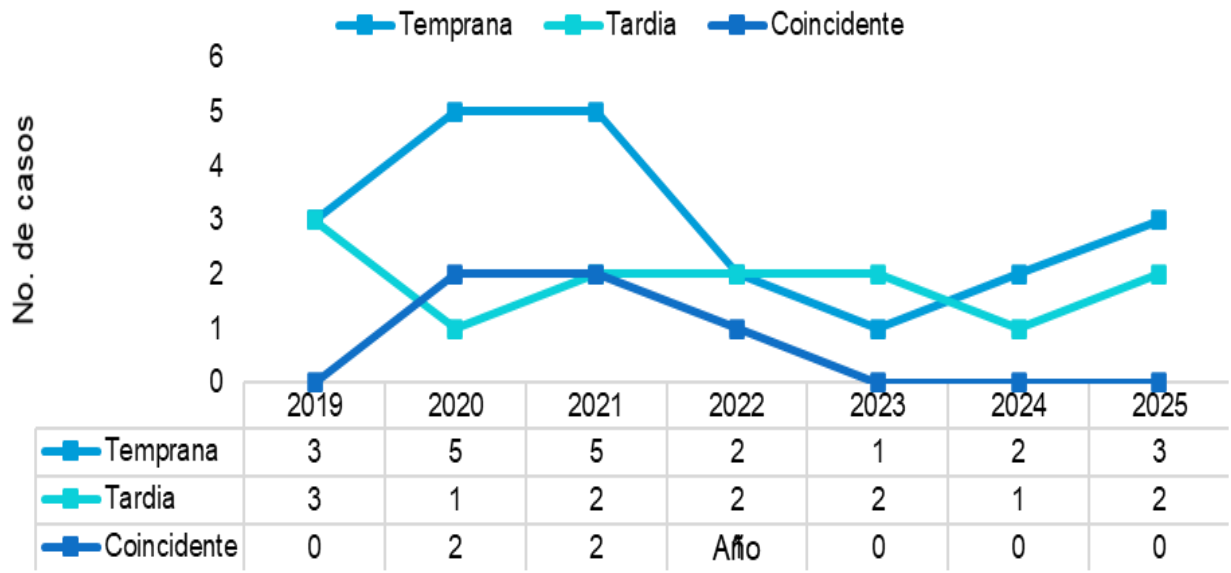
Consideraciones éticas: De acuerdo con la resolución 08430 de 1993, se realizó un

estudio sin riesgo ya que se emplearon técnicas y métodos documentales retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales.

Comportamiento de la notificación

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2025, las UPGD del Distrito de Cali notificaron al SIVIGILA un total de cinco (5) mortalidades maternas, de las cuales tres (3) se clasificaron como mortalidades maternas tempranas, dos (2) mortalidades tardías. Es importante resaltar que se evidencia un incremento en el comportamiento del número de casos de muerte materna temprana desde el 2023, situación que varía para las mortalidades maternas tardías en donde se evidencia una disminución.

Ilustración 8: Comportamiento de la notificación de mortalidad materna, Cali a semana 1-24, 2019-2025



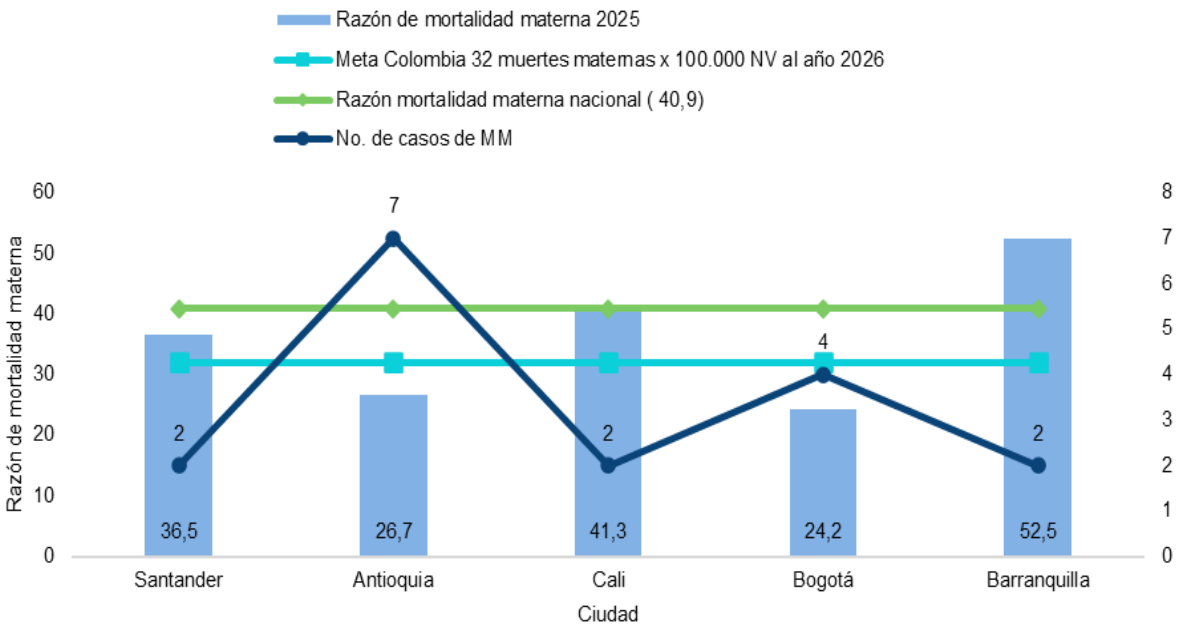
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Temprana	3	5	5	2	1	2	3
Tardia	3	1	2	2	2	1	2
Coincidente	0	2	2	Año	0	0	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali,2019- 2025

Comparativa situación de mortalidad materna en Cali y otras ciudades

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2025, Cali tiene una razón de mortalidad materna de 41,3 casos por cada 100.000 nacidos vivos, evidenciándose un incremento comparado con los últimos 2 años, sin embargo, al revisar la situación epidemiológica en otras ciudades importantes en el país, se evidencio que Cali se ubica por debajo de barranquilla quien presentó una razón preliminar de 52,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos.

Ilustración 9: Comparativo de la razón de mortalidad materna con otras ciudades, Cali a semana 24 de 2025

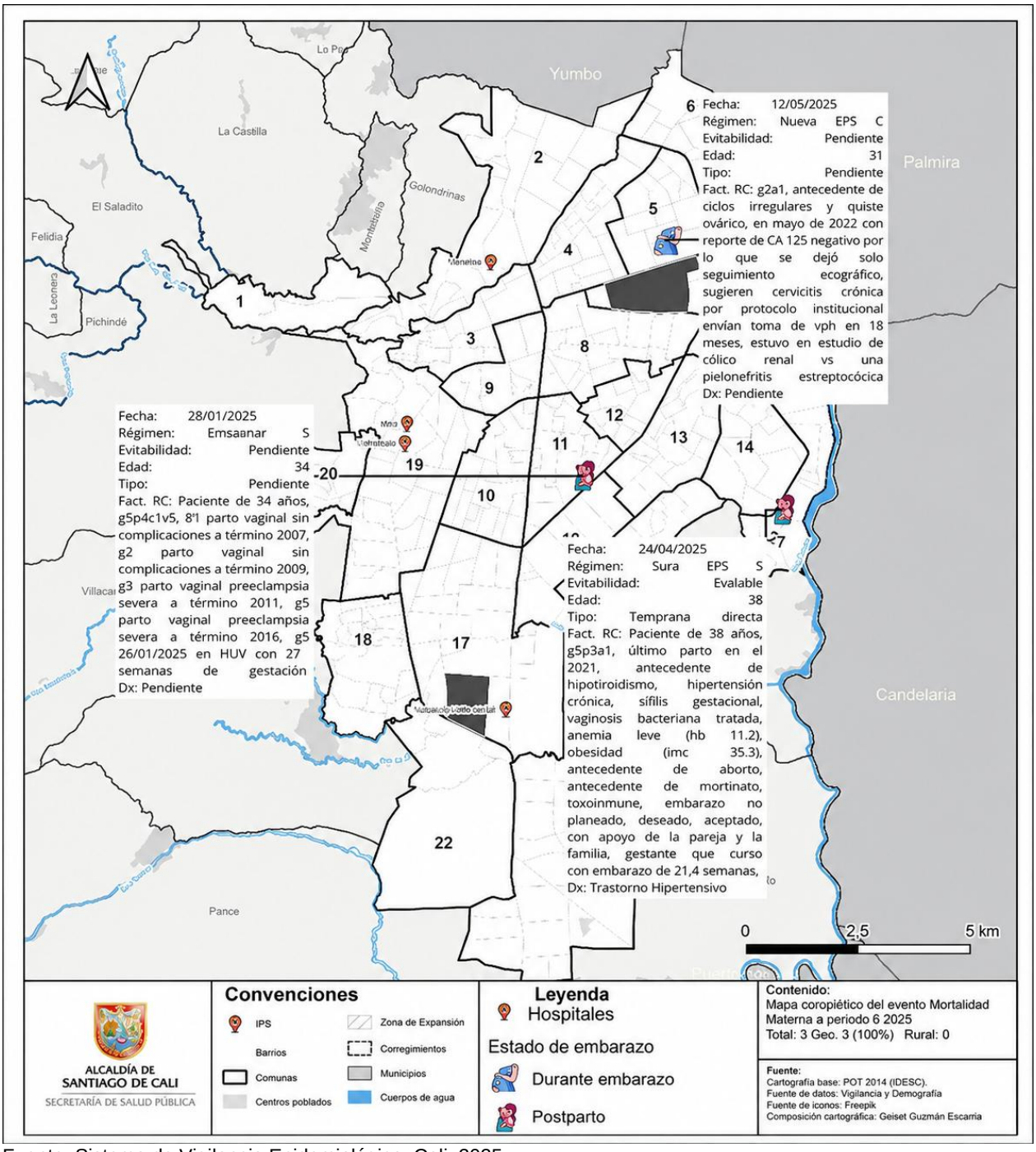


Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025. Boletín epidemiológico INS V periodo 2025.

Distribución geoespacial de casos de mortalidad materna

Respecto al comportamiento espacial se evidencia que los cinco casos que se han presentado de mortalidad materna temprana se encuentran distribuidos en la ciudad, uno en la zona oriente, un caso en la zona norte y un caso en centro.

Ilustración 10: Distribución geoespacial de casos de mortalidad materna, Cali, semana 1-24, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025.

Distribución de casos por características sociodemográficas

De acuerdo a las características demográficas y sociales, se encontró que la razón más alta del 2025 según el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se encuentra en la población del régimen subsidiado con 72,3 casos por 100.000 nacidos vivos, según la pertenencia étnica la población afrocolombiana presentó una razón de 94,6 casos por 100.000 nacidos vivos, y según los grupos de edad el rango de edad de 30 a 34 años presentó la mayor razón con 123,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, seguido del grupo de 35 a 39 años con 113,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 4: Comportamiento demográfico y social de mortalidad materna temprana, Cali a semana 24 de 2024 - 2025.

Variable	Categoría	Casos 2024			Casos 2025			Condición de variación
		Casos 2024 n: 2	%	Razón	Casos 2025 n: 3	%	Razón	
Régimen afiliación	Contributivo	1	50%	22,4	1	33%	23,7	sin cambios
	Especial	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
	Subsidiado	1	50%	34,1	2	67%	72,3	aumento
Pertenencia étnica	Afrocolombiano		0%	0,0	1	33%	94,6	aumento
	Otros	2	100%	31,0	2	67%	32,4	sin cambios
Grupos de edad	15 a 19	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
	25 a 29	1	50%	45,2	0	0%	0,0	disminución
	30 a 34	0	0%	0,0	2	67%	123,6	aumento
	35 a 39	0	0%	0,0	1	33%	113,9	aumento
	40 a 44	1	50%	420,2	0	0%	0,0	disminución
Antecedentes gestacionales	Primigestante	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
	Multípara (entre 2 a 5 gestaciones)	2	100%	58,3	3	100%	94,0	aumento
	Gran multípara (6 o más gestaciones)	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
Número Controles prenatales	Sin controles prenatales	0	0%	0,0	1	33%	1098,9	aumento
	1 a 3 controles prenatales	1	50%	184,2	2	67%	392,2	aumento
	4 a 6 controles prenatales	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
	7 y más controles prenatales	1	50%	26,2	0	0%	0,0	disminución
Escolaridad	Básica primaria	0	0%	0,0	1	33%	448,4	aumento
	Básica Secundaria	2	100%	198,8	1	33%	120,6	disminución
	Profesional	0	0%	0,0	0	0%	0,0	sin cambios
	Tecnológica	0	0%	0,0	1	33%	197,6	aumento

Fuente: Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2024 – 2025, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2024 – 2025.

Distribución de casos de mortalidad materna temprana por asegurador

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2025, las aseguradoras Emssanar presentó casos de mortalidad materna temprana de manera consecutiva desde el 2022, sin embargo Nueva EPS presentó la mayor razón de mortalidad materna temprana en lo que va del 2025 con 111,4 casos por 100.000 nacidos vivos, en el caso de Emssanar presentó un incremento en la razón de mortalidad materna temprana dado que presentó una razón de 94,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos y en el 2024 al mismo corte epidemiológico había presentado una razón de 82,2 casos por cada 100.000 nacidos vivos, la mortalidad materna en Cali es un indicador de alerta que evidencia desigualdades en el acceso y calidad de la atención materna, en especial en poblaciones vulnerables por etnia, régimen y área geográfica.

Las muertes maternas directas, muchas prevenibles, reflejan la necesidad de continuar fortaleciendo el trabajo en los servicios de salud de detección precoz, remisión oportuna, manejo de emergencias obstétricas.

Los determinantes sociales y las barreras de acceso siguen siendo factores clave que limitan los avances en la reducción de la mortalidad materna.

Morbilidad Materna Extrema

Al corte de la semana epidemiológica 44 de 2025, las UPGD del Distrito de Cali notificaron al SIVIGILA un total de 1 783 registros de morbilidad materna extrema, al comparar la situación al mismo periodo epidemiológico del año anterior, se evidencia un incremento en la notificación del 19.5 %, esto debido a las diferentes acciones que se vienen realizando en el Distrito con el fin de disminuir la mortalidad materna. En relación con el comportamiento de la razón de morbilidad materna extrema se evidencia una disminución del 3% comparado con el año anterior 2024.

Aunque el aumento en la notificación de MME puede estar relacionado con un fortalecimiento del sistema de vigilancia, también evidencia una persistente dificultad en la captación temprana y el manejo de las complicaciones obstétricas en el territorio nacional y local.

La alta carga de MME en el oriente de Cali refleja la relación directa entre condiciones sociales, determinantes estructurales y los desenlaces maternos adversos.

Las altas tasas en mujeres sin controles prenatales y en las de edad materna extrema deben orientar políticas específicas de intervención.

Comparado con otras ciudades principales, Cali reporta una carga desproporcionada de MME, lo que subraya la necesidad de acciones diferenciadas.

La mortalidad perinatal y neonatal tardía en Cali sigue estando fuertemente asociada a la prematuridad y las condiciones prevenibles relacionadas con la atención prenatal y del parto.

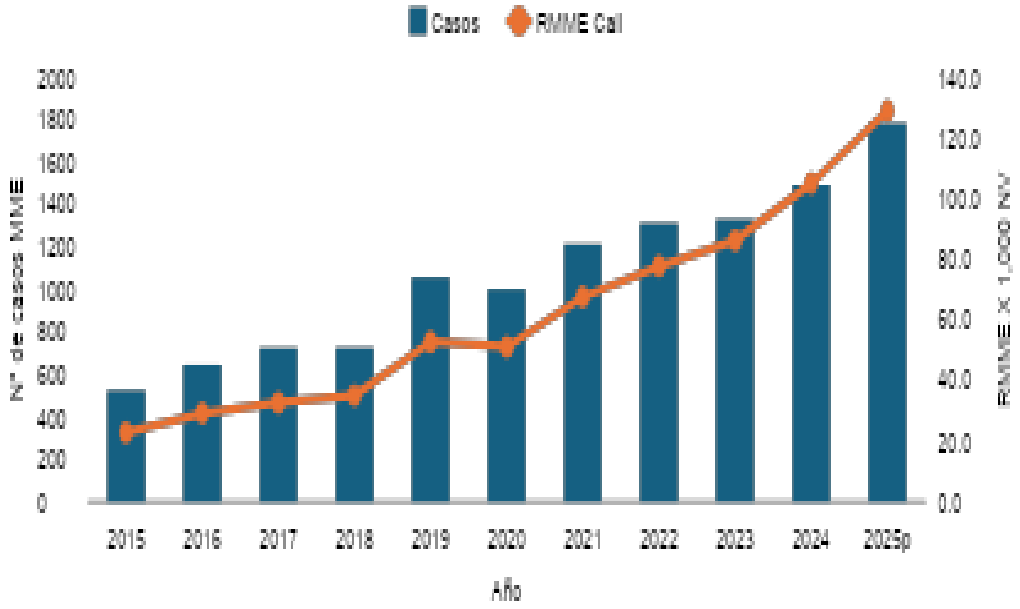
Las disparidades en la mortalidad perinatal entre las diferentes afiliaciones y grupos étnicos ponen en evidencia barreras en la equidad del cuidado.

Las acciones de prevención primaria (educación, planificación) y secundaria (detección precoz de riesgos, controles prenatales) requieren fortalecimiento para incidir en este indicador.

El incremento en la prevalencia registrada es un reflejo del fortalecimiento de la vigilancia, pero expone fallas en la detección prenatal y la oportunidad del tratamiento.
Persisten barreras para el acceso a servicios especializados que permitan un manejo integral de estos niños que cursan con algún tipo de malformación congénita.

Se requiere una mayor articulación entre el nivel distrital y centros de referencia nacional para mejorar la resolución de los casos complejos.

Ilustración 11: Comportamiento de la notificación de morbilidad materna extrema por semana epidemiológica, Cali, semana 1-44, 2022 a 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2015 – 2025

Distribución Geoespacial de Casos de Morbilidad Materna Extrema

Respecto al comportamiento geoespacial se evidencia que en la zona geográfica del oriente es donde se concentran el mayor número de casos de morbilidad materna extrema siendo específicamente en las comunas 13,14 y 15, en los barrios manuela Beltrán, el poblado, morichal y Mojica.

Tabla 5: Distribución geoespacial de casos de morbilidad materna extrema, Cali a semana 44 de 2025.

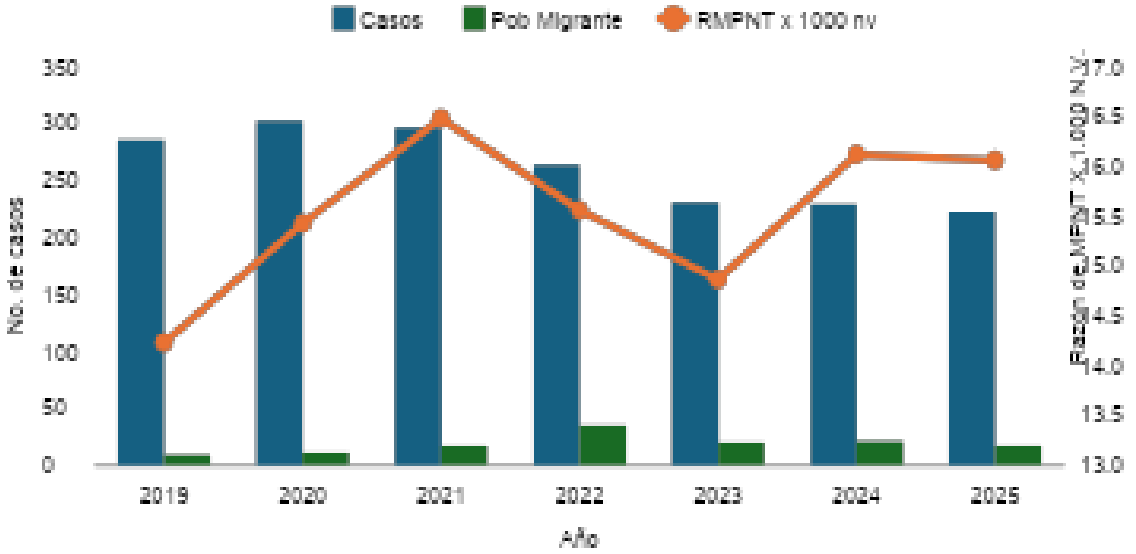
		2025			2024		
Zona geográfica	Comuna	Casos	%	Razón MME	Casos	%	Razón MME
Centro	8	55	3,1%	118,0	61	4,1%	114,0
	9	61	3,4%	245,0	38	2,5%	131,0
	10	73	4,1%	147,5	69	4,6%	125,7
	11	65	3,6%	143,8	55	3,7%	107,2
	12	31	1,7%	83,3	42	2,8%	114,8
Ladera	1	26	1,5%	64,7	22	1,5%	37,9
	3	60	3,4%	254,2	43	2,9%	155,2
	17	90	5,0%	95,3	86	5,8%	81,6
	18	69	3,9%	92,2	79	5,3%	93,6
	19	89	5,0%	181,3	73	4,9%	161,1
	20	51	2,9%	130,4	34	2,3%	77,4
	22	11	0,6%	31,8	20	1,3%	56,3
Norte	2	53	3,0%	79,8	51	3,4%	70,7
	4	42	2,4%	120,0	28	1,9%	67,3
	5	40	2,2%	87,7	44	2,9%	88,2
	6	84	4,7%	102,4	77	5,2%	86,1
	7	36	2,0%	80,7	53	3,6%	103,9
Oriente	13	137	7,7%	125,1	120	8,0%	109,6
	14	118	6,6%	97,0	145	9,7%	113,5
	15	138	7,7%	117,5	115	7,7%	94,5
	21	88	4,9%	86,4	108	7,2%	94,7
Sur oriente	16	97	5,4%	162,5	51	3,4%	80,7
Zona expansión	81	61	3,4%	0			
Total General		1.783	100%	128,9	1.492	100%	98%

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025.

Análisis de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

De acuerdo con los datos de nacidos vivos del 2025 del DANE, la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para el Distrito fue de 16,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Se observa este mismo comportamiento en el 2024 al mismo corte epidemiológico.

Ilustración 12: Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en principales ciudades, Cali, semana 1-44, 2019-2025.



Fuente: Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025-Boletin epidemiológico V del Instituto Nacional de Salud.

Distribución Geoespacial de Casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Respecto al comportamiento geoespacial se evidencia que las comunas que presentaron mayor densidad de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía fueron las pertenecientes a la zona geográfica del oriente de la ciudad tales como la comuna 13,14 y 15 en los barrios Antonio Nariño, ciudad córdoba, el morichal.

Tabla 6: Distribución geoespacial de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Cali a semana 44 de 2024-2025.

Zona geográfica	Comuna	NV	Casos 2025	%	Razón MPNT	Casos 2024	%	Razón MPNT	NV 2024
Centro	8	466	8	3,6%	17,2	6	2,6%	11,9	505
	9	249	8	3,6%	32,1	11	4,8%	39,4	279
	10	495	5	2,3%	10,1	5	2,2%	9,9	507
	11	452	8	3,6%	17,7	10	4,4%	20,6	485

Zona geográfica	Comuna	NV	Casos 2025	%	Razón MPNT	Casos 2024	%	Razón MPNT	NV 2024
	12	372	7	3,2%	18,8	2	0,9%	5,8	342
Ladera	1	402	7	3,2%	17,4	4	1,7%	7,2	555
	3	236	6	2,7%	25,4	9	3,9%	34,4	262
	17	944	13	5,9%	13,8	12	5,2%	12,2	981
	18	748	5	2,3%	6,7	11	4,8%	14,1	781
	19	491	11	5,0%	22,4	9	3,9%	21,0	428
	20	391	5	2,3%	12,8	6	2,6%	14,6	411
	22	346	2	0,9%	5,8	1	0,4%	3,0	330
Norte	2	664	5	2,3%	7,5	6	2,6%	8,9	677
	4	350	4	1,8%	11,4	2	0,9%	5,1	391
	5	456	6	2,7%	13,2	6	2,6%	12,9	464
	6	820	8	3,6%	9,8	8	3,5%	9,5	845
	7	446	8	3,6%	17,9	4	1,7%	8,4	479
Oriente	13	1095	17	7,7%	15,5	21	9,2%	20,3	1032
	14	1216	25	11,3%	20,6	23	10,0%	19,2	1199
	15	1174	25	11,3%	21,3	22	9,6%	19,4	1132
	21	1018	12	5,4%	11,8	15	6,6%	14,0	1071
Sur oriente	16	597	7	3,2%	11,7	12	5,2%	20,3	590

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025.

Distribución de Casos por Características Sociodemográficas

De acuerdo a las características demográficas y sociales, se encontró que la razón más alta según el sexo se presentó en el masculino con 19,62 casos por 1 000 nacidos vivos, esto comparado con el año 2024 cambio dado que la razón más alta se presentó en el sexo indeterminado, por pertenencia étnica la razón en la población indígena fue de 45,45 casos por 1.000 nacidos vivos comparado con el 2024 al mismo corte epidemiológico no se habían presentado casos en este grupo étnico, según el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud la mayor razón se encuentra en la población del régimen no asegurado con 27.36 casos por 1 000 nacidos vivos, el cual presento el mismo comportamiento que en el 2024, y según área de ocurrencia la mayor razón se encuentra en residentes de la cabecera municipal con 16.38 casos por 1 000 nacidos vivos.

Respecto al inicio de los controles prenatales llama la atención que el 15 % de las madres de estos menores no realizó ningún control prenatal, según el peso al nacer la mayor razón se presentó en los menores de 1 000 gramos con 1174.3 por cada 1 000 nacidos vivos.

Sífilis Gestacional

Al corte de la semana epidemiológica 44 de 2025 se notificaron 459 casos residentes en Cali, al mismo periodo epidemiológico del año anterior, se evidencia un comportamiento leve hacia el decremento del -6.5%, de igual manera una disminución en el indicador pasando de una razón de prevalencia de 35.2 en 2024 a 32.9 por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en 2025.

Distribución geoespacial de casos de sífilis gestacional en cali

Respecto al comportamiento geoespacial se evidencia que en la zona geográfica del oriente es donde se presentan el mayor número de casos de sífilis gestacional siendo específicamente las comunas 13,14,15 y 21.

Al revisar el comportamiento por razón de prevalencia se evidencia que la comuna 15 es la que presenta la razón de prevalencia más alta, seguido de la comuna 3 y 13 perteneciente a la zona geográfica del oriente.

Tabla 7: Distribución geoespacial de casos de sífilis gestacional, Cali, semana 44 de 2024-2025.

Zona geográfica	Comuna	Casos 2024	Casos 2025	%	Razón de prevalencia 2024	Razón de prevalencia 2025
Centro	8	18	6	1,3%	35,1	12,8
	9	13	12	2,6%	46,3	47,6
	10	9	8	1,7%	17,7	16,1
	11	15	9	2,0%	30,8	19,7
	12	13	13	2,8%	37,8	34,5
Ladera	1	8	10	2,2%	14,0	24,6
	3	8	12	2,6%	29,4	50,2
	17	8	9	2,0%	8,0	9,5
	18	18	20	4,4%	22,8	26,6
	19	10	14	3,1%	23,0	28,3
	20	28	13	2,8%	65,9	33,2
	22	0	2	0,4%	0,0	5,7
Norte	2	6	15	3,3%	8,8	22,5
	4	6	10	2,2%	14,7	28,1
	5	6	5	1,1%	12,8	10,9
	6	16	17	3,7%	18,7	20,7
	7	10	13	2,8%	20,6	28,6
Oriente	13	54	59	12,9%	51,0	53,4
	14	80	61	13,3%	65,2	49,7

Zona geográfica	Comuna	Casos 2024	Casos 2025	%	Razón de prevalencia 2024	Razón de prevalencia 2025
	15	70	60	13,1%	60,4	50,7
	21	72	49	10,7%	66,2	47,8
Sur oriente	16	22	23	5,0%	36,2	38,1

Fuente: Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025

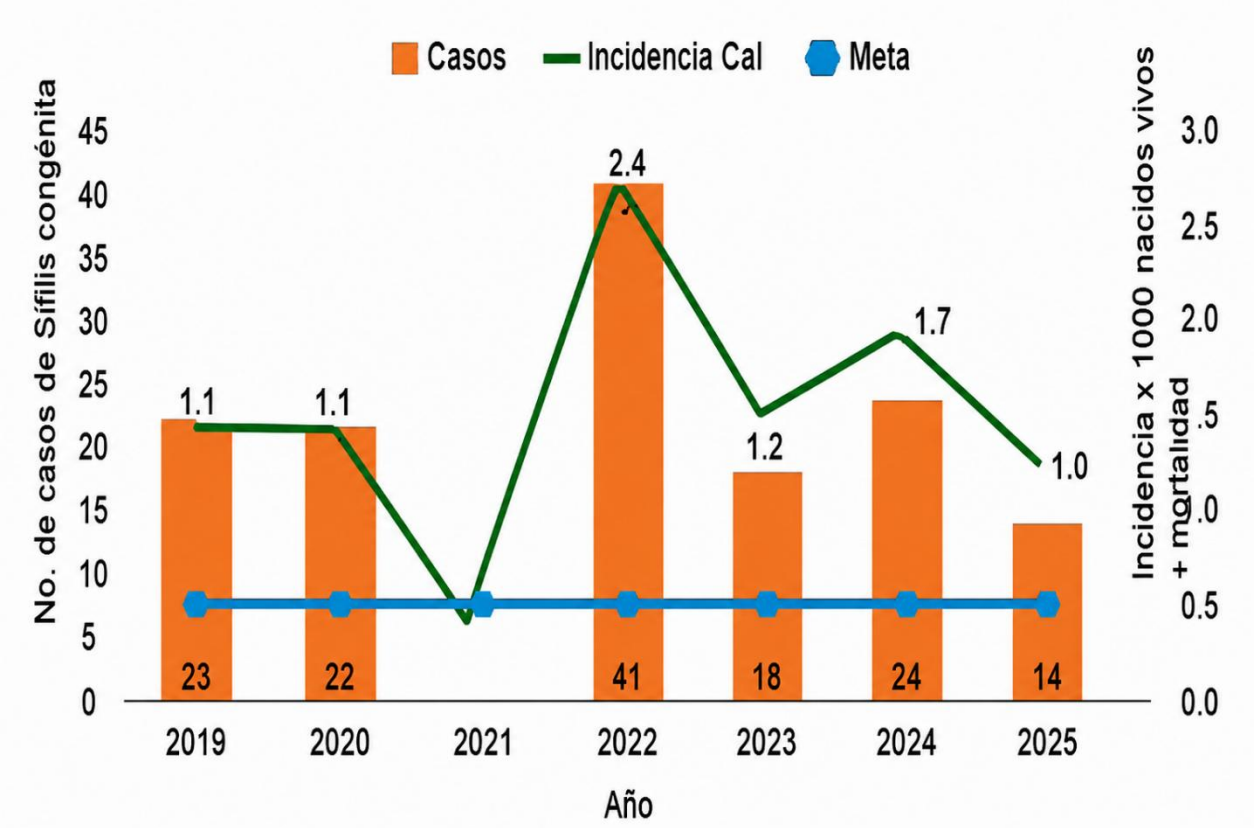
Distribución de casos por características sociodemográficas

De acuerdo a las características demográficas y sociales, se encontró que para la pertenencia étnica de acuerdo con la notificación el grupo de otro fue del 77.1 % (354), para la población Negro 22,4 % (103), en el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se encontró que el mayor número de casos se encuentra en la población del régimen subsidiado con el 61.2% (281) de los casos, seguido del contributivo con el 34,4 % (158) de los casos, según área de ocurrencia el 98 % (450) residen en la cabecera municipal, la mujeres que se tienen como ocupación el hogar fueron las que presentaron el mayor número de casos con el 54.7% (251) casos, en relación a la nacionalidad el 6.3 % (29) era población extranjera proveniente de Venezuela, y por último el diagnóstico del embarazo se realizó en el 88 % (404) por primera vez.

Sífilis Congénita

Al corte de la semana epidemiológica 44 de 2025, las UPGD del Distrito de Cali notificaron al SIVIGILA un total de 14 casos residentes de Cali, al mismo periodo epidemiológico del año anterior, se evidencio un decremento del 42 %, de igual manera en el indicador pasando de una incidencia de 1.7 en 2024 a 1.0 por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en 2025, sin embargo, con este resultado estamos incumplimiento con la meta establecida (0,5 casos o menor por 1 000 NV+MF).

Ilustración 13: Comportamiento del número de casos y prevalencia de sífilis congénita, Cali a semana 44 de 2019-2025

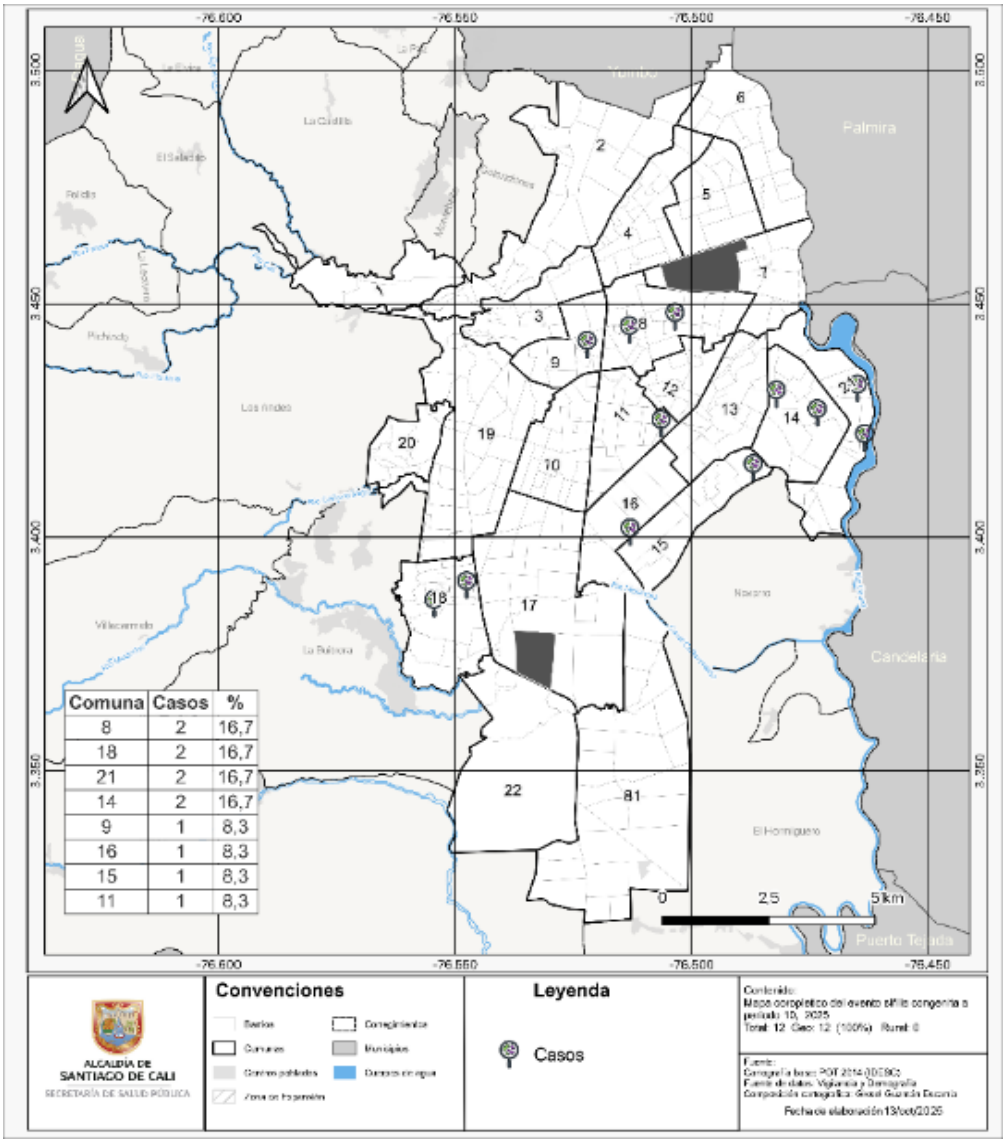


Fuente: Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025

Distribución geoespacial de casos de sífilis congénita en Cali

Respecto al comportamiento geoespacial se evidencia que en la zona geográfica del oriente y centro es donde se presentan el mayor número de casos de sífilis congénita siendo específicamente las comunas 14,15 y 21. Sin embargo, al revisar el comportamiento por incidencia se evidencia que la comuna 8 es la que presenta la incidencia más alta, seguido de la comuna 18.

Ilustración 14: Distribución geoespacial de casos de sífilis congénita, Cali a semana 44 de 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Cali, 2025

Distribución de casos por características sociodemográficas

De acuerdo a las características demográficas y sociales, se encontró que el sexo femenino aporto el mayor número casos con el 71.4% (10), para la pertenencia étnica de acuerdo con la notificación el 100% de los casos se ubicaron el grupo de otro, en el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se encontró que el mayor número de casos se encontró en la población del régimen subsidiado con el 57.1% (8) de los casos, según área de ocurrencia el 100% (14) residen en la cabecera

municipal, en relación a la nacionalidad el 100% (14) son colombianas, frente a la clasificación final de los casos confirmados para sífilis congénita, el 78.6 % (11) se confirmó por nexo epidemiológico, el 21.4 % (3) se confirmó por laboratorio.

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en Cali ha presentado una tendencia general a la disminución en los últimos años, lo que refleja avances en las condiciones de salud materna e infantil, así como en la atención sanitaria. Específicamente, en 2014 la tasa de mortalidad infantil era de aproximadamente 11.1 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en 2020 alcanzó un punto más bajo con una cifra de aproximadamente 8.3 por cada 1.000 nacidos vivos. En 2023, la tasa se mantuvo por debajo de la media departamental, situándose en torno a 8.1 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que indica una mejora constante en los indicadores de salud de la población infantil.

No obstante, pese a estos avances, las principales causas de mortalidad infantil siguen siendo las afecciones del período perinatal, que en 2023 se mantuvieron como las causantes principales, con una incidencia cercana a 4 por cada 1.000 nacimientos. Entre ellas, destacan complicaciones relacionadas con nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, asfixia perinatal y sepsis neonatal, que en conjunto representan más del 50% de las muertes en este grupo etario. Las enfermedades del sistema respiratorio, en particular la neumonía y otras infecciones respiratorias agudas, también continúan siendo responsables de un porcentaje importante de los fallecimientos, con cifras que en 2023 se mantuvieron en torno a 1.2 por cada 1.000 nacidos vivos.

Asimismo, las condiciones relacionadas con la atención prenatal y neonatal aún representan una causa clave de mortalidad, aunque han mostrado una reducción significativa en los últimos años. Por ejemplo, en 2014, se registraban aproximadamente 16 muertes relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, cifra que en 2023 descendió a cerca de 3. De igual modo, las muertes por sepsis neonatal, que en 2014 ascendieron a 6 casos, en 2023 se redujeron a 3. lo cual refleja una mejoría en las prácticas de atención clínica y en la infraestructura de salud.

En cuanto a menores de cinco años, también se observa una tendencia de caída en las tasas de mortalidad. La tasa global en 2014 era de aproximadamente 14.2 por cada 1.000 niños, disminuyendo a aproximadamente 10.4 en 2020, y en 2023 se sitúa cerca de 10.2. Sin embargo, las causas epidemiológicas siguen siendo similares a las de años anteriores, con una carga significativa en las infecciones respiratorias, las complicaciones perinatales y las malformaciones congénitas. En 2023, estas complicaciones todavía representaron una proporción importante en la mortalidad de los menores de cinco años, resaltando que la mortalidad en este grupo sigue siendo un indicador sensible a las mejoras en la atención primaria, la vacunación y la detección temprana de complicaciones.

Mortalidad infantil por etnia y área de residencia

La mortalidad infantil en Cali ha mostrado una tendencia a la baja en los últimos años, reflejando avances en la atención materno-infantil, la mejora en condiciones sanitarias y la implementación de programas de salud pública enfocados en la prevención. En 2014, la tasa de mortalidad infantil era aproximadamente de 11.1 por cada 1.000 nacidos vivos, cifra que fue reduciéndose de manera sostenida hasta alcanzar cerca de 8.1 en 2023, lo que evidencia una disminución de aproximadamente un 27% en ese período. Este descenso es resultado de políticas públicas que han fortalecido la atención prenatal, la cobertura de inmunizaciones y el acceso a servicios especializados en los hospitales y centros de salud de Cali.

Sin embargo, pese a los avances, las causas perinatales siguen siendo predominantes en la mortalidad infantil. En 2023, las complicaciones relacionadas con nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, asfixia perinatal y sepsis neonatal concentraron más del 50% de las muertes en esta población, con tasas cercanas a 4 por cada 1.000 nacimientos. Las enfermedades respiratorias, particularmente las neumonías y otras infecciones respiratorias agudas, continúan siendo la segunda causa principal, con cifras que en 2023 alcanzaron un promedio de 1.2 por cada 1.000 nacidos vivos. La atención temprana y la prevención en estos ámbitos siguen siendo áreas prioritarias para reducir aún más la mortalidad en los primeros meses de vida.

A nivel de menores de cinco años, también se observa una significativa reducción en las tasas de mortalidad, aunque todavía existen desafíos importantes. En 2014, la tasa era de aproximadamente 14.2 por cada 1.000 niños menores de cinco años, cifra que en 2023 se situó cerca de 10.2. Las infecciones respiratorias, las complicaciones relacionadas con el período perinatal y las malformaciones congénitas continúan siendo las principales causas de muerte en este grupo. Las muertes por estas causas indican que, aunque las intervenciones preventivas han tenido impacto positivo, aún existen áreas donde es necesario fortalecer las acciones de promoción de la salud, especialmente en zonas rurales o marginales, donde la atención oportuna todavía presenta limitaciones.

El análisis por causas externas revela que las heridas y lesiones traumáticas, como las agresiones y accidentes de tránsito, son un factor importante en la mortalidad en niños y adolescentes. Aunque en los últimos años estas cifras han presentado un leve descenso, en el año 2023 representó una causa significativa en la población menor de cinco años, en particular en grupos de edad adolescente, donde las lesiones por violencia y los accidentes de tránsito contribuyen a tasas cercanas a 8-10 muertes por cada 100.000 habitantes. La prevención y la promoción de estilos de vida seguros continúan siendo estrategias clave para disminuir estos eventos fatales.

Mortalidad por etnia y área de residencia: Los grupos poblacionales indígenas, ROM, negros y afrodescendientes presentan indicadores de mortalidad significativamente superiores a la media general. Por ejemplo, durante el año 2023, la mortalidad infantil en comunidades indígenas alcanzó una tasa aproximada de 13.5 por cada 1.000 nacidos vivos, duplicando por poco la tasa registrada en la población general (8.1). La mortalidad en población ROM y afrodescendiente presenta cifras más altas, con tasas cercanas a 10 por cada 1.000 nacidos vivos, evidenciando desigualdades sociales, económicas y dificultades de acceso a servicios de salud que impactan en los resultados de salud de estas comunidades.

Por área de residencia, la diferencia entre los índices de mortalidad en zonas urbanas y rurales es notable. En los centros urbanos de Cali, las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años son más bajas, situándose en torno a 7-8 por cada 1.000 nacidos vivos durante el 2023, beneficiándose del acceso a centros hospitalarios, infraestructura sanitaria y programas de salud dirigidos a la población urbana. En contraste, en las zonas rurales y en barrios marginados, estas tasas se duplican e incluso triplican, llegando a cifras cercanas a 16 por cada 1.000 en algunos sectores de la ciudad, lo que evidencia las inequidades en salud y la necesidad de reforzar las acciones dirigidas a estos territorios. La desigualdad en los resultados de salud por etnia y área de residencia evidencia la importancia de políticas específicas que aborden las barreras culturales, económicas y geográficas, y que permitan una atención más equitativa y oportuna en todos los sectores de la población

Recomendaciones

El reporte oportuno y con calidad del dato tanto inicial como al momento del ajuste es la clave para que los entes locales cuenten con herramientas suficientes para la toma de decisiones, análisis y seguimiento de los casos reportados.

Es necesario continuar implementando políticas, programas y acciones interinstitucionales e intersectoriales, dirigidos a población urbana y rural, con el propósito de fortalecer la atención preconcepcional, prenatal, atención del parto y del postparto.

Continuar con la implementación de las recomendaciones de la OPS/OMS que consisten en reducir las desigualdades en la calidad y acceso de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas, y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

Continuar con las indicaciones y recomendaciones dadas por la UNICEF, la Organización

Mundial de la Salud y otros organismos colaboradores que trabajan con los gobiernos nacionales y otros socios para acelerar el progreso en materia de salud materna y neonatal, por medio del planteamiento de objetivos desarrollados por el grupo Todas las Mujeres, Todos los Recién Nacidos en Todas Partes (EWENE), que trabajan en estrategias para garantizar que todas las niñas y mujeres embarazadas reciban intervenciones esenciales, como cuatro o más controles de atención prenatal, parto asistido por una partera calificada, atención posnatal de la madre como del recién nacido en los dos días siguientes al nacimiento.

Continuar con el fortalecimiento de la implementación de la estrategia de vigilancia comunitaria en el territorio dado que, al trabajar en colaboración con las comunidades y las familias, y centrarse en las áreas de mayor necesidad, se pueden observar mejoras significativas en la cobertura y la equidad de la salud materna.

Se debe fortalecer, motivar y fomentar la valoración del riesgo preconcepcional, planteado en el AIEPI clínico de una manera clara y sencilla. Esta valoración permitiría anticipar riesgos, recomendar plenamente una gestación o recomendar sea pospuesta cuando las condiciones clínicas lo permitan, disminuyendo o evitando complicaciones en la gestación, que pueden llevar a una morbilidad materna extrema o a la muerte de la madre o del producto.

Mortalidad integrada (IRA, EDA, DNT)

En seguida se presenta la tendencia de la Mortalidad Integrada (IRA, EDA, DNT aguda) desde el año 2019 hasta el presente año, que muestra una reducción de 6,16 puntos porcentuales con respecto a lo que va corrido del presente año, lo que se traduce en una tendencia hacia el descenso, esto puede estar relacionado con las diferentes acciones que desde los diferentes actores se han implementado para generar un impacto positivo en este indicador. Es importante resaltar que al calcular la tasa de mortalidad integrada para Cali se evidencia que en el año 2023 se presentó la tasa más baja en la ciudad en comparación con los otros años. Al realizar una comparación de los últimos años con corte al periodo epidemiológico XI, se encontró que en el 2024 se presentaron 5.65 muertes por cada 100.000 menores de 5 años y para el 2025 la tasa de mortalidad es de 5.82 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, con un total de 8 mortalidades registradas.

Ilustración 15: Tasa global de mortalidad integrada (IRA, EDA, DNT aguda) en menores de 5 años Cali, 2019 – 2025.



Fuente: Sivigila 2025

Ahora si hacemos el análisis del evento desagregado por evento encontramos el seguimiento comportamiento de la tasa de mortalidad, encontramos que en lo corrido del 2025 NO se han presentado casos de mortalidad por desnutrición en el distrito de Santiago de Cali. Las tasas de mortalidad por IRA y EDA del año 2025 son 5.09 y 0.73 respectivamente, valores que se encuentran por encima de las tasas registradas el año inmediatamente anterior.

La información tiene una fortaleza importante: permite integrar datos poblacionales, territoriales y epidemiológicos para orientar decisiones en salud pública. El uso de mapas, distribución por eventos, sexo, ESE, comuna e índice de pobreza multidimensional facilita una lectura territorial del riesgo.

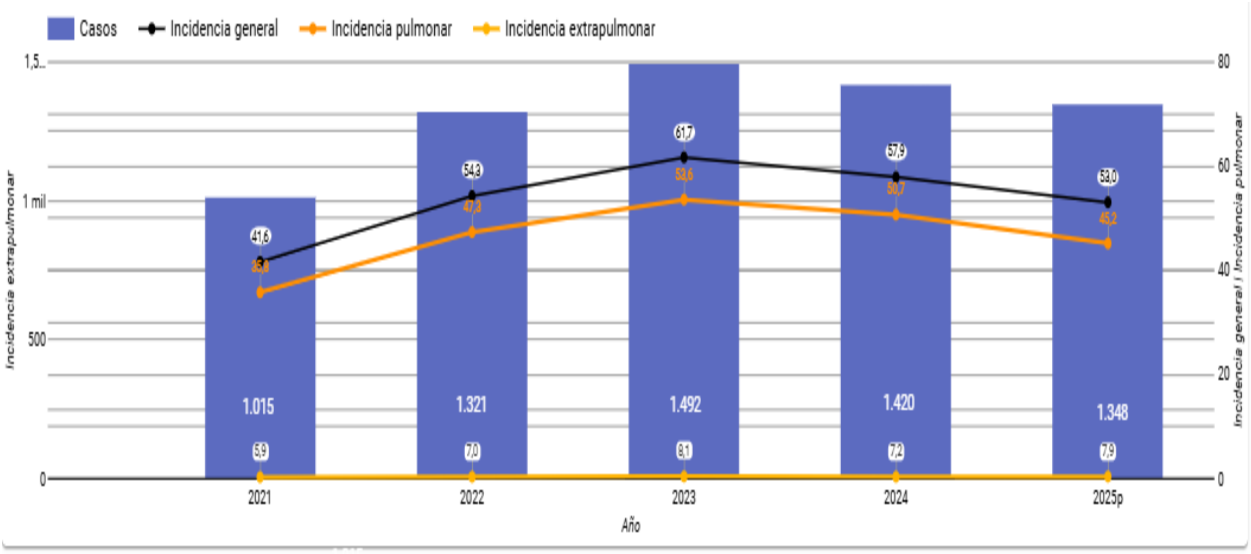
Sin embargo, existen limitaciones relevantes. El tablero presenta principalmente porcentajes y número de casos, pero no se evidencian tasas por 100.000 habitantes, razón estandarizada, tendencia temporal comparativa, oportunidad de notificación, nivel de ajuste de casos, duplicidades, ni análisis de subregistro. Esto limita la interpretación técnica, porque una comuna con más casos absolutos no necesariamente es la de mayor riesgo si tiene mayor población.

También se requiere mayor precisión metodológica sobre fecha de corte, fuente oficial, definición de caso, población denominadora, criterios de inclusión, depuración de bases y validación con Sivigila, RUAF, RIPS u otras fuentes. Desde gestión de calidad, estos elementos son indispensables para garantizar confiabilidad, trazabilidad y utilidad de la información.

Tuberculosis

Para el onceavo periodo epidemiológico del 2025 se han notificado en Cali 1.348 casos de tuberculosis con una incidencia en la ciudad de 53 casos por 100 mil habitantes, estando esta 4.9 puntos por encima reportada en 2024 a corte del mismo periodo epidemiológico.

Ilustración 16: Incidencia Tuberculosis, Cali, semana 1-44,2021- 2025



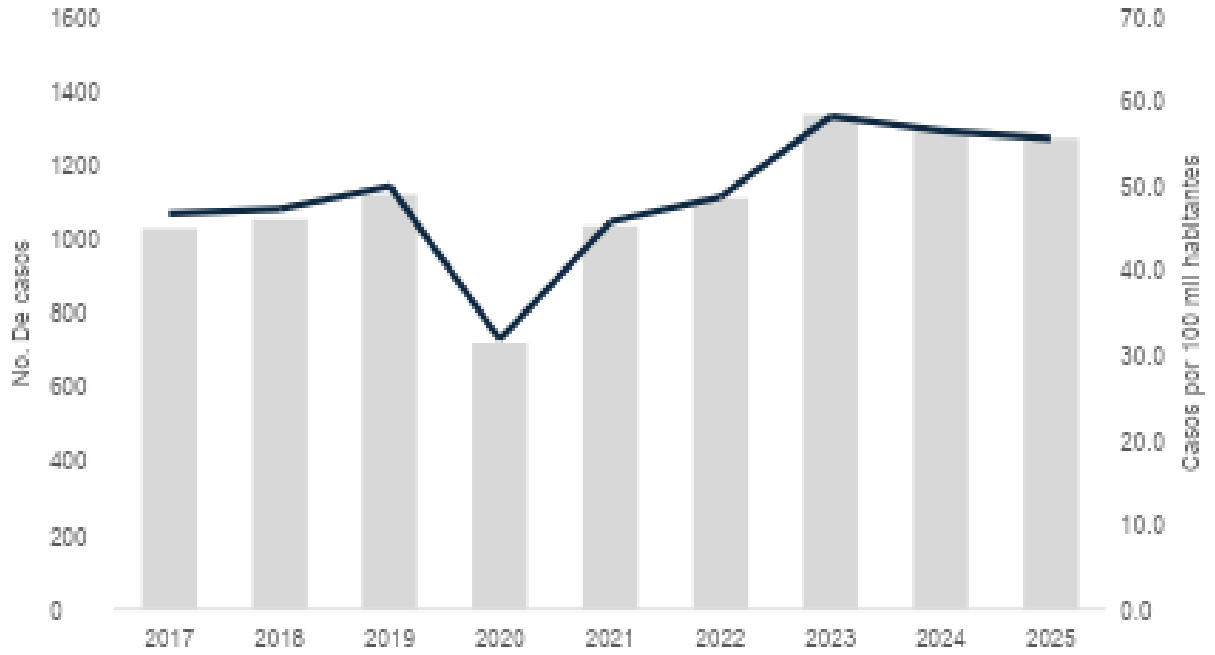
Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica, Cali, 2021-2025.

Dentro de las características sociodemográficas de este evento se encuentran los hombres, el régimen subsidiado, las personas entre 29-59 años, los auto reconocidos como mestizos y aquellos residentes en la cabecera distrital como los más afectados por tuberculosis en lo corrido del 2025

VIH/SIDA

En lo corrido de 2025, el sistema de vigilancia en salud pública ha captado 1.273 casos de VIH/SIDA en el distrito de Santiago de Cali con una incidencia para esta enfermedad de 55.7 casos por cada 100 mil habitantes, al comparar este indicador con el año inmediatamente anterior al mismo periodo de tiempo se obtuvo que el mismo disminuyó un punto en 2025 (55.7 versus 56.6).

Ilustración 17: Incidencia VIH/SIDA, Cali, semana 1-44,2017- 2025



Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica, Cali, 2017-2025.

Los 1.273 casos notificados en SIVIGILA como incidentes se distribuyen mayormente en el sexo masculino (39%), en las edades ente 25-34 años, el 47 % de los casos dentro del régimen subsidiado. El 12 % de los pacientes se auto reconocen como afrocolombianos y el 98 % de los pacientes VIH positivos residen en la cabecera distrital. Cuando se realiza diferencia de proporciones dentro de casa una de las variables sociodemográficas encontramos que existe diferencia estadísticamente significativa para los porcentajes dentro de cada variable.

Aspectos críticos o alertas

Una alerta central es la concentración de eventos de salud pública en territorios con pobreza multidimensional. Esto indica que el riesgo epidemiológico no se distribuye de manera homogénea, sino que se acumula en zonas con mayor vulnerabilidad social, barreras de acceso, informalidad, hacinamiento, violencia y menor capacidad de respuesta institucional.

Otra alerta es la posible subestimación de eventos sensibles como violencia, salud mental, tuberculosis, VIH y desnutrición infantil. Estos eventos pueden estar afectados por subregistro, baja consulta, estigma, barreras culturales o debilidades en búsqueda activa.

También preocupa que el análisis por casos absolutos pueda conducir a decisiones incompletas si no se ajusta por población. Para priorizar correctamente, se requiere calcular tasas, identificar conglomerados, comparar tendencias y cruzar los datos con determinantes sociales.

El análisis permite concluir que Santiago de Cali enfrenta una carga sanitaria compleja, marcada por la transición demográfica, urbanización, envejecimiento, desigualdad social y concentración territorial de eventos prioritarios. La información disponible es valiosa para orientar decisiones, pero requiere mayor robustez metodológica, análisis de tasas, validación de calidad del dato y lectura territorial profunda.

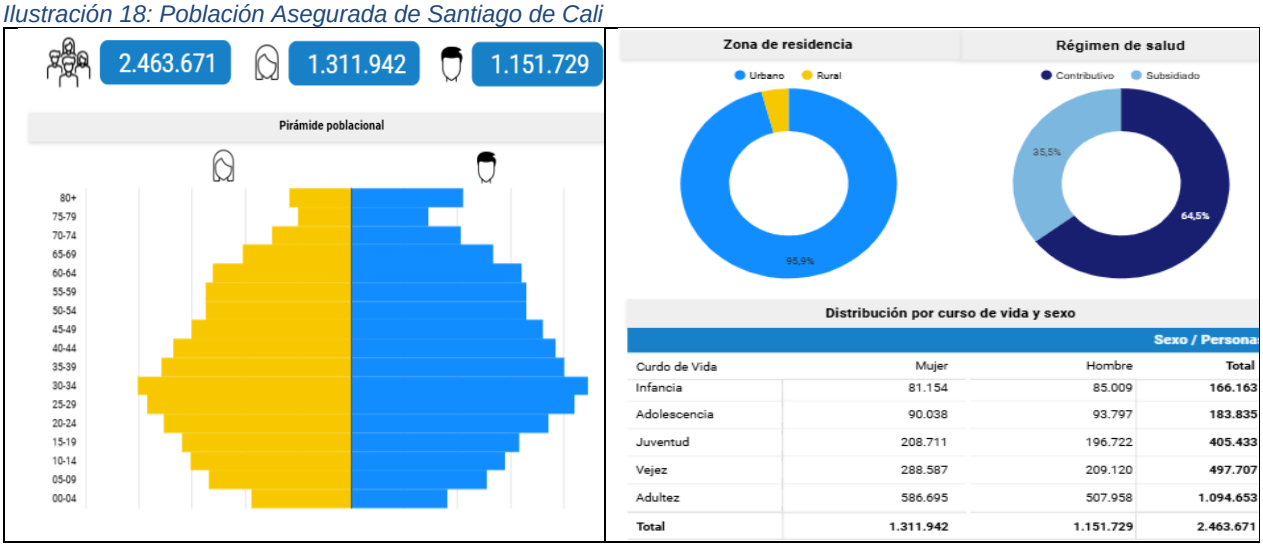
La prioridad no debe limitarse a contar casos, sino a identificar dónde, por qué y en quiénes se concentra el riesgo. Desde una mirada de enfermería epidemiológica y gestión de calidad, el reto principal es transformar estos datos en intervenciones concretas, oportunas y diferenciadas, que fortalezcan la vigilancia epidemiológica, mejoren la calidad de la atención y reduzcan inequidades en salud pública.

3.2. Análisis de la Oferta de Servicios en el Territorio

3.2.1. Población asegurada de Santiago de Cali

La población asegurada del Distrito Especial de Santiago de Cali presenta una estructura demográfica y de aseguramiento que aporta elementos estratégicos para la planeación de la red pública de prestación de servicios de salud, particularmente en relación con capacidad instalada, organización territorial, gestión integral del riesgo y priorización de intervenciones en salud pública.

Ilustración 18: Población Asegurada de Santiago de Cali



Distribución por curso de vida y sexo

Curdo de Vida	Mujer	Hombre	Total
Infancia	81.154	85.009	166.163
Adolescencia	90.038	93.797	183.835
Juventud	208.711	196.722	405.433
Vejez	288.587	209.120	497.707
Adultez	586.695	507.958	1.094.653
Total	1.311.942	1.151.729	2.463.671

Fuente: Observatorio de Salud Pública.

De acuerdo con la información del Observatorio de Salud Pública, el Distrito registra una población asegurada de 2.463.671 personas, de las cuales el 53,2 % corresponde al sexo femenino y el 46,8 % al sexo masculino. La distribución poblacional muestra una mayor concentración en los grupos de adultez y juventud, que representan aproximadamente el 61 % del total de afiliados, situación asociada a una alta demanda potencial de servicios relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, patologías metabólicas y condiciones asociadas al envejecimiento poblacional.

Desde el análisis epidemiológico, la composición por curso de vida permite proyectar un incremento sostenido en la demanda de servicios ambulatorios, programas de promoción y mantenimiento de la salud, seguimiento de cohortes de riesgo cardiovascular, atención integral en salud mental y servicios de rehabilitación y manejo de multimorbilidad. Particularmente, el grupo de adultez, que supera el millón de personas aseguradas, concentra el mayor riesgo para enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y cáncer, eventos que actualmente representan las principales causas de morbimortalidad en el Distrito Especial de Santiago de Cali.

La distribución por régimen de aseguramiento muestra predominio del régimen contributivo con el 64,5 % de la población afiliada, mientras que el 35,5 % pertenece al régimen subsidiado. Este comportamiento refleja la persistencia de brechas socioeconómicas y condiciones de vulnerabilidad social en una proporción importante de la población, especialmente en territorios con mayores índices de pobreza, informalidad laboral y dependencia del aseguramiento subsidiado. Desde la perspectiva de gestión del riesgo y equidad en salud, este hallazgo resulta relevante para la planificación territorial de la red pública, dado que los territorios con mayor concentración de población subsidiada presentan mayores cargas de enfermedad, barreras de acceso y utilización intensiva de servicios públicos de baja complejidad.

En relación con la distribución geográfica, el 96,9 % de la población asegurada se concentra en la zona urbana, mientras que únicamente el 3,1 % reside en zona rural. Aunque proporcionalmente menor, la población rural enfrenta retos importantes relacionados con accesibilidad geográfica, continuidad del cuidado, oportunidad diagnóstica y cobertura efectiva de programas de promoción y prevención, especialmente en corregimientos y territorios con dispersión poblacional. Esta situación requiere fortalecer estrategias extramurales, atención domiciliaria y modelos diferenciales de Atención Primaria en Salud con enfoque territorial.

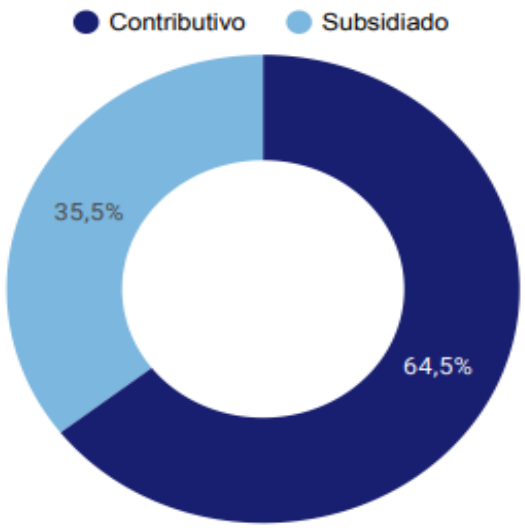
La pirámide poblacional muestra además un proceso progresivo de transición demográfica y envejecimiento poblacional, representado en el aumento de grupos etarios adultos y adultos mayores. Esta dinámica implica un incremento futuro de la demanda de servicios asociados a enfermedades degenerativas, cuidados paliativos, rehabilitación funcional, atención geriátrica y seguimiento de pacientes crónicos complejos, lo que hace

necesario fortalecer la capacidad resolutiva del nivel primario y consolidar modelos integrales de gestión del riesgo.

Desde el enfoque de Gestión Integral de Garantía de la Calidad, estos resultados aportan elementos fundamentales para la reorganización de la red pública distrital, permitiendo orientar la distribución de servicios, priorizar inversiones, fortalecer rutas integrales de atención y ajustar la capacidad instalada conforme al comportamiento poblacional y epidemiológico del territorio. Asimismo, el análisis facilita la identificación de brechas en cobertura, accesibilidad y continuidad de la atención, contribuyendo a la formulación de estrategias orientadas a mejorar los resultados en salud y reducir inequidades territoriales en el Distrito Especial de Santiago de Cali.

Población asegurada por régimen

Ilustración 19: Población asegurada por régimen



Fuente: Observatorio de Salud Pública

La distribución de la población asegurada según régimen de afiliación muestra un predominio del régimen contributivo, que concentra aproximadamente el 64,5 % de los afiliados, frente al 35,5 % correspondiente al régimen subsidiado. Este comportamiento refleja una dinámica demográfica y económica en la que una parte importante de la población mantiene vinculación laboral formal o capacidad de cotización; sin embargo, la proporción de afiliados subsidiados continúa siendo significativa y representa la permanencia de condiciones de vulnerabilidad social y dependencia de mecanismos estatales de protección en salud.
Desde el enfoque epidemiológico, esta composición tiene implicaciones directas sobre los perfiles de morbilidad, utilización de servicios y carga asistencial del territorio. La población subsidiada suele presentar mayores barreras estructurales relacionadas con

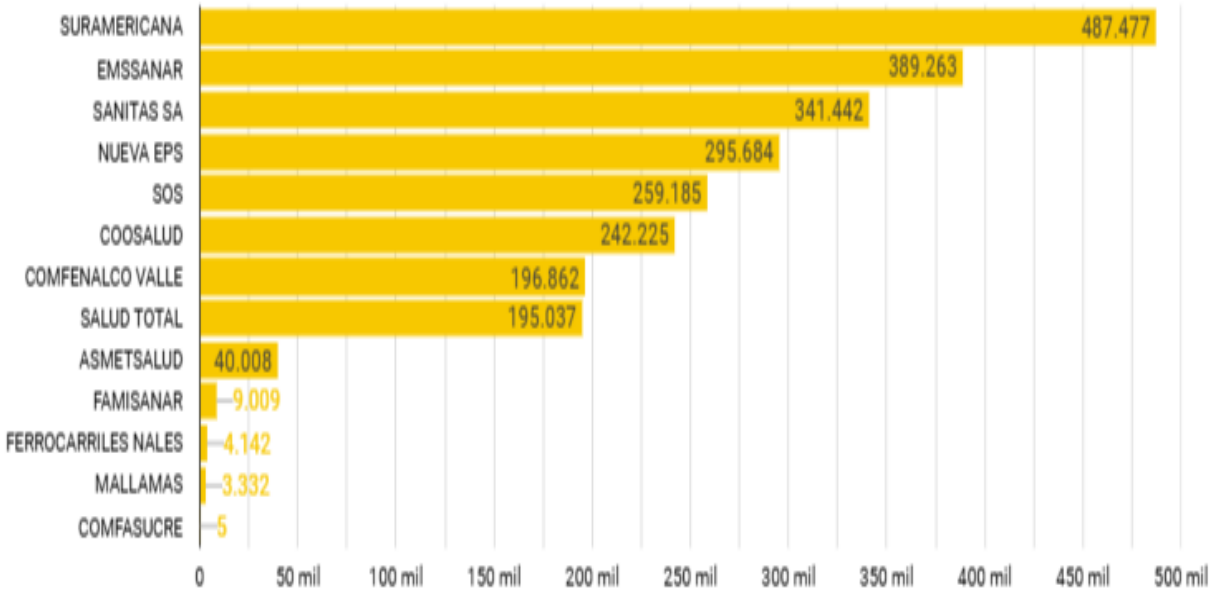
acceso oportuno, continuidad terapéutica, adherencia a programas de promoción y mantenimiento de la salud, así como mayor exposición a determinantes sociales asociados a enfermedad crónica, condiciones materno-perinatales y eventos prevenibles. En contraste, el régimen contributivo generalmente genera mayor demanda de servicios especializados, tecnologías diagnósticas y atención de mediana y alta complejidad.

A nivel estratégico, la coexistencia de ambos regímenes obliga a fortalecer la articulación entre aseguradores, prestadores y red pública, con el fin de disminuir inequidades en el acceso efectivo a los servicios. Asimismo, la distribución observada exige una planeación diferencial de la capacidad instalada, particularmente en territorios con alta concentración de población subsidiada, donde suelen incrementarse fenómenos de congestión en urgencias, fragmentación de la atención y sobreutilización de hospitales públicos.

Distribución por EPS

La distribución de afiliados por EPS muestra una alta concentración poblacional en un número reducido de aseguradoras, destacándose Sura, Emssanar y Nueva EPS como las entidades con mayor participación dentro del aseguramiento del territorio. Este comportamiento representa un aspecto crítico para la gestión del riesgo en salud, dado que cualquier dificultad administrativa, financiera o de contratación en estas EPS puede generar afectación masiva sobre la continuidad de la atención, la referencia de pacientes y la capacidad operativa de la red prestadora.

Ilustración 20: Distribución por EPS



Fuente: Observatorio de Salud Pública

Desde el análisis epidemiológico y de calidad, la concentración de usuarios en pocas EPS incrementa la presión sobre determinados prestadores de servicios, especialmente en áreas de urgencias, consulta especializada, hospitalización y manejo de enfermedades crónicas. De igual manera, puede favorecer fenómenos de saturación institucional, incremento en tiempos de espera y dificultades en la oportunidad diagnóstica y terapéutica, particularmente en poblaciones de alta vulnerabilidad o con elevada carga de enfermedad.

Resulta relevante destacar la importante participación de EPS pertenecientes al régimen subsidiado, lo cual demanda un seguimiento permanente sobre indicadores relacionados con accesibilidad, resolutividad de la red, adherencia a rutas integrales de atención y efectividad en la gestión del riesgo. Las diferencias marcadas entre EPS con alta y baja representatividad poblacional también sugieren una distribución desigual de la carga asistencial y financiera dentro del sistema, situación que podría generar desequilibrios en la suficiencia de la oferta de servicios y en la capacidad de respuesta institucional.

Desde la perspectiva de gestión de calidad, estos hallazgos permiten identificar la necesidad de fortalecer los procesos de auditoría, monitoreo y vigilancia epidemiológica sobre las EPS con mayor volumen de afiliados, priorizando la evaluación de indicadores de oportunidad, continuidad de atención, acceso efectivo y satisfacción de los usuarios, con el propósito de reducir brechas de inequidad y garantizar una prestación de servicios más resolutiva y segura para la población asegurada.

Hallazgos Identificados

En el análisis de morbimortalidad y comportamiento epidemiológico del Distrito Especial de Santiago de Cali permiten establecer lineamientos estratégicos para la organización y respuesta de la red de prestación de servicios de salud. El predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías cardiovasculares, cáncer, enfermedad renal crónica y condiciones asociadas al envejecimiento poblacional exige fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, mediante modelos de Atención Primaria en Salud orientados a la gestión integral del riesgo, seguimiento longitudinal de cohortes, detección temprana y control oportuno de factores de riesgo modificables.

Así mismo, la transición demográfica observada obliga a reorientar progresivamente la capacidad instalada hacia servicios de atención integral del adulto y adulto mayor, incluyendo rehabilitación, cuidado paliativo, salud mental, atención domiciliaria y manejo de multimorbilidad. Esto implica no solo ampliar cobertura, sino garantizar continuidad del cuidado, integralidad en la atención y articulación efectiva entre los diferentes niveles de complejidad.

Desde el componente epidemiológico, la persistencia de eventos transmisibles, violencia de género e intrafamiliar, tuberculosis, VIH/SIDA, mortalidad materna y desnutrición

infantil demanda una respuesta territorial diferencial, focalizada en comunas y grupos poblacionales con mayores condiciones de vulnerabilidad social. En este contexto, la red pública debe fortalecer las estrategias extramurales, búsqueda activa comunitaria, seguimiento epidemiológico, educación en salud y articulación intersectorial, priorizando intervenciones sobre determinantes sociales que impactan directamente el comportamiento de los eventos en salud pública.

De igual manera, los hallazgos relacionados con concentración poblacional por EPS, alta demanda de servicios especializados y utilización intensiva de servicios hospitalarios obligan a fortalecer la articulación funcional de la red, optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia, mejorar la oportunidad diagnóstica y reducir fenómenos de fragmentación en la atención. La planeación de la oferta debe sustentarse en análisis territoriales y epidemiológicos que permitan ajustar la distribución de servicios conforme a la carga de enfermedad, comportamiento poblacional y capacidad de respuesta institucional.

Desde el enfoque de Gestión Integral de la Calidad, la respuesta de la red debe orientarse al fortalecimiento de sistemas de información, monitoreo continuo de indicadores de oportunidad, accesibilidad, resolutividad y continuidad de la atención, así como al desarrollo de procesos permanentes de auditoría y vigilancia epidemiológica. Esto permitirá anticipar riesgos, optimizar la toma de decisiones y reducir brechas de inequidad, garantizando una prestación de servicios más segura, eficiente y centrada en las necesidades reales de la población del Distrito Especial de Santiago de Cali.

3.2.2. Distribución de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali.

Actualmente, la red pública de baja complejidad del Distrito se distribuye en seis (6) grandes redes territoriales:

- Red de Salud Norte E.S.E.
- Red de Salud Centro E.S.E.
- Red de Salud Oriente E.S.E.
- Red de Salud Ladera E.S.E.
- Red de Salud Suroriente E.S.E.
- Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

Cada una de estas redes tiene cobertura sobre comunas, corregimientos y territorios específicos del Distrito, organizando la prestación de servicios intramurales, extramurales y comunitarios según las características demográficas, epidemiológicas y sociales de la población adscrita.

La red pública de prestación de servicios de salud del Distrito Especial de Santiago de Cali se encuentra organizada bajo un modelo territorial de microredes funcionales, conformadas por Empresas Sociales del Estado (ESE), cuya operación se orienta al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión integral del riesgo en salud y la garantía de acceso efectivo a los servicios, conforme a las dinámicas epidemiológicas, demográficas y sociales del territorio distrital.

La estructura organizacional de la red responde a criterios de territorialización, proximidad geográfica, densidad poblacional, perfil epidemiológico, vulnerabilidad social y capacidad instalada, permitiendo la articulación funcional de servicios intramurales, extramurales y comunitarios, con enfoque diferencial y orientación hacia la continuidad del cuidado y la resolutividad del nivel primario de atención.

En este contexto, la red pública distrital se encuentra integrada por cinco (5) Empresas Sociales del Estado de baja complejidad y una ESE especializada en atención geriátrica, distribuidas territorialmente de la siguiente manera:

3.2.2.1. Red de Salud Norte E.S.E.

Comprende las comunas 2, 4, 5, 6 y 7, territorios ubicados en la zona norte del Distrito caracterizados por una alta dinámica urbana, importante concentración poblacional y creciente demanda de servicios de atención ambulatoria. En esta microred predominan necesidades asociadas al manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, riesgo cardiovascular, envejecimiento poblacional y programas de promoción y mantenimiento de la salud, lo que demanda una capacidad resolutiva fortalecida en el primer nivel de atención.

3.2.2.2. Red de Salud Centro E.S.E.

Abarca las comunas 8, 9, 10, 11 y 12, donde convergen importantes corredores comerciales, institucionales y de movilidad urbana. Esta microred atiende una población heterogénea que incluye población migrante, población flotante y grupos con condiciones de vulnerabilidad social. Las dinámicas territoriales generan una elevada demanda de servicios ambulatorios y de urgencias, especialmente en eventos relacionados con salud mental, enfermedades crónicas y atención integral de poblaciones vulnerables.

3.2.2.3. Red de Salud Oriente E.S.E.

Integra las comunas 13, 14, 15, 21 y 51, constituyéndose en una de las microredes con mayor cobertura poblacional del Distrito. Estos territorios presentan importantes desafíos sociales y epidemiológicos, reflejados en una alta carga de enfermedad, presencia de eventos asociados a violencias, trastornos de salud mental, enfermedades transmisibles y patologías crónicas no transmisibles. Su papel es estratégico para la implementación

de la Atención Primaria en Salud (APS), la vigilancia en salud pública y la gestión comunitaria del riesgo.

3.2.2.4. Red de Salud Ladera E.S.E.

Comprende las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20 y 22, así como los corregimientos 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 81. Esta microred presta servicios en territorios con condiciones geográficas complejas y barreras diferenciales de acceso, asociadas principalmente a la topografía de ladera y a condiciones de vulnerabilidad social. Su modelo de atención incorpora estrategias de atención extramural, intervención comunitaria y fortalecimiento de la cobertura institucional, orientadas a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas dispersas y de difícil acceso.

3.2.2.5. Red de Salud Suroriente E.S.E.

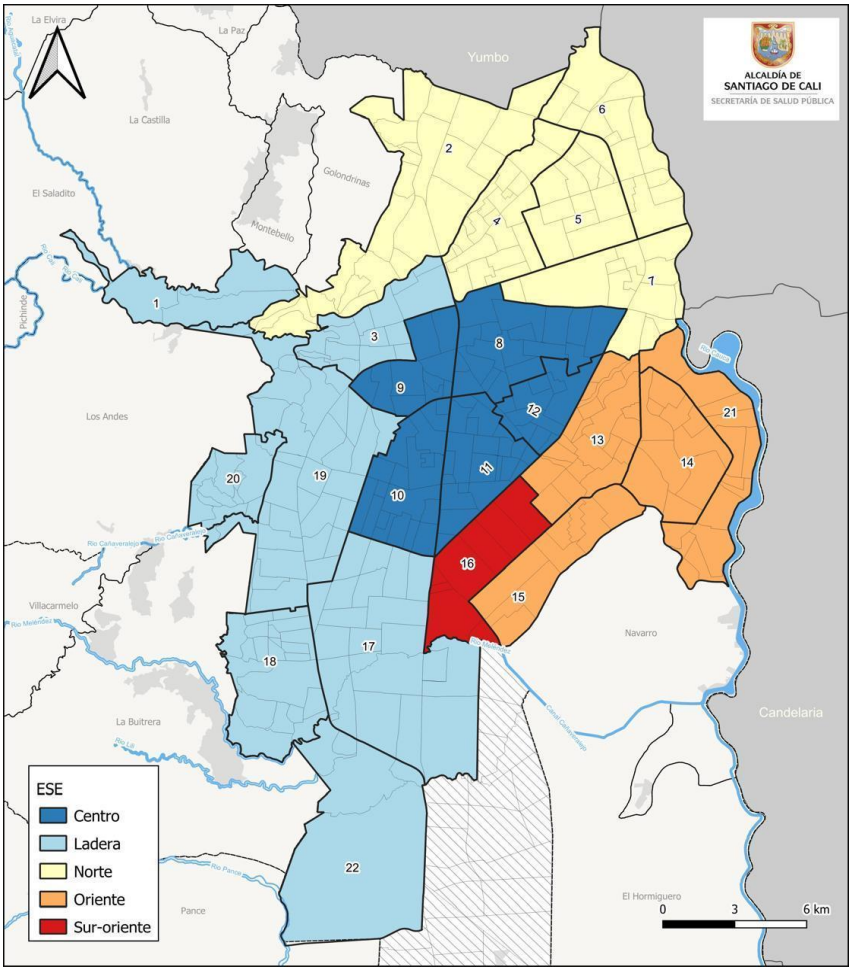
Corresponde a la comuna 16, territorio caracterizado por procesos de expansión urbana, crecimiento poblacional progresivo y aumento sostenido de la demanda de servicios de salud. La prestación de servicios se orienta principalmente a la atención ambulatoria, la salud materno-perinatal, los procesos de rehabilitación y el control de enfermedades crónicas, respondiendo a las necesidades derivadas de la dinámica demográfica de la zona.

3.2.2.6. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

Ubicado en la comuna 18, constituye la institución especializada de la red pública distrital para la atención integral de la población adulta mayor. Su oferta se enfoca en la atención de pacientes con dependencia funcional, multimorbilidad, enfermedades degenerativas, necesidades de rehabilitación, cuidados paliativos y atención geriátrica especializada. Su papel resulta fundamental frente al proceso de envejecimiento poblacional y al incremento de las enfermedades crónicas asociado a la transición demográfica del Distrito.

La distribución territorial y funcional de estas microrredes permite consolidar un modelo de atención orientado al fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel, la articulación efectiva de los procesos de referencia y contrarreferencia, la reducción de barreras de acceso y la continuidad de la atención. Asimismo, favorece la implementación de intervenciones individuales y colectivas en salud bajo criterios de integralidad, equidad territorial, accesibilidad y gestión integral del riesgo en salud.

Ilustración 21: Ubicación geográfica de las ESE



Fuente: Observatorio de Salud Pública

Área o Zona de Expansión del Distrito de Santiago de Cali

Durante los últimos años, Santiago de Cali ha experimentado un acelerado proceso de expansión urbana, especialmente hacia el sur de la ciudad. Este crecimiento ha sido impulsado principalmente por el desarrollo de proyectos de vivienda, el aumento demográfico, la valorización del suelo urbano y la consolidación de nuevos sectores residenciales en áreas anteriormente periféricas. Sin embargo, dicho crecimiento no ha estado acompañado de una planificación integral y suficiente en materia de equipamientos urbanos, particularmente en servicios de salud.

La zona de expansión presenta actualmente una alta concentración de conjuntos residenciales, urbanizaciones y nuevos desarrollos habitacionales que han incrementado

significativamente la densidad poblacional. No obstante, la infraestructura sanitaria disponible resulta insuficiente frente a la demanda actual y futura de atención médica, generando una brecha evidente entre el crecimiento urbano y la cobertura de servicios esenciales.

En materia de salud, el déficit es particularmente crítico. Los habitantes de la zona de expansión deben desplazarse largas distancias hacia sectores tradicionales de la ciudad para acceder a servicios médicos de baja, mediana y alta complejidad, lo que incrementa los tiempos de atención, congestiona la red hospitalaria existente y reduce la capacidad de respuesta ante emergencias. Esta situación se agrava en un contexto donde la ciudad ya enfrenta sobreocupación en los servicios de urgencias y presión estructural sobre la red pública hospitalaria.

El análisis de la distribución geográfica de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) evidencia una cobertura territorial organizada en función de las dinámicas poblacionales y epidemiológicas del Distrito Especial de Santiago de Cali. No obstante, se identifican importantes desafíos relacionados con la accesibilidad territorial, particularmente en la zona de expansión urbana localizada en el sur del Distrito.

Si bien la red pública dispone de una distribución estratégica de servicios en las diferentes comunas y corregimientos, la zona de expansión urbana, conformada por sectores como Las Vegas, Las Vegas del Lili, Ciudad Meléndez, Bochalema, Cachipay, Zonamérica y otros desarrollos urbanísticos de crecimiento reciente, no cuenta actualmente con infraestructura propia de prestación de servicios de salud ni con una oferta suficiente que responda al incremento progresivo de la población residente. Esta situación genera una dependencia de los servicios ubicados en comunas vecinas, principalmente de la Red de Salud Suroriente E.S.E. y de instituciones localizadas en otras áreas del Distrito.

Desde la perspectiva de equidad y acceso, esta condición constituye una brecha territorial relevante, debido a que el acelerado crecimiento urbanístico de la zona no ha sido acompañado por una expansión proporcional de la oferta pública de servicios de salud. Lo anterior puede traducirse en mayores tiempos de desplazamiento, congestión de los servicios existentes, dificultades para el acceso oportuno a programas de promoción y mantenimiento de la salud, atención materno-perinatal, seguimiento de enfermedades crónicas y demás actividades propias de la Atención Primaria en Salud.

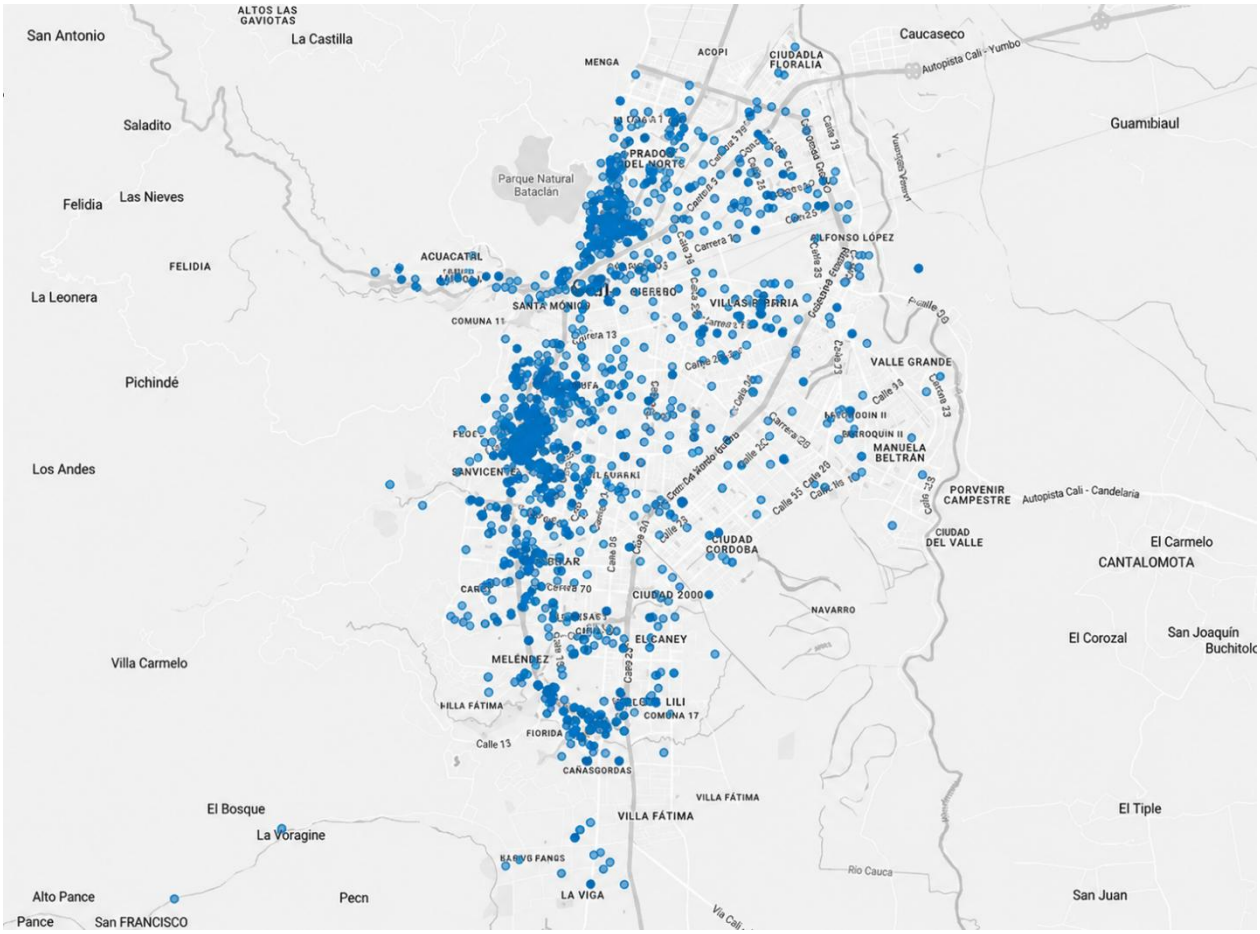
Adicionalmente, la ausencia de servicios de salud en este sector limita la capacidad institucional para desarrollar acciones extramurales, vigilancia en salud pública, identificación temprana de riesgos y gestión integral del cuidado, aspectos fundamentales en territorios con crecimiento demográfico acelerado y presencia de población vulnerable. La Secretaría de Salud Pública del Distrito de Santiago de Cali ha incluido esta necesidad de servicios de salud en la zona de expansión como uno de los proyectos estratégicos y prioritarios para la ciudad, durante las vigencias 2025 y 2026 se ha adelantado la

asignación de lotes propiedad de la Administración Central para el desarrollo de equipamiento y servicios de salud en la zona de expansión y se han entregado a la Red de Salud del Suroriente E.SE.

3.2.3. Puntos de la Red Prestadora de Servicios de Salud Habilitados

La georreferenciación de la red prestadora de servicios de salud habilitada en el Distrito Especial de Santiago de Cali permite identificar una distribución territorial desigual de la oferta sanitaria, con una concentración importante de instituciones en los corredores centro, norte y sur de la ciudad, mientras que sectores periféricos, zonas de ladera y áreas rurales presentan menor densidad de servicios habilitados. Esta configuración territorial refleja un modelo histórico de crecimiento urbano y localización de la infraestructura sanitaria asociado principalmente a la dinámica poblacional, desarrollo económico y consolidación de servicios especializados en áreas de mayor centralidad urbana.

Ilustración 22: Puntos de la red.



Fuente: Observatorio de Salud Pública

En el análisis espacial se observa una alta concentración de prestadores en sectores como el corredor norte y centro-sur, territorios donde se ubican instituciones de mediana y alta complejidad, servicios especializados y gran parte de la oferta privada del Distrito. Esta agrupación de servicios favorece la capacidad resolutiva y el acceso para la población ubicada en estas zonas; sin embargo, también genera fenómenos de congestión asistencial, alta demanda sobre determinados nodos hospitalarios y presión permanente sobre los servicios de urgencias y consulta especializada.

Por otra parte, en comunas del oriente, territorios de expansión urbana y corregimientos rurales, la dispersión de puntos habilitados es considerablemente menor. Esta situación adquiere relevancia al relacionarse con territorios que históricamente presentan mayores índices de pobreza multidimensional, vulnerabilidad social, informalidad laboral y barreras de acceso. La menor disponibilidad de servicios en estas áreas puede traducirse en incremento de tiempos de desplazamiento, dificultades en la continuidad de la atención y utilización tardía de los servicios de salud, especialmente en poblaciones con alta dependencia de la red pública.

Desde el enfoque epidemiológico, esta distribución territorial puede influir directamente sobre los desenlaces en salud, particularmente en eventos que requieren atención inmediata como enfermedad cardiovascular, trauma, urgencias obstétricas, accidente cerebrovascular y patologías de alta complejidad. La accesibilidad geográfica continúa siendo un determinante importante en la oportunidad diagnóstica y terapéutica, especialmente en territorios con limitaciones de movilidad y conectividad urbana.

El comportamiento espacial de la red también permite identificar una concentración de la oferta asociada a corredores con mayor rentabilidad y desarrollo institucional, mientras persisten territorios con necesidades crecientes y limitada capacidad instalada. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de planificación territorial basadas en carga de enfermedad, crecimiento poblacional y determinantes sociales, orientadas a disminuir brechas de acceso y mejorar la equidad en la prestación de servicios.

En términos estratégicos, la información geográfica aporta elementos clave para la reorganización de la red pública distrital, priorizando el fortalecimiento del primer nivel de atención, ampliación de cobertura en zonas periféricas, desarrollo de modelos extramurales y consolidación de rutas integrales con enfoque territorial. Asimismo, facilita la identificación de áreas críticas para futuras inversiones en infraestructura, expansión de servicios y fortalecimiento de la capacidad resolutiva en territorios con menor densidad de oferta sanitaria.

3.2.4. Oferta Capacidad Instalada Departamento y Distrito de Santiago de Cali

Al comparar la capacidad instalada en salud del Departamento del Valle del Cauca frente al Distrito de Santiago de Cali. Se observan variables analizadas: ambulancias, camas,

camillas, consultorios, salas, sillas y unidades móviles. Se hace clasificación por naturaleza jurídica: Mixta, Privada, Pública. Indicador clave: porcentaje de participación del Distrito frente al total departamental.

Tabla 8: Oferta capacidad instalada departamento del Valle del Cauca y Distrito de Santiago de Cali.

DETALLE CAPACIDAD	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA				DISTRITO SANTIAGO DE CALI				% Distrito
	Mixta	Privada	Pública	TOTAL	Mixta	Privada	Pública	TOTAL	
AMBULANCIAS		605	195	800		417	38	455	57%
CAMAS		282	183	465		207	40	247	53%
CAMILLAS		129	166	295		84	34	118	40%
CONSULTORIOS	2	5836	367	6205	1	4075	113	4189	68%
SALAS		1102	206	1308		780	38	818	63%
SILLAS		78	11	89		55	4	59	66%
UNIDAD MOVIL		38	25	63		21	8	29	46%
Total general	2	8070	1153	9225	1	5639	275	5915	64%
						95%	5%		

Fuente: Elaboración propia

Santiago de Cali concentra el 64% de la capacidad instalada del Departamento del Valle del Cauca, confirmando su papel como eje prestador y receptor de la demanda regional.

Análisis por tipo de capacidad instalada

Ambulancias
Valle del Cauca: 800
Cali: 455
Participación distrito: 57%

Presenta alta dependencia del Distrito para transporte y asistencia, con predominio del sector privado. Cali actúa como centro de referencia para traslados intermunicipales.

Camas hospitalarias
Valle del Cauca: 465
Cali: 247
Participación: 53%

Más de la mitad de la hospitalización del departamento está en Cali. Existe riesgo de saturación por derivaciones externas. Presión permanente sobre la red pública distrital.
Camillas

Participación distrito: 40%

Menor concentración relativa. Posible déficit en áreas de urgencias o atención ambulatoria de alta rotación. Oportunidad de fortalecimiento operativo.

Consultorios
Valle del cauca: 6.205
Cali: 4.189
Participación: 68%

Altísima centralización de la atención ambulatoria en Cali. Confirma rol dominante en: Consulta externa por especialidades Atención continua de la región

Salas (procedimientos, cirugía, partos, etc.)
Participación distrito: 63%
La mayor capacidad resolutiva del departamento está en Cali. Explica la concentración de cirugías y procedimientos especializados.

Sillas (quimioterapia, diálisis, rehabilitación, etc.)
Participación distrito: 66%

Alta concentración de servicios ambulatorios especializados. Refuerza el carácter de Cali como centro de atención prolongada no hospitalaria.
Unidades móviles
Participación distrito: 46%

Menor concentración comparada con otros recursos. El resto del departamento tiene mayor despliegue territorial. Oportunidad para fortalecer estrategias extramurales en Cali.

Distribución por naturaleza jurídica
Privado: 95% de la capacidad instalada
Público: 5%

Implicaciones:

- Alta dependencia del sector privado para la prestación.
- El sector público cumple un rol estratégico, no volumétrico.
- Riesgo financiero y operativo ante fallas del mercado privado.
- Necesidad de alianzas público–privadas bien estructuradas.

Fortalezas:

- Cali como nodo regional altamente resolutivo
- Capacidad instalada suficiente para servicios especializados
- Alta disponibilidad de consultorios y salas
- Infraestructura robusta para atención ambulatoria

Riesgos:

- Sobrecarga por demanda intermunicipal
- Dependencia excesiva del sector privado

- Vulnerabilidad del sistema público ante crisis financieras
- Inequidad territorial en el acceso departamental

Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) habilitadas en el Distrito Especial de Santiago de Cali, 2025

Tabla 9: Análisis de la oferta pública

ÍTEM	NOMBRE DE LA ESE	DEPARTAMENTAL	DISTRITAL	TOTAL
1	E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL		1	1
2	E.S.E. Red de Salud del Centro Empresa Social del Estado Hospital Primitivo Iglesias		1	1
3	Hospital Departamental Mario Correa Rengifo Empresa Social del Estado	1		1
4	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E	1		1
5	Hospital Isaias Duarte Cancino Empresa Social del Estado	1		1
6	Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.	1		1
7	Red De Salud de Ladera Empresa Social Del Estado		1	1
8	Red De Salud del Norte Empresa Social Del Estado		1	1
9	Red De Salud Del Oriente Empresa Social Del Estado E.S.E		1	1
10	Red De Salud Del Suroriente ESE - Hospital Carlos Carmona M.		1	1
	TOTAL	4	6	10

Fuente: REPS. MSPS diciembre 2025

La red pública de Santiago de Cali está encaminada a continuar desarrollando acciones que permitan la modernización de la prestación de servicios, el mejoramiento de la calidad y la adecuada utilización de la capacidad instalada, en condiciones de eficiencia:

Distribución general

Se identifican 10 Empresas Sociales del Estado (ESE) en el Distrito, de estas, 4 son de carácter departamental y 6 de carácter distrital, lo que refleja un equilibrio con ligera predominancia de la oferta distrital.

La suma total confirma la presencia de una red mixta que integra hospitales departamentales de alta complejidad y redes municipales de baja y mediana complejidad.

Características de la oferta

Departamentales (4): Hospital Mario Correa Rengifo, Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Hospital Isaías Duarte Cancino y Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”.

Estos centros concentran servicios especializados y de referencia, lo que fortalece la atención de alta complejidad.

Distritales (6): Hospital Geriátrico San Miguel, Hospital Primitivo Iglesias y las redes de salud de Ladera, Norte, Oriente y Suroriente. Su función principal es garantizar la atención primaria y servicios básicos, acercando la oferta a la comunidad.

Implicaciones para la gestión:

- La complementariedad entre hospitales departamentales y redes municipales permite cubrir distintos niveles de complejidad, asegurando continuidad en la atención.
- La mayor proporción de redes municipales evidencia el esfuerzo del Distrito por fortalecer la atención primaria y descentralizar los servicios.
- La presencia de hospitales departamentales especializados garantiza soporte técnico y clínico para casos de alta complejidad, lo que equilibra la red.

Retos identificados:

- Coordinación interinstitucional: asegurar que los flujos de referencia y contrarreferencia funcionen de manera eficiente entre las ESE distritales y departamentales.
- Equidad territorial: garantizar que las seis redes municipales tengan recursos homogéneos para responder a las necesidades de sus comunidades.
- Sostenibilidad: mantener la capacidad técnica y financiera de los hospitales departamentales, que suelen tener mayor presión asistencial.

Análisis de la oferta de servicios de salud por grupo de servicios en las 10 Empresas Sociales Del Estado (ESE).

Tabla 10: Análisis de oferta de servicios de salud por grupo

GRUPO SERVICIOS	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA				DISTRITO SANTIAGO DE CALI			% Participación del Distrito
	Mixta	Privada	Pública	Total	Privada	Pública	Total	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica		3.475	570	4.045	1.855	28	1.883	47%
Atención Inmediata		250	153	403	154	5	159	39%
Consulta Externa	2	11.742	1.008	12.752	7.581	64	7.645	60%
Internación		382	105	487	220	7	227	47%
Quirúrgicos		561	77	638	408	12	420	66%
Total	2	16.410	1.913	18.325	10.218	116	10.334	56%
		90%	10%		99%	1%		

Fuente: REPS. MSPS diciembre 2025

Panorama general de la oferta

El Distrito de Santiago de Cali concentra 10.334 servicios habilitados, lo que representa el 56 % del total departamental (18.325). Esto confirma a Cali como el principal nodo de prestación de servicios de salud del Valle del Cauca, con una alta concentración de oferta frente al resto del departamento

Predominio del sector privado

En Cali, la oferta es marcadamente privada (99%), mientras que la pública apenas representa el 1 %. Esta relación evidencia una alta dependencia del sector privado para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, incluso en un distrito que cuenta con 10 ESE públicas.

Análisis por grupo de servicios

Consulta Externa:

- Cali concentra el 60 % de la oferta departamental.
- Es el grupo con mayor volumen de servicios, reflejando un sistema orientado a la atención ambulatoria.
- La participación pública es mínima (64 servicios frente a 7.581 privados), lo que tensiona la capacidad resolutiva de las ESE.

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica:

- Cali aporta el 47 % del total departamental.
- La oferta pública es casi inexistente (28 servicios), lo que genera dependencia externa para diagnósticos, afectando oportunidad y continuidad del cuidado.

Servicios Quirúrgicos:

- Alta concentración distrital (66 % del total del Valle).
- Nuevamente, el peso está en el sector privado, limitando el rol estratégico de las ESE en procedimientos de mayor complejidad.

Internación y Atención Inmediata:

- Cali aporta entre el 39 % y 47 % de la oferta departamental.
- La baja oferta pública compromete la capacidad de respuesta directa del sistema público ante urgencias y hospitalización.

Se puede evidenciar que el Distrito de Santiago de Cali concentra más de la mitad de la oferta de servicios del Valle del Cauca, esta se encuentra casi totalmente en manos del sector privado, lo que limita el rol estructurante de las ESE públicas. Para avanzar hacia un sistema más equilibrado, resolutivo y garante del derecho a la salud, es estratégico fortalecer la capacidad instalada pública, especialmente en servicios ambulatorios, diagnósticos y de mediana complejidad, articulando innovación, redes integradas y modelos como la telemedicina.

3.2.5. Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado ESE del Distrito Especial de Santiago de Cali.

La Resolución 1020 de 2026 establece la categorización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial y reconoce la importancia de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) como instrumentos orientados a recuperar y fortalecer la sostenibilidad económica de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Estos programas buscan garantizar el equilibrio financiero, mejorar la gestión institucional y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud en el mediano y largo plazo.

De acuerdo con la resolución, las ESE que cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o que se encuentran en trámite de viabilidad ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público no son objeto de categorización del riesgo para la vigencia 2026, con el propósito de facilitar la ejecución de las acciones contempladas en dichos programas y favorecer el cumplimiento de sus metas de recuperación financiera.

Asimismo, la norma dispone que los recursos disponibles del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) podrán destinarse al financiamiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados, como mecanismo de apoyo para fortalecer la estabilidad financiera y la capacidad de respuesta de las Empresas Sociales del Estado.

En el Distrito Especial de Santiago de Cali, dos de las seis (6) Empresas Sociales del Estado que conforman la red pública hospitalaria se encuentran vinculadas a Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero: la Red de Salud del Oriente ESE y el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE, instituciones incluidas en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1020 de 2026 como entidades con programas viabilizados o en trámite de viabilidad. Esta situación refleja la implementación de estrategias dirigidas al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera, la estabilidad institucional y la continuidad en la prestación de los servicios de salud para la población del Distrito.

Red de Salud del Oriente ESE

En la vigencia 2023, la Red de Salud del Oriente fue categorizada en riesgo medio, conforme a la Resolución 851 de 2023, en el mes de octubre de 2024 fue viabilizado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para esta ESE por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el cual fue debidamente adoptado por la Junta Directiva según consta en el acuerdo 111 de noviembre 13 de 2024. (Se anexa acuerdo).

El programa plantea un horizonte de ejecución de cuatro (4) años, comprendido entre los años 2025 al 2028, con el objetivo de recuperar la viabilidad financiera y garantizar la sostenibilidad operativa de la entidad, en el corto, mediano y largo plazo.

El Distrito de Santiago de Cali por medio del Director del Departamento Administrativo de Hacienda manifiesta la voluntad de cofinanciación al PSFF de la Red de Salud del Oriente ESE por QUINCE MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (15.000.000.000), así:

Una vez viabilizado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la Red de Salud del Oriente por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público ‘- Dirección de Apoyo Fiscal el Distrito Especial de Santiago de Cali iniciará el trámite ante la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social DRESS del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para desahorrar los recursos del FONPET – LOTTO, de conformidad con el Articulo 2.7.9.1.1.5 del Decreto 1068 de 2015, por valor de QUINCE MIL MILLONES DE PESOS M/CTE, recursos que se destinarán para el pago de pasivos y medidas contenidas en el PSFF de la ESE”.

En la actualidad se están realiza dando todas las gestiones y trámites exigidos ´por la Dirección de Regulación Económica de la Seguridad Social – DRESS, del MHCP se

tendrían estos recursos los cuales se le transferirán a la Red de Salud del Oriente por medio de un convenio firmado entre el Distrito de Santiago de Cali y la Red de Salud del Oriente.

La Secretaria de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali de Santiago de Cali como ente rector de salud ha realizado el seguimiento al PSFF de la Red de Salud del Oriente ESE en la vigencia 2025, frente a las obligaciones que adquirió la ESE frente al equilibrio financiero presupuestal, el pago de los pasivos, las medidas propuestas y la producción de servicios de salud, dicho programa ha estado orientado a contención del gasto, optimización de ingresos operacionales, fortalecimiento de la gestión de cartera, el pago de sus obligaciones y el mejoramiento estructural y administrativo.

Dentro del PSFF quedaron aprobadas 22 medidas de las cuales a 31 de diciembre de 2025 la Red de Salud del Oriente ha cumplido con 19 de ellas equivalentes al 86% las 3 medidas que aún se encuentran sin cumplir son medidas que por su complejidad se plantearon cumplir en los 4 años del PSFF, las cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 11: Medidas de complejidad

Nº	DESCRIPCION Y TIPO DE LA MEDIDA	META	INDICADOR	PERIODICIDAD	AVANCE A DICIEMBRE 2025
15	F.O. : Estructurar un plan de acción para determinar el análisis y procesos pertinente en busca de la titularidad de predio	Estructuración un plan de acción para determinar el análisis y procesos pertinente en busca de la titularidad de predio	% Ejecucion del POA (plan - cronograma)	ANUAL	25%
17	F.O. : Estructurar las notas técnicas para la contratación con las ERP que permiten verificar costos, frecuencia, impacto financiero, productividad para fortalecer ingresos	EstruCturar las notas técnicas para la contratación con las ERP que permiten verificar costos, frecuencia, impacto financiero, productividad para fortalecer ingresos	Informe de elaboración de las notas técnicas	ANUAL	50%
19	F.O. : Sanear el pasivo contenido al inicio del PSFFA corte 31 de marzo de 2024 para racionalizar gastos	Sanear el pasivo contenido al inicio del 31 de marzo de 2024 para racionalizar gastos	Informe de saneamiento de pasivo PSFF	ANUAL	50%

Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE fue categorizado por medio de la Resolución 1342 de 2019 en riesgo medio, posterior a esto en el año 2023, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público da la viabilidad del PSFF, el cual fue debidamente adoptado por la Junta Directiva, según acuerdo N° 052 del 04 de diciembre de 2023.
El programa plantea un horizonte de ejecución de cuatro (4) años, comprendido entre 2023 y 2026, con el objetivo de recuperar la viabilidad financiera y garantizar la sostenibilidad operativa de la entidad, en el corto, mediano y largo plazo.

Durante la vigencia 2024, el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel recibió una asignación de recursos por valor de QUINIENTOS MILONES DE PESOS M/CTE ($500.000.000) en el marco del PSFF, con destinación específica al pago de los pasivos del programa, los cuales se cancelaron en el marco del comité de pagos adoptado por la ESE.

La Secretaria de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali como ente rector de salud ha realizado el seguimiento al PSFF del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel en las vigencias 2023, 2024 y 2025, frente a las obligaciones que adquirió la ESE frente al equilibrio financiero presupuestal, el pago de los pasivos, las medidas propuestas y la producción de servicios de salud, dicho programa ha estado orientado a la contención del gasto, optimización de ingresos operacionales, fortalecimiento de la gestión de cartera, el pago de sus obligaciones y el mejoramiento estructural y administrativo.

Dentro del PSFF quedaron aprobadas 08 medidas de las cuales a 31 de diciembre de 2025 el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ha cumplido con dos (2) de ellas equivalentes al 25% las seis (6) medidas que aún se encuentran si cumplir, es debido a su complejidad por lo que se plantearon cumplir en los cuatro (4) años del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que se deberán cumplir al 100% en la presente vigencia, las mismas se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 12: Ejecución de la próxima vigencia

DESCRIPCIÓN DE LA META	EJECUCIÓN ESPERADA AL FINAL DE LA VIGENCIA 2025 (%)	EJECUCIÓN VIGENCIA 2025
Elaborar un estudio de mercado que permita identificar el potencial de servicios, usuarios, competidores y las necesidades de la población adulta del Distrito de Cali	100% (Viene 2024)	0,0%
Al terminar el PSFF el porcentaje de ocupación del centro día debe ser mínimo del 50% (40 Usuarios).	40% (32 Usuarios)	37,5% (30 Usuarios)
Durante la ejecución del PSFF los compromisos no deben superar el 100% de los recaudos.	50% Recaudo $12.308 Comprometido $11.034	25% Recaudo $33.492 Comprometido $34.080
Durante la ejecución del PSFF cancelar la totalidad de las obligaciones de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato al inicio del PSFF.	Cancelar $1.189	Pago de Pasivos $500
Implementar el Sistema de Costos Basado en Actividades para la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel	50%	50%
Implementar un software de gestión documental y organizar adecuadamente el archivo central e histórico de la entidad.	100% (Viene 2024) Costo Medida $70 Millones	60% Sin Costo Adicional, Actualizando Tablas de Retención

Recursos asignados al programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE del Distrito Especial De Santiago De Cali.

El Distrito Especial de Santiago de Cali, asignó en el plan financiero territorial QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($500.000.000) millones de pesos en al año 1 (2024), los cuales se asignaron al Programa de Saneamiento Fiscal y financiero del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE para el pago de pasivos. Frente a los QUINCE MIL MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000.000,00), para la cofinanciación del pago de los pasivos de la Red de Salud del Oriente se manifiesta que estos se destinarán vía convenio entre la Alcaldía y la ESE, cuando el FONPET-LOTTO, realice el desembolso de estos recursos.

3.2.6. Atención Primaria en Salud (APS) - Equipos Básicos en Salud (EBS)

Actualmente, la ciudad proyecta la operación de 288 Equipos Básicos en Salud, con presencia en 285 territorios y cobertura de 1.016 microterritorios, consolidando una capacidad operativa orientada a la gestión territorial en salud y al acercamiento efectivo de los servicios a las comunidades priorizadas.

La distribución operativa incorpora modalidades de continuidad, ampliación urbana, ampliación rural y equipos con enfoque diferencial, incluyendo equipos especializados y estrategias dirigidas a poblaciones priorizadas, fortaleciendo así la respuesta institucional frente a las necesidades sociales y epidemiológicas del territorio.

A continuación, se presenta el consolidado de la ejecución de los equipos básicos:

Tabla 13: Operación EBS 2025

ESE	No. EBS	Territorios	Microterritorios	Modalidades predominantes	Fecha de finalización de operación
Norte	66	66	263	Continuidad y ampliación	31/12/2025
Centro	21	20	40	Continuidad, ampliación y PPL.	02/05/2026
Ladera	101	99	334	Urbana, rural y diferencial	31/05/2026
Oriente	63	63	248	Continuidad y ampliación urbana	30/04/2026

ESE	No. EBS	Territorios	Microterritorios	Modalidades predominantes	Fecha de finalización de operación
Suroriente	18	18	61	Continuidad urbana	28/02/2026
San Miguel	19	19	70	Continuidad	31/08/2026
TOTAL	**288**	**285**	**1.016**	Implementación territorial APS	2025–2026

En la actualidad se encuentran operando 118 equipos básicos de atención en salud. De igual manera, las ESE han venido desarrollando procesos de organización territorial, conformación de talento humano, alistamiento administrativo, seguimiento técnico y articulación comunitaria, garantizando la implementación progresiva de los equipos conforme a los cronogramas establecidos para la vigencia 2025–2026.

3.2.7. Diagnóstico de la infraestructura hospitalaria de la Red Pública de Baja Complejidad del Distrito de Santiago De Cali.

El análisis consistió en evaluar el estado físico, la capacidad instalada, el cumplimiento normativo (NSR-10, Resolución 4445/1996, Resolución 1633/2025) y los proyectos de modernización de las sedes de las seis ESE que conforman la red pública de baja complejidad del Distrito de Santiago de Cali.

Estado general de la infraestructura:

La mayoría de las sedes son construcciones antiguas (algunas con más de 40-70 años) que no cumplen con normas sismorresistentes ni con requisitos actuales de infraestructura hospitalaria.

Se evidencia deterioro significativo en cubiertas, redes eléctricas, hidrosanitarias, pisos, muros y cielos rasos, especialmente en las redes de Oriente, Ladera y Centro.

Situación por ESE:

Hospital Geriátrico San Miguel: Infraestructura con más de 100 años, en alto grado de deterioro. Se requiere reposición total (proyecto en estudios).

Red Oriente: 18 IPS en intervención (9 en ejecución), con recursos del Ministerio y del Distrito. Proyectos de reposición y ampliación en el Hospital Carlos Holmes Trujillo

(quirófanos, hospitalización pediátrica).

Red Ladera: 37 sedes, la mayoría con deterioro considerable. En ejecución proyectos en Terrón Colorado (reposición total), Fray Damián, Golondrinas, La Vorágine, entre otras.

Red Centro: Infraestructura antigua, con proyectos de reposición del Hospital Primitivo Iglesias y adecuaciones en Belalcázar y Aguablanca.

Red Norte: Infraestructura en buen estado general, con proyecto de Clínica de Mama y adecuaciones en San Luis II, Siete de Agosto y Joaquín Paz Borrero.

Red Suroriente: Infraestructura funcional, con reposición del Centro de Salud Antonio Nariño proyectada.

3.2.8. Análisis de la dotación biomédica de las ESE de la red de baja complejidad del Distrito de Santiago de Cali.

El Objetivo fue verificar el estado, suficiencia, obsolescencia y necesidad de reposición de los equipos biomédicos en las seis ESE de baja complejidad del Distrito, en el marco de los criterios de habilitación (Resolución 3100 de 2019) y de los principios de resolutividad, equidad y continuidad asistencial del Lineamiento PTRRMR 2026.

Inventario general: La red pública de baja complejidad de Cali cuenta con un total aproximado de 11.738 equipos biomédicos en funcionamiento, distribuidos así:

Tabla 14: Inventario general de La red pública de baja complejidad.

No	Red / Hospital	Equipos
1	Red de Salud Ladera E.S.E	3.439
2	Red de Salud Oriente E.S.E	3.409
3	Red de Salud Centro E.S.E	2.114
4	Red de Salud Norte E.S.E	1.912
5	Red de Salud Suroriente E.S.E	678
6	Hospital Geriátrico San Miguel E.S.E	580
TOTAL		**12.132**

Estado de los equipos:

La mayoría de los equipos de diagnósticos, de terapia, apoyo hospitalario y de mantenimiento se encuentran en buen estado funcional y con mantenimientos preventivos al día.

Sin embargo, se identifican equipos retirados del servicio sin reposición, especialmente

en las áreas de rayos X, mamógrafos, ecógrafos y equipos odontológicos (unidades, piezas de mano, compresores, cavitrones).

Se evidencia dependencia de equipos en comodato, principalmente en laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, lo que genera riesgos de sostenibilidad y obsolescencia técnica.

Tecnología de radiación ionizante

En el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes Sociales del Estado de Santiago de Cali, se identifica la necesidad de fortalecer los servicios de imágenes diagnósticas mediante la actualización tecnológica, regularización normativa y fortalecimiento de capacidades institucionales relacionadas con el uso de equipos generadores de radiación ionizante.

La regulación aplicable para estos servicios se encuentra establecida principalmente en la Resolución 1811 de 2025, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad, así como el otorgamiento de licencias para prácticas médicas.

La mencionada resolución establece los requisitos técnicos, operativos, de infraestructura, protección radiológica, control de calidad y talento humano que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud que operen equipos emisores de radiación ionizante.

Equipos identificados en las Empresas Sociales del Estado (ESE)

Los equipos emisores de radiación ionizante constituyen servicios diagnósticos transversales de apoyo clínico y hacen parte de las capacidades resolutivas institucionales requeridas para el fortalecimiento del modelo territorial de atención en salud.

Conforme a lo anterior, la Resolución 1811 de 2025 establece una categorización de las prácticas médicas asociadas al uso de radiaciones ionizantes, diferenciándose según el nivel de complejidad tecnológica y riesgo radiológico.

Como categoría I, corresponde a prácticas médicas de menor complejidad radiológica, dentro de las cuales se incluyen:

- radiología odontológica periapical,
- radiología odontológica panorámica,
- tomografías orales,

- y densitometría ósea.

Por otro lado, la resolución define como Categoría II las prácticas correspondientes a:

- Radiodiagnóstico de baja complejidad: radiología convencional fija, radiología convencional portátil.
- Radiodiagnóstico de media complejidad: mamografía, tomografía computarizada, fluoroscopia, arcos en C, PET-CT, SPECT-CT, y otros procedimientos diagnósticos especializados.
- Radiodiagnóstico de alta complejidad: radiología intervencionista.

Conforme al diagnóstico preliminar de capacidades instaladas en las ESE del Distrito de Santiago de Cali, se evidencia la existencia de tecnologías asociadas a servicios de imágenes diagnósticas ionizantes, principalmente en:

Tabla 15: Capacidades instaladas en las ESE del Distrito de Santiago de Cali

Tipo de equipo	Clasificación Resolución 1811	ESE con disponibilidad
Mamógrafo	Categoría II – Radiodiagnóstico de media complejidad	Norte, Ladera y Oriente
Radiografía convencional fija	Categoría II – Radiodiagnóstico de baja complejidad	Centro, Norte, Ladera, Oriente y Suroriente
Radiografía odontológica periapical	Categoría I	Centro, Norte, Ladera, Oriente y Suroriente
Radiografía odontológica panorámica	Categoría I	Norte

Relación entre complejidad del servicio y capacidad institucional

La categorización establecida en la normativa no implica necesariamente que las tecnologías de media complejidad únicamente puedan ubicarse en instituciones hospitalarias de alta complejidad.

En el marco del modelo territorial de redes integradas de servicios de salud, los equipos diagnósticos podrán incorporarse en diferentes niveles institucionales siempre que las ESE garanticen habilitación del servicio, licenciamiento vigente, condiciones de protección radiológica, infraestructura técnica requerida, mantenimiento biomédico, control de calidad, talento humano competente, y cumplimiento de estándares regulatorios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En este sentido, la presencia de mamógrafos dentro de las ESE responde al fortalecimiento de la capacidad resolutiva territorial y a la necesidad de ampliar el acceso a programas de detección temprana, particularmente para cáncer de mama.

La operación de equipos generadores de radiación ionizante requiere licencia de práctica médica otorgada por la autoridad sanitaria competente, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1811 de 2025, según los criterios establecidos por la misma.

Servicios diagnósticos como componente transversal de la Red

Los servicios de imágenes diagnósticas con uso de radiaciones ionizantes constituyen un componente transversal dentro del funcionamiento de la red pública hospitalaria del Distrito de Santiago de Cali, debido a su articulación permanente con múltiples procesos asistenciales, programas de salud pública y rutas integrales de atención.

La disponibilidad de tecnologías como mamógrafos, equipos de radiografía convencional, radiografía panorámica y radiografía periapical permite fortalecer la capacidad diagnóstica institucional y apoyar de manera directa la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios, odontológicos y de detección temprana. Estos servicios se integran funcionalmente con áreas como consulta externa, programas de promoción y mantenimiento de la salud, atención materno-perinatal, servicios odontológicos, urgencias, hospitalización y programas orientados a la prevención y control de enfermedades crónicas y cáncer.

Particularmente, los mamógrafos desempeñan un papel estratégico dentro de las rutas de detección temprana de cáncer de mama, favoreciendo el acceso oportuno al diagnóstico y contribuyendo al fortalecimiento de acciones de tamización en el territorio. De igual manera, los equipos de radiología convencional apoyan procesos diagnósticos generales requeridos en la atención ambulatoria y hospitalaria, mientras que los equipos panorámicos y periapicales fortalecen la capacidad resolutiva de los servicios odontológicos de las ESE.

3.2.9. Análisis de la infraestructura tecnológica (TICS) de las redes de baja complejidad del Distrito Especial de Santiago de Cali.

Corresponde a la evaluación del estado del hardware, software, conectividad, seguridad informática, continuidad del negocio y capacidad para telemedicina en las seis (6) ESE de baja complejidad, conforme a los estándares del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y las normas de interoperabilidad (Ley 2015 de 2020).

Hardware:

- Parque computacional aproximado de 2.380 equipos (entre escritorio y portátiles), con 65-70% de equipos con más de 5-8 años de uso, lo que afecta el rendimiento de la historia clínica electrónica y los sistemas misionales.
- Servidores físicos y virtuales obsoletos, sin redundancia ni replicación fuera de sitio.
- Cableado estructurado mixto (Cat5, Cat5e, Cat6), con tramos improvisados y sin estandarización.
- Switches no administrables en varias sedes, falta de segmentación de red (VLAN) y monitoreo centralizado.

Software y licenciamiento:

- Coexistencia de sistemas operativos en fin de soporte (Windows 7, Windows Server 2012).
- Licenciamiento heterogéneo y sin gestión centralizada.
- Antivirus sin consola central en varias ESE.
- Herramientas ofimáticas desactualizadas y sin estándar institucional.

Interoperabilidad

Desde la interoperabilidad de la historia clínica en las Empresas Sociales del estado se reconocen debilidades históricas fragmentación entre las diferentes Empresas Sociales del Estado (ESE), débil interoperabilidad con IPS privadas, escasa retroalimentación clínica. El fortalecimiento del sistema de referencia de conectividad para zonas rurales, articulación con IPS de mayor complejidad para referencia y contrarreferencia, la migración hacia historia clínica interoperable según normatividad nacional según la Ley 2015 de 2020 y demás normas aplicables, que representa un reto nacional que requiere estándares internacionales como HL7, recursos, voluntad institucional y lineamientos nacionales para un único sistema de información, dependiendo actualmente de proveedores externos para estos desarrollos tecnológicos. Se tiene establecida una metodología para transferir información a la historia clínica en procesos de atención intra y extramural, y mantienen reporte continuo a entes de control y aseguradoras con los estándares actuales y se han adaptado a los nuevos requerimientos como JSON RIPS con sus variables específicas

Las ESE manejan la historia clínica digital a través del software RFAS para Red de Salud Norte, Ladera, Suroriente, Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, el software SERVINTE en la Red de salud del Centro y el software SIHO para la Red de Salud Oriente donde los profesionales realizan notas, historias clínicas y órdenes. Se ha actualizado el manual de historia clínica incluyendo elementos de evaluación, transparencia y confidencialidad.

Lo anterior enmarcado bajo una infraestructura tecnológica de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) que debe regirse bajo un conjunto de normas nacionales que regulan la seguridad, privacidad, interoperabilidad y gestión de la información en el sector salud. Entre las más relevantes

- Ley 1581 de 2012 /Protección de Datos Personales: Establece lineamientos para el tratamiento adecuado de datos sensibles, especialmente historia clínica, exige medidas de seguridad para evitar fuga, pérdida o alteración de datos, impone obligaciones sobre confidencialidad, acceso y conservación.
- Ley 527 de 1999 – Comercio Electrónico y Firma Digital: Aplica a autenticación, gestión de accesos y validez de registros electrónicos.
- Decreto 1377 de 2013 – Reglamentación de Habeas Data que define responsabilidades de quienes almacenan datos personales en sistemas informáticos.
- Resolución 1995 de 1999 – Historia Clínica: Regula custodia, integridad y seguridad de la historia clínica y obliga a las instituciones a garantizar continuidad y preservación del registro.
- Resolución 866 de 2021 – Interoperabilidad en Salud que establece estándares técnicos para intercambio seguro de información.
- Decreto 2106 de 2019 – Transformación Digital del Estado que promueve digitalización, interoperabilidad y seguridad y modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).
- Resolución 1888 de 2025: se adopta el resumen digital en salud – RDA en el marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica – IHCE, y se establece el mecanismo para la implementación a nivel nacional.

La interoperabilidad con sistemas externos del sector salud aún presenta limitaciones, especialmente en estándares como HL7, FHIR y RIPS electrónicos.

Conectividad y seguridad informática:

- Sedes urbanas con fibra óptica; sedes rurales con radioenlaces inestables.
- Falta de firewall perimetral robusto en varias ESE, ausencia de autenticación multifactor (MFA), políticas de contraseñas débiles.
- Respaldo de información manual, sin cifrado ni verificación automática.
- No se cuenta con Plan de Continuidad del Negocio (BCP) ni Plan de Recuperación ante Desastres (DRP) formalizados.

Telemedicina:

- Implementación básica, limitada por baja conectividad, equipos periféricos insuficientes y falta de plataformas certificadas.

La infraestructura tecnológica de la red pública de baja complejidad es funcional pero frágil, con altos niveles de obsolescencia, riesgos de ciberseguridad y baja capacidad para telemedicina. Se requiere un plan de modernización tecnológica integral, progresivo y alineado con los estándares nacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, así como con el fortalecimiento de la atención primaria y la telesalud.

3.2.10. Análisis del Talento Humano

Se debe tener presente lo dispuesto en la Circular Externa 011 de 2026 por medio de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social emite los lineamientos para la puesta en marcha del Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud (MIPG-THS), en el marco de la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025–2035, adoptada mediante Resolución 1444 de 2025, en la cual se establecen las obligaciones que deben ser atendidas por las Entidades Territoriales para fortalecer progresivamente, la formación y disponibilidad de profesionales de salud en todo el territorio nacional, que deberán incluir, dentro de otras estrategias: la conformación y operación de la Unidad de Gestión Estratégica del Talento Humano en Salud; el análisis de brechas del Talento Humano en Salud; la evaluación de disponibilidad, distribución, formación y condiciones laborales; integrar el Plan de Acción del THS con el Plan de Acción en Salud (PAS) e implementar el modelo de incentivos para atraer y retener talento humano en salud. Progresivamente, se debe apuntar a mejorar esta disponibilidad.

Se toma como base el diagnóstico epidemiológico territorializado en el Análisis Situacional de Salud - ASIS del Distrito de Cali del año 2025, logrando la caracterización de necesidades territoriales, identificación de brechas y problematización del THS, mediante la construcción de árboles de problemas y objetivos encontrado los nichos focalizados a intervenir y definiendo las estrategias para viabilizar el Plan de Acción del Talento Humano en Salud bajo las consideraciones de sedes integrales, territoriales, sostenibles, medibles y articuladas con las prioridades epidemiológicas y sociales del Distrito de Santiago de Cali.

En el año 2025, se realizó un diagnóstico situacional de oferta y demanda en el que se determinó un breve recuento de la cultura de cuidado e incentivos del talento humano en salud de las Empresas sociales del Estado, encontrando lo siguiente:

Microred Ladera: Cuenta con una cultura institucional muy particular caracterizada por personal de salud con muchos años de permanencia, independiente de la forma de contratación, lo que genera adherencia y empoderamiento del equipo. Esta cultura de pertenencia hacia la institución es un factor diferencial que facilita la implementación de procesos. Mantienen una política institucional de inducción, reinducción y educación continua, migrando de modalidad presencial hacia plataformas virtuales como Moodle para crear contenidos educativos específicos por programas, el personal participa en capacitaciones continuas tanto internas como externas con la Secretaría, aseguradoras

y asociaciones. Los procesos de fortalecimiento cultural se acompañan de programas de transformación que incluyen formación continua en liderazgo y evaluación del desempeño del personal.

Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel: Reporta baja rotación de personal con auxiliares de más de 30 años de antigüedad y estabilidad laboral que incluye pago oportuno de salarios y prestaciones sociales. La institución cuenta con un geriatra como pilar del proceso de formación junto con médicos, y ha establecido una líder de talento humano después de dificultades iniciales para conseguir el perfil.

Los procesos de inducción, reinducción y capacitación continua se enfocan fuertemente en humanización de la atención, reconociendo la particularidad de atender población vulnerable sin red de apoyo familiar. Se ha establecido alianza con Universidad San Buenaventura para capacitación en humanización. El primer eje estratégico institucional prioriza mejorar las condiciones del talento humano con capacitaciones y fortalecimiento del sistema de gestión de calidad.

Microred Oriente: Ha fortalecido significativamente las competencias del talento humano mediante un enfoque integral que incluye completitud documental, contratación competente y cierre de brechas formativas. Implementaron el Plan Institucional de Capacitación (PIC) con alianzas estratégicas como la Fundación Valle del Lili para emergencias obstétricas y certificación en AIEPI para médicos generales. Desde Bienestar social desarrollan programas como preparación para jubilación y centros de escucha activa para apoyo psicoemocional. La estrategia incluye inventario de competencias por servicio y seguimiento de adherencia mediante auditoría clínica, logrando que la ESE sea un lugar atractivo para el desarrollo profesional.

Microred Norte: Implementó el programa 'Cierto Norte' para fortalecer el talento humano a través del reconocimiento, estímulos y capacitación. El modelo de atención cambió para centrarse en el usuario, la familia y el colaborador, reconociendo que el bienestar del colaborador impacta directamente en la atención.

Desarrolla estrategias de fortalecimiento de habilidades blandas, conocimientos específicos, bienestar, estímulos y reconocimiento individual y grupal, ha logrado retener talento humano clave con colaboradores de más de 15 años liderando estrategias y cuenta con un plan institucional de capacitación robusto que incluye necesidades identificadas a través de baterías psicosociales y de clima organizacional.

Microred Centro: Implementa estrategia exitosa 'Osos Calidosos' para reconocimiento mensual de colaboradores destacados por valores institucionales y desempeño organizacional. Utiliza plataforma Moodle para inducción y reinducción con módulos interactivos y evaluación obligatoria hasta aprobar.

Desarrolla plan institucional de capacitación basado en necesidades identificadas por líderes de proceso, incluyendo competencias, requisitos legales y ejes de acreditación. Realiza actividades 'puesto a puesto' para verificar adherencia y conocimiento mediante métodos lúdicos. Se garantiza estabilidad laboral basada en tecnicismo y compromiso, evitando rotación masiva por cambios administrativos. Todo el personal está entrenado para manejo de salud mental y sustancias psicoactivas. Mantiene una política transversal de humanización que permea todos los niveles.

Microred Sur Oriente: Cuenta con una mejora significativa en la estabilidad del talento humano mediante incremento en las compensaciones a los profesionales especialmente en los médicos generales, auxiliares de enfermería, incluyendo prestaciones sociales que antes no existían para los agremiados.

Implementación de encuestas de clima laboral y evaluación continua de líderes, además de capacitación en liderazgo y manejo de personal. Se desarrolló una política de reconocimiento con menciones de honor. Ha establecido un sistema de inducción, reinducción y capacitaciones mensuales con entrenamientos específicos.
Si bien es cierto, las diferentes Empresas Sociales del Estado del Distrito de Santiago de Cali evidencian avances en materia de bienestar, capacitación, humanización y fortalecimiento de competencias del Talento Humano en Salud (THS), persisten retos asociados a la planificación, organización y sostenibilidad del recurso humano frente a la modalidad de contratación, las crecientes demandas de atención en salud y a las dinámicas epidemiológicas y sociales del territorio.

Estas condiciones podrían generar presión sobre algunos equipos de trabajo y afectar progresivamente la capacidad resolutiva, la continuidad de los procesos y el bienestar laboral del personal sanitario. A nivel mundial, organismos como la Organización Mundial de la Salud han advertido sobre el incremento del agotamiento físico y emocional y del síndrome de burnout en el personal de salud, asociado a factores como el estrés laboral crónico, las exigencias asistenciales y la necesidad de responder a escenarios sanitarios cada vez más complejos. En Colombia, posterior a la pandemia por COVID-19, se ha fortalecido la necesidad de implementar estrategias orientadas al cuidado, bienestar y permanencia del talento humano en salud como elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud.

En este contexto, y conforme a lo establecido en la Circular Externa 011 de 2026 y el Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud (MIPG-THS), se hace necesario continuar fortaleciendo los procesos de análisis de brechas, planificación territorial, gestión de competencias, bienestar laboral e incentivos para la permanencia del talento humano, articulando estas acciones con las prioridades epidemiológicas y sociales del Distrito de Santiago de Cali bajo criterios de sostenibilidad, integralidad y mejoramiento continuo.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio de Talento Humano en Salud han identificado la necesidad de fortalecer progresivamente las competencias, la formación y la pertinencia del Talento Humano en Salud, especialmente frente a las transformaciones del sistema de salud, el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y las necesidades territoriales diferenciales.
En este sentido, diferentes lineamientos y documentos técnicos han señalado retos relacionados con la actualización de perfiles ocupacionales, el fortalecimiento de competencias interprofesionales, la formación continua y la articulación entre los procesos formativos y las necesidades reales de los territorios.

El fortalecimiento de los conocimientos y competencias en seguridad del paciente constituye un componente fundamental para el desarrollo del Talento Humano en Salud, en la medida en que contribuye a la prestación de servicios seguros, efectivos, oportunos y centrados en las personas.

La seguridad del paciente no solo implica la adopción de protocolos y barreras de protección frente a eventos adversos, sino también el desarrollo de una cultura organizacional orientada a la gestión del riesgo, el aprendizaje continuo, la comunicación efectiva y el mejoramiento de la calidad de la atención.

En este contexto, la formación permanente del talento humano en temas relacionados con identificación de riesgos, prácticas seguras, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, uso adecuado de medicamentos, reporte y análisis de incidentes, así como trabajo en equipo interdisciplinario, resulta esencial para reducir la ocurrencia de daños evitables y fortalecer la confianza de los usuarios en los servicios de salud.

Asimismo, la Secretaría de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali ha promovido espacios de revisión y actualización de competencias de los profesionales de la salud con el propósito de “cerrar brechas de las necesidades del sistema”, reconociendo la importancia de reorientar las capacidades del talento humano hacia modelos de atención más integrales, resolutivos y centrados en la comunidad.

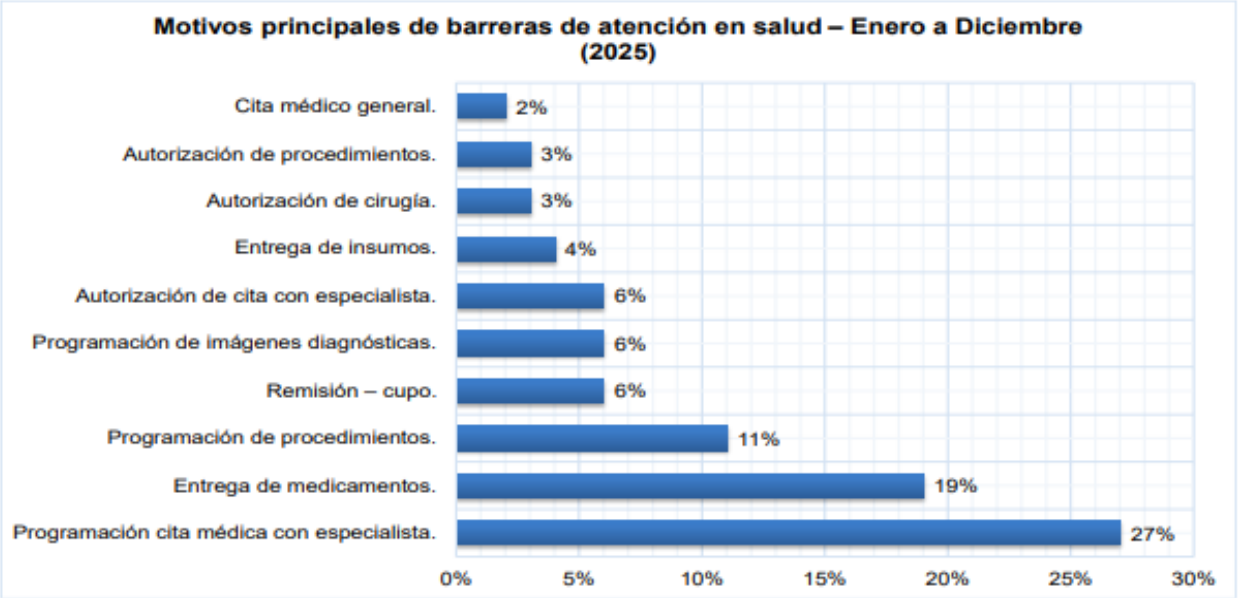
3.2.11. Barreras de acceso a los servicios de salud

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali se constituye como un dispositivo institucional estratégico para la orientación, intermediación, acompañamiento y seguimiento de las solicitudes ciudadanas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, especialmente cuando se presentan barreras de oportunidad, accesibilidad y continuidad, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, el SAC cumple un rol articulador entre la ciudadanía y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aportando trazabilidad, soporte documental y gestión oportuna para facilitar la solución de casos.

En el año 2025, el SAC gestionó 18.424 solicitudes, adicionalmente por estrategia EAPB IN SITU ingresaron 7.557, para un total de 25.981 casos, cifra representa una carga operativa relevante para la estrategia de atención y acompañamiento a la ciudadanía.

Durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025, las solicitudes ingresadas al SAC estuvieron asociadas, en su mayoría, a barreras relacionadas con la garantía oportuna y efectiva del derecho a la salud. De acuerdo con la Ilustración 5. Motivos principales de atención en salud – enero a diciembre 2025, los motivos de consulta más frecuentes se concentran en dificultades para el acceso a servicios médicos, demoras en la asignación de citas, entrega de medicamentos, autorizaciones de procedimientos y continuidad en tratamientos, lo cual evidencias problemáticas persistentes en la operación del sistema.

Ilustración 23: Motivos principales de barreras de atención en salud – enero a diciembre (2025)



Fuente: Informe general S.A.C. 2025

3.3. Identificación de brechas bajo el enfoque de equidad y acceso

La identificación y análisis de brechas constituye el punto de partida para el fortalecimiento del sistema y la base técnica de la planeación sectorial del territorio, permitiendo establecer las diferencias entre la situación actual de la red pública y las condiciones requeridas para garantizar una atención integral, continua y de calidad con el enfoque territorial que se requiere en los PTRRMR.

El análisis de brechas permite identificar las diferencias entre la capacidad de atención del territorio existente y la requerida para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud para la población, por lo que se debe considerar la infraestructura, dotación biomédica, talento humano, tecnología, transporte asistencial y recursos financieros, entre otros.

Tabla 16: Identificación de brechas y respuesta requerida por la red del PTRRMR.

Elemento / Tipo de brecha	¿Qué debe analizar el territorio?	¿Cómo debe responder la red pública del PTRRMR?
Brechas identificadas a partir del análisis de determinantes sociales		
Brechas de accesibilidad geográfica	Zona de expansión con alta densidad poblacional sin servicios públicos de salud, largas distancias y tiempos de traslados en la zona rural y urbana, nivel socioeconómico de la población.	Reorganizar microterritorios que incluya la zona de expansión, construcción de infraestructura de salud pública en zona de expansión, reorganización de la modalidad de atención y portafolio de servicios de las ESE para atender las necesidades poblacionales.
Brecha identificada a partir del análisis demográfico y epidemiológico	Comportamiento de los casos en territorios con mayores condiciones de vulnerabilidad social, barreras geográficas, económicas y administrativas que afectan el acceso a los servicios oncológicos.	Implementar estrategias diferenciales de acceso, gestión del riesgo y navegación de pacientes que faciliten la atención integral y oportuna de la población priorizada.
	Incremento de casos de cáncer de mama, cuello uterino y próstata, predominio de diagnósticos en estadios avanzados, distribución territorial de los casos, cobertura de tamización y acceso a programas de detección temprana.	Fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, ampliar las estrategias de tamización, búsqueda activa de población en riesgo y seguimiento oportuno de casos sospechosos.
	Tiempos de acceso a consultas especializadas, procedimientos diagnósticos, confirmación histopatológica e inicio de tratamiento, especialmente en población adulta y adulta mayor.	Fortalecer la articulación entre las ESE, para garantizar la continuidad de la atención y reducir retrasos diagnósticos y terapéuticos.
	Incremento de la carga de cáncer de mama, cuello uterino y próstata, asociado al envejecimiento poblacional,	Fortalecer la red de atención oncológica mediante estrategias de detección temprana, oportunidad diagnóstica, continuidad del

Elemento / Tipo de brecha	¿Qué debe analizar el territorio?	¿Cómo debe responder la red pública del PTRRMR?
	diagnósticos tardíos y barreras en el acceso a servicios especializados.	tratamiento y articulación entre los diferentes niveles de atención
	Incremento de la población adulta y adulta mayor y su relación con la carga de cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles.	Ajustar la oferta de servicios especializados, fortaleciendo la atención integral del paciente oncológico y la gestión de enfermedades crónicas en la red pública.
	Mortalidad materna, morbilidad materna extrema, acceso y oportunidad en la atención preconcepcional, prenatal, del parto y puerperio, así como la identificación temprana del riesgo gestacional.	Fortalecer la captación temprana de gestantes, la gestión del riesgo obstétrico, la vigilancia comunitaria y la articulación entre los diferentes niveles de atención para garantizar una atención materna integral, oportuna y continua.
	Mortalidad materna, acceso a controles prenatales, identificación del riesgo gestacional y oportunidad en la atención materno-perinatal.	Fortalecer la atención primaria, la detección temprana del riesgo y la articulación de la red para garantizar atención materna oportuna y continua.
	Defectos congénitos, mortalidad infantil asociada y oportunidad en la detección temprana de anomalías congénitas.	Garantizar la detección oportuna, la atención especializada y el seguimiento integral de los recién nacidos con defectos congénitos, mediante la articulación de la ruta materno-perinatal.
Brechas en servicios del nivel primario y complementario	Comportamiento de los trastornos mentales, intento de suicidio, suicidio consumado, consumo de sustancias psicoactivas y eventos asociados a las violencias, así como la distribución territorial de los casos, grupos poblacionales más afectados, capacidad instalada, disponibilidad de talento humano y oportunidad en el acceso a los servicios de salud mental.	Organizar una red de atención que garantice la identificación temprana de los riesgos en salud mental, el abordaje integral desde la atención primaria y la referencia oportuna a servicios especializados de psiquiatría, psicología y rehabilitación, asegurando la continuidad de la atención y el seguimiento de los usuarios de acuerdo con su nivel de complejidad.
	Necesidades de atención derivadas de los trastornos	Desarrollar acciones orientadas a la gestión integral del riesgo en salud mental, priorizando las poblaciones

Elemento / Tipo de brecha	¿Qué debe analizar el territorio?	¿Cómo debe responder la red pública del PTRRMR?
	mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y violencias, así como la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud mental en el territorio y de situaciones presentadas por limitaciones en el acceso a los servicios de salud cerca al domicilio de la población, en tanto que en algunas comunas se presentan fenómenos como las fronteras invisibles que ocasionan mortalidad especialmente de la población joven, conllevando a que los servicios de salud no sean oportunos o grandes desplazamientos a otras zonas para recibir la atención	con mayor vulnerabilidad y los territorios con mayor concentración de eventos. Garantizar infraestructura y servicios de salud no fragmentados en sitios más cercanos a la residencia, así como fomentar servicios de salud mental a la población joven de las comunas involucradas, especialmente en el oriente de Cali
Brechas de infraestructura en salud, dotación y conectividad digital.	Obsolescencia de la infraestructura física y tecnológica de salud de la red pública, que permita el cumplimiento de la normatividad (estándares de habilitación, interoperabilidad) y seguridad informática falta de resolutividad de los laboratorios clínicos. Las brechas identificadas limitan la ampliación de servicios, la implementación de modelos de atención y el cumplimiento de condiciones adecuadas de calidad y humanización.	Reposición total o parcial de las IPS priorizadas de la Red de Salud Pública del Distrito de Santiago de Cali a causa de la obsolescencia en la infraestructura hospitalaria, entre ellos nuevos servicios de salas de cirugía, hospitalización de salud mental, clínica de mama, centros de rehabilitación, entre otros. Adquisición, instalación, actualización y modernización de infraestructura tecnológica, equipos de cómputo, redes de comunicación, sistemas de información, software, hardware, conectividad y seguridad informática, orientadas al fortalecimiento de la capacidad operativa, asistencial, administrativa y epidemiológica, garantizando una prestación de servicios de salud eficiente, segura y de calidad. Adquisición o renovación de equipos biomédicos obsoletos e insuficientes, entre ellos equipos de diagnóstico especializado (mamógrafos, ecógrafos de alta

Elemento / Tipo de brecha	¿Qué debe analizar el territorio?	¿Cómo debe responder la red pública del PTRRMR?
		resolución, rayos X digitales) equipos de odontología, laboratorio clínico, telemedicina y esterilización, especialmente en las ESE con mayor demanda de servicios. Insuficiencia de dispositivos para movilidad reducida (sillas de ruedas, caminadores, bastones) en el Hospital Geriátrico San Miguel.
Brechas en articulación y funcionamiento en red	Capacidad de la red para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios, el seguimiento de casos prioritarios y la articulación entre los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	Organizar una red funcional que facilite la integración de los servicios de salud y asegure la atención continua de los usuarios a lo largo de las diferentes fases del proceso asistencial.
Brechas de talento humano	Incremento del agotamiento físico y emocional y del síndrome de burnout en el personal de salud, asociado a factores como el estrés laboral crónico, la sobrecarga laboral, las exigencias asistenciales y la necesidad de responder a escenarios de salud cada vez más complejos. Brechas entre el incremento de la capacidad instalada y portafolio de servicios de la red pública de salud y el talento humano existente.	Implementar estrategias orientadas al cuidado, bienestar y permanencia del talento humano en salud como elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud. Fortalecer progresivamente las competencias, la formación y la pertinencia del Talento Humano en Salud, especialmente frente a las transformaciones del sistema de salud, el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y las necesidades territoriales diferenciales, la seguridad del paciente y las principales causas de morbimortalidad del Distrito de Santiago de Cali. Fortalecimiento de la capacidad instalada del talento humano de acuerdo al incremento de la capacidad instalada y los cambios en el portafolio de servicios de la red pública de salud.

Fuente: Elaboración Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud - Subdirección de Prestación de Servicios de Salud.

4. ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICO

4.1. Organización por tipologías de servicios de salud acorde al nivel primario y complementario

4.1.1. Tipologías de los Puntos de Atención o Sedes de Prestación de Servicios

Para definir las tipologías de los puntos de atención de las microredes se tomó en cuenta los servicios habilitados y servicios opcionales para asignar la tipología final.

Los puntos de atención, además de los servicios habilitados acorde con la tipología aprobada, brindan sus instalaciones para que otros puntos, con mayor portafolio de servicios, presten servicios en modalidad de jornada extramural, acercando los servicios a la población y fortaleciendo la capacidad resolutiva en los territorios.

Acorde con el concepto técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, los servicios brindados por jornadas serán habilitados por los nodos de mayor complejidad que son los que ofertan el servicio permanentemente en modalidad intramural y periódicamente en modalidad extramural.

Los servicios a ofertar por los diferentes tipos de prestadores están acordes a lo establecido en las Resoluciones 3100 de 2019 y 2215 de 2020.

A continuación, se encuentra el detalle de la Microred, nombre del prestador y nombre de la sede de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, así como la tipología anterior del año 2022 y la tipología actual según la Circular 041 de 2025.

Tabla 17: Detalle de la Microred

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
MICRO RED SURORIENTE	RED DE SALUD DEL SURORIENTE ESE - HOSPITAL CARLOS	E.S.E. HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA IPS	E.S.E. HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA IPS	C	HOSPITAL PRIMARIO - HOSPITAL I	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
	CARMONA M. 7600102523	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO IPS	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO IPS	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS IPS	PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS IPS	A	PUESTO DE SALUD	
		Puesto Salud Unión Vivienda Popular	Puesto Salud Unión Vivienda Popular	A	PUESTO DE SALUD	
		Hospital ciudad Melendez	Hospital ciudad Melendez	NO HABILITADO	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
		Puesto de salud Ciudad 2000	Puesto de salud Ciudad 2000	NO HABILITADO	PUESTO DE SALUD	
		Puesto de salud Cachipay	Hospital de Cachipay	NO HABILITADO	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
MICRORED DE SALUD NORTE	RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 7600103956	E.S.E. RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOAQUÍN PAZ BORRERO	E.S.E. RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOAQUÍN PAZ BORRERO	C	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
		CENTRO DE SALUD PUERTO MALLARINO	CENTRO DE SALUD PUERTO MALLARINO	A	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ III	PUESTO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ III	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD 7 DE AGOSTO	PUESTO DE SALUD 7 DE AGOSTO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LAS CEIBAS	PUESTO DE SALUD LAS CEIBAS	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA CAMPIÑA	PUESTO DE SALUD LA CAMPIÑA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD POPULAR	CENTRO DE SALUD POPULAR	A	CENTRO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD CALIMA	PUESTO DE SALUD CALIMA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA ISLA	PUESTO DE SALUD LA ISLA	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD LA RIVERA	CENTRO DE SALUD LA RIVERA	B1	CENTRO DE SALUD	Clínica de la MAMA
		CENTRO DE SALUD SAN LUIS II	CENTRO DE SALUD SAN LUIS II	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD PETECUY III	PUESTO DE SALUD PETECUY III	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD PETECUY II	CENTRO DE SALUD PETECUY II	A	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD SAN LUIS I	PUESTO DE SALUD SAN LUIS I	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD FLORALIA	CENTRO DE SALUD FLORALIA	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD FLORALIA	PUESTO DE SALUD FLORALIA	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		Puesto de Salud Porvenir	PUESTO DE SALUD PORVENIR	A	PUESTO DE SALUD	
MICRO RED DE SALUD ORIENTE	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E 7600103957	Hospital Carlos Holmes Trujillo	Hospital Carlos Holmes Trujillo	A	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
		CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE	CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR	PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LOS LAGOS	PUESTO DE SALUD LOS LAGOS	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA	PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD COMUNEROS II	PUESTO DE SALUD COMUNEROS II	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD POBLADO II	PUESTO DE SALUD POBLADO II	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD EL VERGEL	PUESTO DE SALUD EL VERGEL	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL	PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD MARROQUÍN CAUQUITA	CENTRO DE SALUD MARROQUÍN CAUQUITA	B1	CENTRO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN	CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA ARAGÓN	PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA ARAGÓN	A	PUESTO DE SALUD	
		Puesto de Salud Alirio Mora	Puesto de Salud Alirio Mora	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD INTERVENIDAS	PUESTO DE SALUD INTERVENIDAS	A	PUESTO DE SALUD	
		Puesto de Salud Los Naranjos	Puesto de Salud Los Naranjos	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		Centro de Salud Desepaz	CENTRO DE SALUD DESEPAZ	B2	HOSPITAL PRIMARIO - HOSPITAL I	
		PUESTO DE SALUD PIZAMOS	PUESTO DE SALUD PIZAMOS	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD EL VALLADO	CENTRO DE SALUD EL VALLADO	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD COMUNEROS I	PUESTO DE SALUD COMUNEROS I	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD EL RETIRO	PUESTO DE SALUD EL RETIRO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD CIUDAD CÓRDOBA	PUESTO DE SALUD CIUDAD CÓRDOBA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD NAVARRO	PUESTO DE SALUD NAVARRO	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	B1	CENTRO DE SALUD	
		Puesto de Salud Calipso	Puesto de Salud Calipso	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD ORQUÍDEAS	PUESTO DE SALUD ORQUÍDEAS	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD LLANO VERDE	CENTRO DE SALUD LLANO VERDE	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO MOJICA	HOSPITALDE MOJICA	NO HABILITADO	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
MICRO RED DE SALUD CENTRO	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS 7600103958	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	C	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
		CENTRO DE SALUD DIEGO LALINDE	CENTRO DE SALUD DIEGO LALINDE	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD PRIMITIVO CRESPO	PUESTO DE SALUD PRIMITIVO CRESPO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD BELALCAZAR	PUESTO DE SALUD BELALCAZAR	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		CENTRO DE SALUD EL RODEO	CENTRO DE SALUD EL RODEO	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD DOCE DE OCTUBRE	PUESTO DE SALUD DOCE DE OCTUBRE	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD LUIS H. GARCES	HOSPITAL LUIS H. GARCES	B1	HOSPITAL PRIMARIO - HOSPITAL I	
		PUESTO DE SALUD AGUA BLANCA	PUESTO DE SALUD AGUA BLANCA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA PRIMAVERA	PUESTO DE SALUD LA PRIMAVERA	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD PANAMERICANO	CENTRO DE SALUD PANAMERICANO	B1	CENTRO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG VALERO	CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG VALERO	A	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD EL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD EL DIVINO NIÑO	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		CENTRO DE SALUD RAMIRO GUERRERO	CENTRO DE SALUD RAMIRO GUERRERO	B1	CENTRO DE SALUD	
		Centro de Salud Santiago Rengifo	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	A	CENTRO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD CRISTOBAL COLON	CENTRO DE SALUD CRISTOBAL COLON	B1	CENTRO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD OBRERO	CENTRO DE SALUD OBRERO	B1	CENTRO DE SALUD	
		CASA CIUDAD MODELO	CENTRO DE SALUD CIUDAD MODELO	NO HABILITADA	CENTRO DE SALUD	
		CASA RODEO	CENTRO DE SALUD RODEO	NO HABILITADA	CENTRO DE SALUD	
		CASA CRESPO	CENTRO DE SALUD CRESPO	NO HABILITADA	CENTRO DE SALUD	
MICRO RED DE SALUD LADERA	RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 7600103958	E.S.E. RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CAÑAVERALEJO	E.S.E. RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CAÑAVERALEJO	C	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	Centro de Referencia Regional en Salud Mental

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD SULTANA	PUESTO DE SALUD SULTANA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD SIRENA	PUESTO DE SALUD SIRENA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD BRISAS DE MAYO	PUESTO DE SALUD BRISAS DE MAYO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ESTRELLA	PUESTO DE SALUD ESTRELLA	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD SILOE	HOSPITAL SIGLO XXI	C	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	
		CENTRO DE SALUD TERRÓN COLORADO	CENTRO DE SALUD TERRÓN COLORADO	B2	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD VISTA HERMOSA	PUESTO DE SALUD VISTA HERMOSA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LOURDES	CENTRO DE SALUD LOURDES	A	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD NÁPOLES	PUESTO DE SALUD NÁPOLES	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD POLVORINES	PUESTO DE SALUD POLVORINES	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ALTO NÁPOLES	PUESTO DE SALUD ALTO NÁPOLES	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD MELENDEZ	CENTRO DE SALUD MELENDEZ	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD MONTEBELLO	PUESTO DE SALUD MONTEBELLO	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD CASCAJAL	PUESTO DE SALUD CASCAJAL	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD HORMIGUERO	PUESTO DE SALUD HORMIGUERO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA BUITRERA	CENTRO DE SALUD LA BUITRERA	A	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD SALADITO	PUESTO DE SALUD SALADITO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD FELIDIA	PUESTO DE SALUD FELIDIA	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD BELLA VISTA	PUESTO DE SALUD BELLA VISTA	A	PUESTO DE SALUD	
		CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO	B1	CENTRO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA PAZ URBANA	PUESTO DE SALUD LA PAZ URBANA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD FRAY DAMIAN	PUESTO DE SALUD FRAY DAMIAN	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD BELEN	PUESTO DE SALUD BELEN	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD PANCE	PUESTO DE SALUD PANCE	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD VILLACARMELO	PUESTO DE SALUD VILLACARMELO	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA VORAGINE	PUESTO DE SALUD LA VORAGINE	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA LEONERA	PUESTO DE SALUD LA LEONERA	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD PEÑAS BLANCAS	PUESTO DE SALUD PEÑAS BLANCAS	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD PICHINDE	PUESTO DE SALUD PICHINDE	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD GOLONDRINAS	PUESTO DE SALUD GOLONDRINAS	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA CASTILLA	PUESTO DE SALUD LA CASTILLA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA PAZ RURAL	PUESTO DE SALUD LA PAZ RURAL	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LOS ANDES	PUESTO DE SALUD LOS ANDES	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD LA ELVIRA	PUESTO DE SALUD LA ELVIRA	A	PUESTO DE SALUD	
		PUESTO DE SALUD ALTO AGUACATAL	PUESTO DE SALUD ALTO AGUACATAL	A	PUESTO DE SALUD	

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR	TIPOLOGÍA PTRRMR	TIPOLOGÍA LINEAMIENTO CIR. 041	OBSERVACIÓN
		PUESTO DE SALUD ALTO POLVORINES	PUESTO DE SALUD ALTO POLVORINES	A	PUESTO DE SALUD	
MICRORED ADULTO MAYOR	E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL	E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL	E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL	D	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	Atención del adulto mayor y albergue

Fuente: Documento consolidado de Plantilla Distrito Cali PTRRMR 2026.

Para el Distrito de Santiago de Cali se contempla 108 sedes clasificadas según la tipología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y habilitadas actualmente, cabe resaltar que el documento establece otros puestos de salud, centros de salud y Hospital primario I y de referencia II que se encuentran en proyección a futuro los cuales quedan relacionados en la Microred Suroriente, Microred Centro y Microred Oriente.

Es importante resaltar que en la tipología de Hospital de referencia II se encuentra incluido la Microred de adulto mayor con el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, que tiene unas características de atención del adulto mayor propias por contar con el albergue y atención en salud; así como, el hospital de referencia en salud mental en la Microred Ladera en el Hospital Cañaveralejo.

- Una vez se surta la aprobación del presente documento, las Empresas Sociales del Estado (ESE) deberán efectuar la actualización de la denominación de las sedes cuya tipología sea objeto de modificación (de Puesto de Salud a Centro de Salud o de Centro de Salud a Hospital), garantizando la correspondencia entre la nueva clasificación y la información registrada en los diferentes instrumentos jurídicos, administrativos y registrales.

- La actualización deberá realizarse en la totalidad de los documentos y registros asociados a la sede, incluyendo la escritura pública, el certificado de existencia y

representación legal, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y demás soportes institucionales aplicables.

Tabla 18: Tipologías y número de tipologías

Tipología	Número de Tipologías
Puesto de Salud	66
Centro de Salud	30
Hospital Primario I	4
Hospital de Referencia II	8
Total	108

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19: Microred – tipologías y número de tipologías

SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRO RED SURORIENTE	Puesto de Salud	3
	Centro de Salud	1
	Hospital Primario I	2
	Hospital de Referencia II	1
	Total	7
SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRORED DE SALUD NORTE	Puesto de Salud	10
	Centro de Salud	6
	Hospital Primario I	0
	Hospital de Referencia II	1
	Total	17
SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRO RED DE SALUD ORIENTE	Puesto de Salud	18
	Centro de Salud	6
	Hospital Primario I	1
	Hospital de Referencia II	2
	Total	27
SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRO RED DE SALUD CENTRO	Puesto de Salud	6
	Centro de Salud	11
	Hospital Primario I	1

SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
	Hospital de Referencia II	1
	Total	19

SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRO RED DE SALUD LADERA	Puesto de Salud	29
	Centro de Salud	6
	Hospital Primario I	0
	Hospital de Referencia II	2
	Total	37

SUBRED PTRRMR	Tipología	Número de Tipologías
MICRORED ADULTO MAYOR	Puesto de Salud	0
	Centro de Salud	0
	Hospital Primario I	0
	Hospital de Referencia II	1
	Total	1

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se debe establecer que los servicios que apuntan a la implementación de rutas y eventos especiales de salud pública del Nivel Primario, en el marco de las tipologías definidas en el Lineamiento del MSPS que se mencionan en tabla 17. quedan incluidas con su portafolio de servicios en las sedes habilitadas correspondientes las cuales se relacionan así:

- Salud mental: ESE Ladera y Oriente
- Detección temprana diagnóstico y manejo inicial de Cáncer de mama: ESE Norte.
- Atención de rehabilitación y atención de víctimas de la violencia: ESE Oriente.
- Detección y atención cáncer de cervix, próstata y gástrico: ESE Centro.
- Atención materno perinatal: ESE Ladera y Ese Oriente.
- Atención cardiovascular: ESE Centro y ESE Norte
- Unidad de cirugía Ambulatoria: ESE Ladera.
- Atención basada en la rehabilitación integral para pacientes y cuidadores: ese Suroriente.

Es de tener en cuenta que en el portafolio de servicios en las diferentes tipologías se contempla la posibilidad que las ESE puedan aperturar nuevos servicios (opcionales) de acuerdo al análisis epidemiológico y necesidades propios del micro territorio para lograr una mayor resolutividad.

4.1.2. Tipologías de Servicios y Nivel Complementario

El portafolio de servicios para el nivel complementario de atención en salud se articula con lo estipulado en el documento de reorganización de servicios del Departamento de Valle, en el marco de la red de prestación de servicios del territorio y de las tipologías ya definidas en el presente documento para la completitud y suficiencia de servicios, teniendo en cuenta los servicios de mediana y alta complejidad, es así como el portafolio de servicios complementarios se define en los siguientes prestadores de servicios de salud:

Tabla 20: Tipologías y nivel complementario

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR
RED COMPLEMENTARIA	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RED COMPLEMENTARIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E
RED COMPLEMENTARIA	Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.
RED COMPLEMENTARIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RED COMPLEMENTARIA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
RED COMPLEMENTARIA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

SUBRED PTRRMR	NOMBRE DE LA ESE EN EL PTRRMR	NOMBRE DE LA SEDE - REPS	NOMBRE DE LA SEDE EN EL PTRRMR
RED COMPLEMENTARIA	FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL

En este portafolio complementario se anexa a la Fundación Clínica Club Noel con atención exclusiva a menores de edad y Hospital San Juan de Dios para población pobre vulnerable, que, aunque son Prestadores de servicios de naturaleza privada hacen parte de la complementariedad del Departamento del Valle en la asignación de recursos públicos para la prestación de servicios.

4.2. Portafolio de servicios y características por tipología

El portafolio de las instituciones prestadoras de servicios de salud, visualiza la oferta detallada de salud habilitada para el Distrito de Santiago de Cali como herramienta de gestión, carta de presentación institucional y permite minimizar las barreras de acceso oportuno de la atención en salud.

Así mismo, permite a los usuarios y sus familias conocer las sedes de atención, servicios disponibles y requisitos para el acceso.

El portafolio de servicios establece la capacidad instalada, con un enfoque de prevención de la enfermedad desde el Puesto de Salud hasta el Hospital de referencia, así como articular con el nivel complementario de la ciudad para el flujo de atención de los pacientes seguro y oportuno.

A continuación, se presenta el portafolio de servicios para la Red pública del nivel primario del Distrito de Santiago de Cali conformada por los grupos de servicios de consulta externa, Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, atención inmediata y quirúrgicos ofertados en las tipologías de Puesto de salud, Centro de Salud, Hospital primario - Hospital I y Hospital primario de referencia - Hospital II y se define en las observaciones los servicios opcionales y sedes donde se autoriza el servicio por ser un servicio especializado que se encuentra por fuera de lo requerido para la tipología o por la proyección de la sede a futuro.

4.2.1. Portafolio de servicios puesto de salud

Tabla 21: Portafolio de servicios de puesto de salud

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	PUESTO DE SALUD	OBSERVACIONES
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	
	325	MEDICINA FAMILIAR	SI	Opcional
	328	MEDICINA GENERAL	SI	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	Opcional
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	
	344	PSICOLOGÍA	SI	Opcional
	420	VACUNACIÓN	SI	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	Opcional - En el puesto de salud es opcional por la cercanía del Hospital primario
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	Opcional
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI	Opcional
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	

- Nota: una vez se realice la aprobación del documento, las Empresas Sociales del Estado deben realizar el ajuste del nombre de la sede en aquellas que cambian

de tipología de Puesto de salud a Centro de salud y de Centro de salud a Hospital primario - Hospital I o al Hospital de referencia - Hospital II. Lo anterior teniendo en cuenta que esta afectación se debe realizar en todos los documentos de conformación y registro de la sede (escritura pública, cámara de comercio, REPS etc.)

4.2.2. Portafolio de servicios centros de salud

Tabla 22: Portafolio de servicios centros de salud

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	CENTRO DE SALUD	OBSERVACIONES
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	Opcional - Microred Norte Microred Centro - Centro de Salud Panamericano
	312	ENFERMERÍA	SI	
	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	Opcional - Centro de salud Panamericano - Micro red Centro
	318	GERIATRÍA	SI	Opcional - Microred Norte
	320	GINECOBSTETRICIA	SI	
	325	MEDICINA FAMILIAR	SI	
	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	Opcional - Micro red Norte - Centro de salud la Rivera
	328	MEDICINA GENERAL	SI	
	329	MEDICINA INTERNA	SI	
	330	NEFROLOGÍA	SI	Opcional - Micro red de Centro Centro de Salud Panamericano
	333	NUTRICIÓN Y	SI	

		DIETÉTICA		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	
	336	ONCOLOGÍA CLÍNICA	SI	Opcional - Micro red Norte Clínica de la mama
	337	OPTOMETRÍA	SI	Opcional
	338	ORTODONCIA	SI	Opcional
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	Opcional - Se encuentra en Hospital II
	342	PEDIATRÍA	SI	
	344	PSICOLOGÍA	SI	
	345	PSIQUIATRÍA	SI	Opcional
	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	SI	Opcional - Micro red Norte mastología y lo que se derive de esta atención
	371	OTRAS CONSULTAS GENERALES	SI	Opcional - Micro red Oriente – Gerontología
	412	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - HOMEOPÁTICA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	413	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - AYURVÉDICA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	414	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - TRADICIONAL CHINA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ

	415	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - NATUROPÁTICA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	416	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - NEURALTERAPÉUTICA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	417	TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS - BIOENERGÉTICA	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	418	TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS - TERAPIA CON FILTROS	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	419	TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS - TERAPIAS MANUALES	SI	OPCIONAL - MICRORED LADERA -CENTRO DE SALUD MELENDEZ
	420	VACUNACIÓN	SI	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	Opcional
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	Opcional
	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	Opcional - Micro red Centro - Centro de salud Diego Lalinde
	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	Opcional

	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	Opcional
	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	SI	Opcional - Micro red Centro - Centro de salud Diego Lalinde
	739	FISIOTERAPIA	SI	Opcional
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	Opcional
	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	Opcional Microred Norte /Microred Centro (centro de salud Panamericano)
	744	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - IONIZANTES	SI	Opcional - Microred Norte - Centro de salud La Rivera es Opcional por Clínica de mama
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	Opcional - Microred Norte - Centro de salud La Rivera es Opcional por Clínica de mama
	747	PATOLOGÍA	SI	Opcional - Microred Centro - Centro Diego Lalinde
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	SI	Opcional - Centro de salud Desepaz y Centro de Salud Terrón Colorado
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	SI	Opcional
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	SI	Opcional

	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	SI	Opcional

Nota: una vez se realice la aprobación del documento, las Empresas Sociales del Estado deben realizar el ajuste del nombre de la sede en aquellas que cambian de tipología de Puesto de salud a Centro de salud y de Centro de salud a Hospital primario - Hospital I o al Hospital de referencia - Hospital II. Lo anterior teniendo en cuenta que esta afectación se debe realizar en todos los documentos de conformación y registro de la sede (escritura pública, cámara de comercio, REPS etc)

4.2.3. Portafolio de servicios hospital primario – Hospital I

Tabla 23: Portafolio de servicios hospital primario

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	HOSPITAL PRIMARIO - HOSPITAL I	OBSERVACIONES
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	
	312	ENFERMERÍA	SI	
	320	GINECOBSTETRICIA	SI	
	325	MEDICINA FAMILIAR	SI	
	328	MEDICINA GENERAL	SI	
	329	MEDICINA INTERNA	SI	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	
	337	OPTOMETRÍA	SI	
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	Opcional
	342	PEDIATRÍA	SI	
	344	PSICOLOGÍA	SI	
	345	PSIQUIATRÍA	SI	

	355	UROLOGÍA	SI	
	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI	
	420	VACUNACIÓN	SI	
	423	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SI	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	opcional (ya se encuentran en hospital ii)
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	
	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	Opcional - Microred Centro/Centro de salud Diego Lalinde
	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	
	739	FISIOTERAPIA	SI	
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	
	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	SI	Opcional

	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI	Opcional
	132	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	SI	Opcional
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	Opcional
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI	Opcional – Habilitado en Hospital II
	1102	URGENCIAS	SI	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	SI	Opcional – Habilitado en Hospital II
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	SI	Opcional – Habilitado en Hospital II
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	SI	Opcional – Habilitado en Hospital II

- Nota: una vez se realice la aprobación del documento, las Empresas Sociales del Estado deben realizar el ajuste del nombre de la sede en aquellas que cambian de tipología de Puesto de salud a Centro de salud y de Centro de salud a Hospital primario - Hospital I o al Hospital de referencia - Hospital II. Lo anterior teniendo en cuenta que esta afectación se debe realizar en todos los documentos de conformación y registro de la sede (escritura pública, cámara de comercio, REPS etc.).

4.2.4. Portafolio de servicios hospital de referencia – Hospital II

Tabla 24: Portafolio de servicios hospital de referencia

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	HOSPITAL PRIMARIO DE REFERENCIA - HOSPITAL II	OBSERVACIONES
	301	ANESTESIA	SI	

CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	Opcional - Microred Ladera / Hospital Cañaveralejo y Siloé
	308	DERMATOLOGÍA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	311	ENDODONCIA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	312	ENFERMERÍA	Si	
	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	Opcional - Microred Ladera/Hospital Cañaveralejo
	318	GERIATRÍA	SI	Opcional- incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico
	320	GINECOBSTETRICIA	SI	
	325	MEDICINA FAMILIAR	SI	
	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	
	328	MEDICINA GENERAL	SI	
	329	MEDICINA INTERNA	SI	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	
	335	OFTALMOLOGÍA	SI	
	337	OPTOMETRÍA	SI	

	338	ORTODONCIA	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	
	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	342	PEDIATRÍA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	343	PERIODONCIA	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	344	PSICOLOGÍA	SI	
	345	PSIQUIATRÍA	SI	
	347	REHABILITACIÓN ORAL	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	355	UROLOGÍA	SI	
	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	SI	Opcional -Microred Ladera (Siloé - Cañaveralejo)
	396	ODONTOPEDIATRÍA	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	416	MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - NEURALTERAPÉUTICA	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	420	VACUNACIÓN	SI	
	423	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	
	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	Opcional - Micro red Centro - Centro de salud Diego Lalinde
	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	
	739	FISIOTERAPIA	SI	
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	
	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	Opcional - Microred Norte /Microred Centro (centro de salud Panamericano) - No incluido en Hospital II de

				referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	744	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - IONIZANTES	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	746	GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	SI	Opcional - Microred Ladera
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SI	Opcional – Microred Oriente Hospital Carlos Holmes Trujillo - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	SI	Opcional – Microred Oriente Hospital Carlos Holmes Trujillo - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	131	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	SI	opcional - Microred Ladera Cañaveeralejo - referente Salud Mental Cañaveralejo – Microred Oriente - No

				incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	132	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	SI	opcional - Microred Ladera Cañaveralejo (Referente en salud Mental - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	134	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	SI	
	135	HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SI	opcional Microred Ladera Cañaveralejo (Referente en salud Mental) – Microred Oriente
	138	CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SI	opcional Microred Ladera Cañaveralejo (Referente en salud Mental) – Microred Oriente
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Si	opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Si	opcional Microred Ladera
	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS	SI	opcional Microred Ladera - Hospital Cañaveralejo - No

		BLANDOS		incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SI	opcional - Microred Ladera - Hospital Cañaveralejo
	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	Opcional - No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	1102	URGENCIAS	SI	No incluido en Hospital II de referencia Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	SI	
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	SI	
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	SI	

- Nota: una vez se realice la aprobación del documento, las Empresas Sociales del Estado deben realizar el ajuste del nombre de la sede en aquellas que cambian de tipología de Puesto de salud a Centro de salud y de Centro de salud a Hospital primario - Hospital I o al Hospital de referencia - Hospital II. Lo anterior teniendo en cuenta que esta afectación se debe realizar en todos los documentos de conformación y registro de la sede (escritura pública, cámara de comercio, REPS etc.).

El portafolio de servicios fue constituido para las diferentes tipologías de la Red Pública cuentan con los servicios estipulados en la normatividad vigente y los servicios que no se contemplaban en la tipología, se categorizaron como opcional para algunas microredes por contar con servicios especializados con anterioridad en temas como cáncer de mama, cáncer de cérvix, salud mental, rehabilitación, atención del binomio madre e hijo, riesgo cardiovascular, servicios que son incluidos en las tipologías que actualmente se prestan.

Cabe resaltar que, aunque se encuentran opcional para algunas tipologías de servicios en ciertas microredes, se hace necesario dar a conocer los respectivos análisis de la suficiencia, capacidad de oferta y demanda del servicio en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado, al igual que solicitar al sistema único de habilitación la intención de aperturar el servicio en otra Microred, para su aprobación.

Por otra parte, se han establecido en algunas sedes servicios especializados que han sido denominados opcionales y que en su gran mayoría son enfocados a la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamientos oportunos de patologías o eventos que son trazadores en la salud de la población caleña, tales como se describen a continuación:

Por otra parte, se ha establecido servicios especializados en programas de salud pública que permiten enfocar la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamientos oportunos de patologías o eventos que son trazadores en la salud de la población caleña, tales como se describen a continuación:

- Detección Temprana, Diagnóstico y Manejo Inicial de Cáncer de Mama

La Red Pública de Baja Complejidad del Distrito cuenta con tres mamógrafos distribuidos en las ESE Ladera, Norte y Oriente. En el marco de la complementariedad de la microred, la ESE Norte se consolida como el Centro de Referencia Distrital para la ruta de atención del cáncer de mama, dado que ha alcanzado los mayores avances en esta área y cuenta con alianzas estratégicas con actores externos del sistema.

Bajo este modelo, los tres mamógrafos continuarán realizando las mamografías en sus respectivas sedes, mientras que la ESE Norte concentrará la navegación del paciente, su seguimiento clínico y la coordinación de la ruta de atención oncológica para toda la ciudad. Adicionalmente, esta unidad llevará a cabo biopsias con aspiración y demás procedimientos complementarios requeridos para el diagnóstico oportuno.

Para fortalecer este modelo, cada Empresa Social del Estado de Baja Complejidad del Distrito potenciará y consolida su oferta de servicios en detección temprana, contribuyendo así a la integralidad del proceso desde la tamización hasta el tratamiento.

Es de tener en cuenta que en el portafolio de servicios en las diferentes tipologías se contempla la posibilidad que las ESE puedan aperturar nuevos servicios de imágenes diagnosticas ionizantes o no ionizantes.

- Cirugía Ambulatoria

El Hospital Cañaveralejo fortalecerá y ampliará su capacidad de atención quirúrgica ambulatoria y de baja complejidad. Esta unidad funcionará también como escenario de práctica para las especialidades quirúrgicas de la Universidad del Valle, contribuyendo a la formación del talento humano en salud.

El propósito central de esta unidad es descongestionar los servicios de mediana y alta complejidad del Distrito, al resolver en el primer y segundo nivel de atención aquellos procedimientos que no requieren hospitalización prolongada ni infraestructura de alta complejidad.

- Centro de referencia regional en Salud Mental

Para la Microred de Salud de Ladera, esta unidad se desarrollará en el área de remodelación del Hospital Cañaveralejo y forma parte de un proyecto transversal de la Alcaldía Distrital orientado a mejorar la atención en salud mental e incrementar la integración social de personas con patologías mentales y consumidores de sustancias psicoactivas.

Por su parte la Red de Salud del Oriente E.S.E. en la actualidad, atiende uno de los territorios con mayor complejidad social y sanitaria del Distrito de Santiago de Cali, con un área de influencia conformada por las comunas 13, 14, 15, 21 y el corregimiento de Navarro, que concentra aproximadamente 617.000 habitantes, equivalentes al 27 % de la población municipal. Este territorio presenta alta densidad poblacional, predominio de estratos socioeconómicos 1 y 2, elevada dependencia del régimen subsidiado, presencia significativa de población migrante y desplazada, así como profundas desigualdades sociales que impactan directamente el perfil epidemiológico y la demanda de servicios de salud. La E.S.E. Oriente constituye el principal prestador público para esta población, la cual depende mayoritariamente de la oferta pública para el acceso a atención integral en salud.

El análisis epidemiológico y territorial evidencia una carga crítica de eventos asociados a salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas. El territorio presenta altas tasas de conflictividad social, desescolarización, violencia basada en género, reclutamiento de jóvenes, consumo de SPA y dinámicas de violencia urbana asociadas a control territorial y fronteras invisibles. De acuerdo con los análisis institucionales, las comunas 13, 14, 15, 18, 20 y 21 concentraron el 59 % de los homicidios de jóvenes durante 2023, mientras que la tasa de homicidios en población joven fue 2,6 veces superior a la tasa promedio de la ciudad. Adicionalmente, el perfil epidemiológico institucional identifica un crecimiento sostenido de eventos de salud mental, ansiedad, depresión, riesgo suicida y problemáticas psicosociales, especialmente en adolescentes, jóvenes y mujeres, grupos que representan una proporción significativa de la población

adscrita. La población entre 15 y 28 años supera las 73.000 personas, configurando un grupo de alta vulnerabilidad frente a violencias, consumo de SPA y trastornos mentales.

En este contexto, la construcción de un Centro Especializado en Salud Mental tipo Hospital II en el Oriente de Cali constituye una prioridad en salud pública y constituye una respuesta estratégica para el fortalecimiento de la red pública distrital. La magnitud poblacional, la complejidad de los determinantes sociales, la alta carga de eventos de salud mental y la limitada capacidad resolutiva instalada para atención especializada generan barreras críticas en oportunidad, continuidad e integralidad del cuidado. La implementación de un hospital especializado permitirá fortalecer la atención en crisis, hospitalización de mediana complejidad, psiquiatría, psicología clínica, rehabilitación psicosocial, atención integral a consumo de sustancias psicoactivas y estrategias de continuidad del cuidado, disminuyendo desenlaces prevenibles, descongestionando otros niveles de atención y garantizando el cumplimiento efectivo de la Ley 1616 de 2013, la Política Nacional de Salud Mental y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. La ubicación estratégica en el Oriente de Cali permitirá acercar servicios especializados a una de las poblaciones con mayor carga de vulnerabilidad psicosocial y menor capacidad histórica de acceso oportuno a atención integral en salud mental.

Desde el enfoque de complementariedad, esta unidad articulará sus acciones con los demás niveles del sistema de salud distrital, ofreciendo una respuesta integral que aborda tanto la atención clínica como los determinantes sociales asociados a la salud mental.

- Atención en Salud Materno Perinatal

Esta unidad ofrecerá servicios integrales de atención materna y perinatal a través de una Unidad de Atención a la Mujer, habilitada para llevar a cabo todos los procedimientos complementarios en ginecobstetricia. Su capacidad instalada permitirá la atención de partos con complicaciones menores como trabajo de parto estacionario con indicación de inducción y monitoreo especializado, contando con equipo médico especializado conformado por ginecólogo, pediatra y quirófano.

En el marco de la complementariedad de la red pública de baja complejidad, estas unidades actuarán como Centros de Referencia para todas las ESE del Distrito, articulando la atención de los partos realizados en Cali desde el nivel de baja complejidad y garantizando la continuidad de la atención cuando se presenten complicaciones.

La decisión de localizar estas unidades en las ESE Oriente y Ladera responde a las necesidades del territorio y a las brechas existentes en la mediana complejidad departamental: el Hospital Universitario del Valle (HUV), el Hospital Mario Correa Rengifo y el Hospital Isaías Duarte Cancino no tienen proyectada la construcción de unidades quirúrgicas maternas. En consecuencia, este polo de atención para gestantes se

distribuirá en los ejes norte, sur y oriente de la ciudad, garantizando acceso equitativo según zona de residencia.

- Detección Temprana y Atención Inicial de Cáncer de Cérvix, Gástrico y Próstata

La Red de Salud del Centro se posiciona como el Centro de Referencia Distrital para la detección temprana y el manejo inicial de los cánceres de cérvix, gástrico y próstata en la red pública de baja complejidad. En articulación con las demás microredes, la ESE Centro fortalecerá todas las actividades necesarias para la tamización, el diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento oncológico.

Entre los servicios que se consolidarán se encuentran la realización de colposcopias y procedimientos menores para el tratamiento de pacientes con cáncer de cérvix. Este modelo de complementariedad busca garantizar que ninguna paciente quede sin atención especializada por limitaciones en la capacidad resolutiva del nivel primario.

- Unidad especializada en Diagnóstico Vascular

Con la finalidad de fortalecer la red pública de servicios de baja complejidad, las microredes de salud del Norte y del Centro, brindaran apoyo diagnostico especializado para la identificación, la evaluación y el seguimiento de patologías vasculares arteriales, venosas y linfáticas, realizando procedimientos diagnósticos seguros y oportunos orientados al mejoramiento de la atención integral del paciente, posicionándose como centros de referencia el en distrito para el diagnóstico vascular.

- Unidad especializada en Trauma y Atención a Víctimas de la Violencia

Con el propósito de responder a la alta demanda de atención por trauma en el oriente de Cali, se propone que la ESE Oriente desarrolle una unidad especializada en atención quirúrgica de urgencias que complemente los servicios de los hospitales de mediana complejidad del sector. Actualmente, el Hospital Isaías Duarte Cancino —institución de mediana complejidad— no cuenta con la capacidad suficiente para resolver la totalidad de las demandas de atención por trauma de esta zona.
La propuesta contempla la habilitación de una Unidad Quirúrgica de Cirugía General con especialidades primarias, incluyendo cirugía general de urgencias, manejo de apendicitis, trauma penetrante de tórax con colocación de tubo torácico, y atención de heridas por arma corto punzante penetrante de abdomen sin complicaciones mayores, entre otros procedimientos resolutivos de primer y segundo nivel.

Desde la perspectiva de la complementariedad en la microred, esta unidad asumiría la demanda de atención de trauma del oriente caleño, actuando como descongestionador de los servicios del Hospital Universitario del Valle (HUV) y el Hospital San Juan de Dios, que hoy reciben un alto volumen de pacientes que podrían ser atendidos en niveles de

menor complejidad. La fortaleza económica e institucional de la ESE Oriente le permite desarrollar esta mayor capacidad de respuesta.

- Unidad especializada en Rehabilitación

La Red de Salud del Suroriente E.S.E. ha establecido como sello institucional la atención basada en la rehabilitación integral para pacientes y cuidadores, centrando este modelo de atención en la nueva IPS Antonio Nariño, con el propósito de fortalecer la atención de la población contratada y de los habitantes del oriente de la ciudad.

Para ello, la institución ha consolidado servicios de rehabilitación como Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Respiratoria, Psicología, permitiendo una atención interdisciplinaria, continua e integral para los usuarios, cabe aclarar que en este sello cobra especial importancia el integrar un modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), orientado no solo a la atención clínica, sino también al acompañamiento social, familiar y comunitario de los usuarios.

De esta manera, la Red de Salud del Suroriente busca promover la inclusión, la autonomía y el mejoramiento de la calidad de vida de la población beneficiaria, mediante la cobertura de atención integral en rehabilitación, reduciendo barreras de acceso y garantizando procesos terapéuticos más oportunos y continuos para rehabilitación comunitaria dentro del suroriente de Cali.

- Atención del Adulto Mayor.

En el marco de la complementariedad de la red distrital, el Hospital Geriátrico San Miguel se consolida como Centro de Referencia Distrital para la atención integral del adulto mayor frágil, independientemente de su lugar de residencia en la ciudad. Su especialización no se limita a los cuidados médicos convencionales, sino que abarca cuidados geriátricos especializados y atención de enfermería avanzada, permitiendo la culminación de tratamientos que, de otra manera, extenderían innecesariamente la ocupación de camas en la mediana y alta complejidad.

Adicionalmente, la unidad ofrecerá atención paliativa para adultos mayores con enfermedades terminales, cubriendo una necesidad que actualmente no tiene respuesta suficiente en el nivel primario del sistema.

Este modelo de atención redefine el rol del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel como empresa social del estado, incorporando nuevos tipos de cuidado diferenciado. El ingreso y seguimiento de los pacientes estarán a cargo de geriatría, especialidad idónea para el manejo del adulto mayor frágil, quien por su condición demanda mayor tiempo y recursos en su proceso de cuidado y recuperación. El geriatra actúa como internista especialista del adulto mayor, garantizando una atención respetuosa y clínicamente

pertinente ante situaciones de riesgo frecuentes en este grupo, como las caídas.

El Ancianato San Miguel funcionará además como Centro de Referencia para cuidados paliativos, complementando y articulando su actividad con la atención oncológica que se desarrolla en la ESE Centro, en un modelo integrado de atención al final de la vida.

4.3. Organización territorial y configuración acorde a consideraciones territoriales

La organización y estructuración del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes Cali 2026 responde a una comprensión profunda y estratégica de las dinámicas geográficas, socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas del Distrito Especial de Santiago de Cali. Bajo esta premisa, la configuración de la red de servicios de salud no se plantea como una división puramente administrativa, sino como un modelo funcional y adaptativo diseñado para superar barreras territoriales, garantizar la equidad y asegurar la continuidad en la atención de la población caleña.

Para operativizar este enfoque, el sistema distrital se fundamenta en la consolidación de Microredes de Salud, las cuales están constituidas por el conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) adscritas a las Empresas Sociales del Estado (ESE) que operan en el componente primario de atención. Estas microredes tienen el mandato de articularse de manera funcional y complementaria con las instituciones públicas y privadas del componente complementario (mediana y alta complejidad), conformando un tejido de salud integrado que garantice un acceso integral y con equidad.

La configuración de estas microredes obedece estrictamente a consideraciones territoriales y necesidades específicas de las comunidades:

4.3.1. Microred de Salud del Norte

La Microred de Salud del Norte está conformada por 17 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y abarca las comunas 2, 4, 5, 6 y 7 del Distrito de Cali.

La Empresa Social del Estado ESE Norte, que agrupa estas comunas, se encuentra ubicada al nororiente de la ciudad. Su área de influencia cuenta con vías principales de acceso como la Avenida Ciudad de Cali y la Autopista Simón Bolívar (Calle 70), que atraviesan el territorio de norte a sur. Como vías alternas estratégicas se destacan la Carrera 1, la Carrera 5, la Carrera 8, la Avenida 3N y la Avenida 6 Norte, las cuales articulan las diferentes comunas con las IPS del área.

La Avenida Ciudad de Cali permite la comunicación por el oriente con las ESE Oriente, Suroriente y Centro, y conecta directamente las comunas 6 y 7, facilitando el acceso inmediato a las IPS Floralia, Petecuy II, Petecuy III, San Luis I, San Luis II, Puerto Mallarino, Siete de Agosto y Alfonso López III.

Ilustración 24: Ubicación Geográfica IPS Red de Salud del Norte

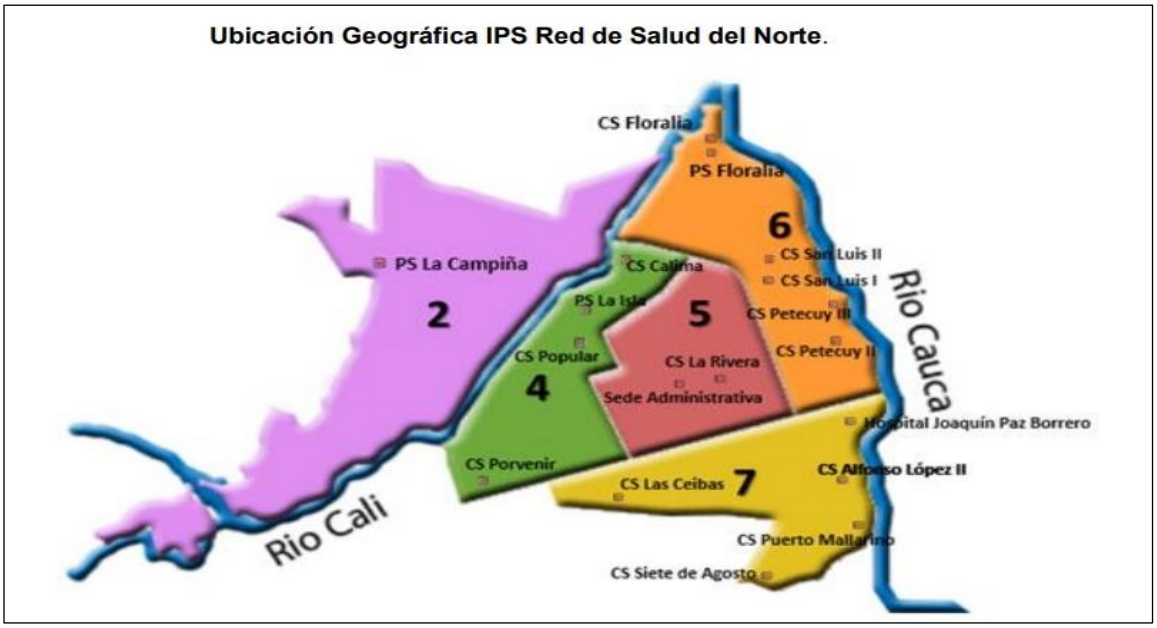


Ilustración 25: Microred de Salud del Norte



4.3.2. Microred de Salud Ladera

La Microred de Salud Ladera es la más extensa del Distrito en términos de área de influencia. Está conformada por 38 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en la cabecera municipal, el área rural y la zona rural dispersa, comprendiendo las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20 y 22, así como los corregimientos de La Buitrera, Villacarmelo, Pance-Vorágine, Hormiguero, El Saladito, Felidia, La Leonera, Pichindé, Los Andes, Montebello, Golondrinas, La Castilla, La Paz, La Elvira y las veredas Alto Aguacatal y Cascajal.

La diversidad social, cultural y geográfica de esta microred exige un modelo diferenciado de prestación, con especial énfasis en la atención a poblaciones vulnerables como personas en situación de calle o en riesgo social, población desplazada, comunidades indígenas y afrodescendientes. Por esta razón, la microred se organiza en tres grandes zonas: Zona Noroccidental, Zona Centroccidental y Zona Suroccidental, con cuatro centros de atención de urgencias distribuidos estratégicamente en el territorio.

Ilustración 26: Microred Ladera

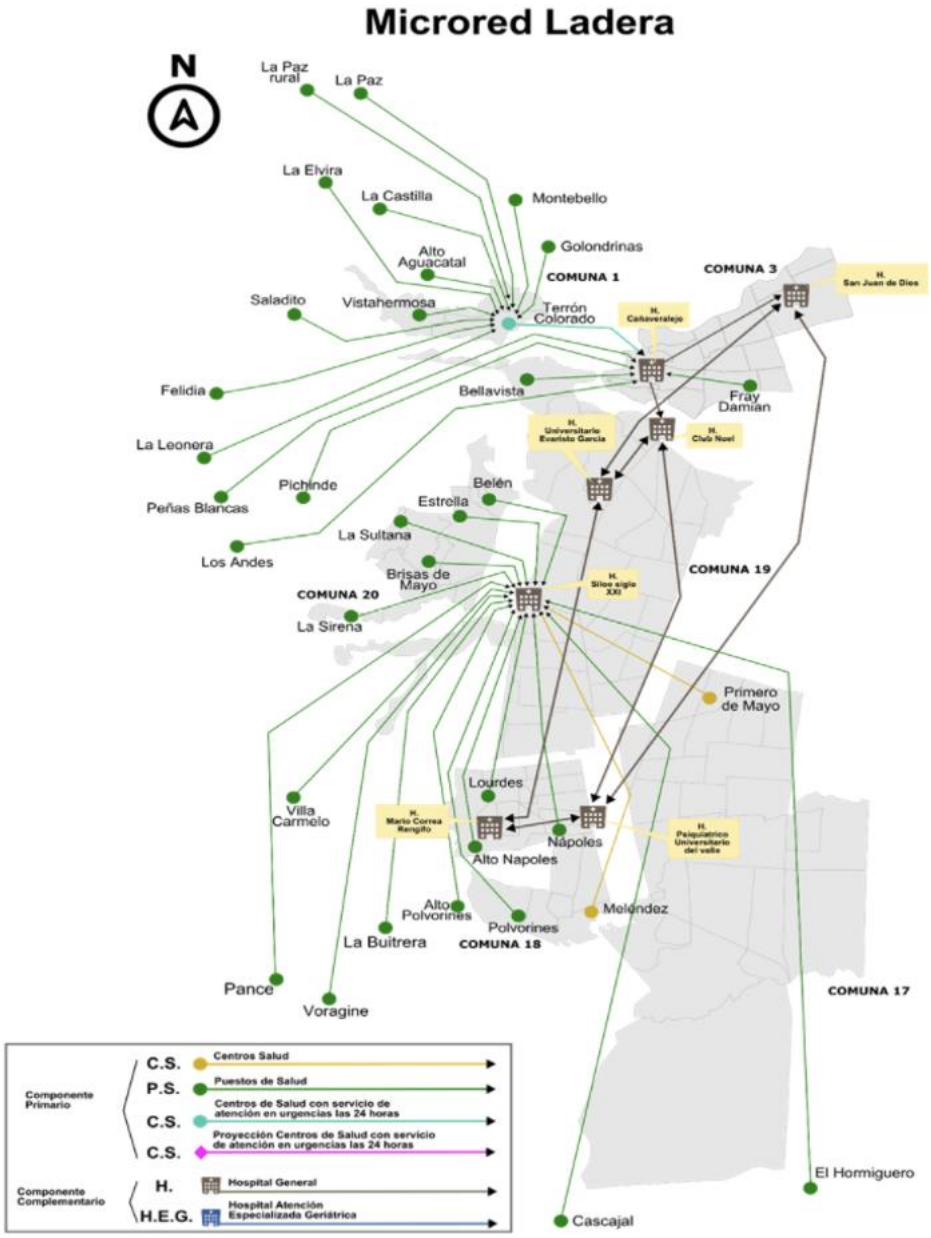
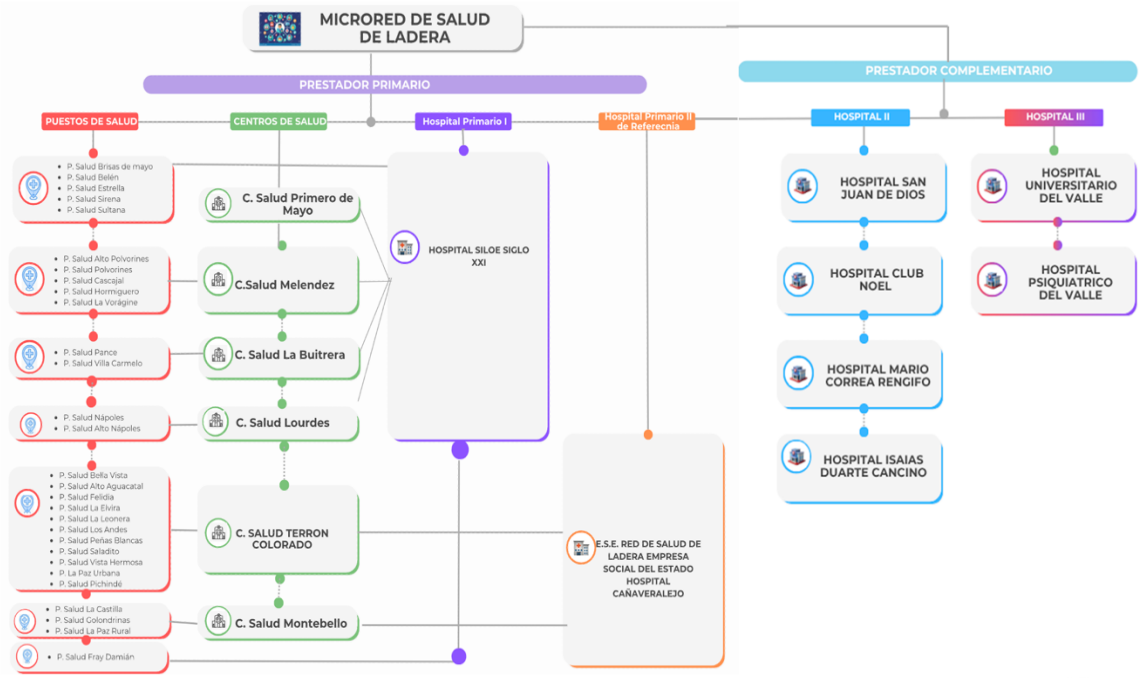


Ilustración 27: Microred de Salud de Ladera



4.3.3. Microred de salud centro

La Microred de Salud Centro comprende las comunas 8, 9, 10, 11 y 12 del Distrito de Cali. Por su localización geográfica estratégica, dispone de múltiples vías de acceso pavimentadas que convergen en distintos puntos del territorio, entre las que se destacan la Autopista Sur, la Carrera 15, la Calle 26, la Calle 33, la Calle 34, la Avenida Pasoancho (Calle 13) y la Calle 14.

Ilustración 28: Microred de Salud del Centro

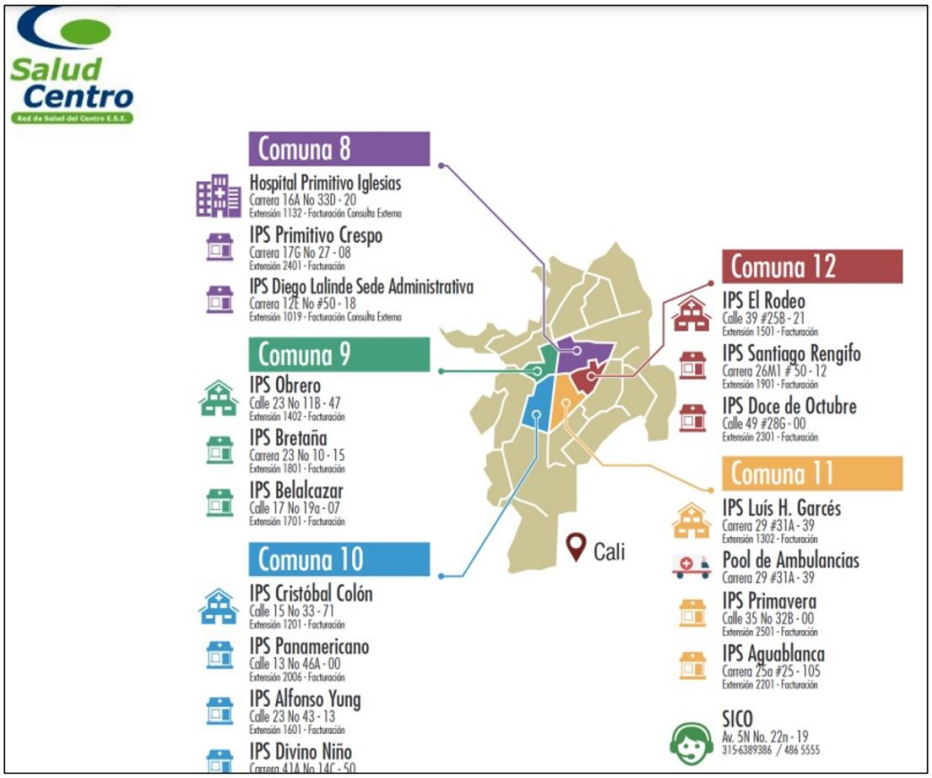


Ilustración 29: Microred de Salud del Centro



4.3.4. Microred de Salud Oriente

La Microred de Salud Oriente está conformada por las comunas 13, 14, 15 y 21, así como la zona rural de Navarro. Esta microred concentra una de las mayores poblaciones del Distrito y es, históricamente, la zona con mayor demanda de atención por trauma y urgencias.

Ilustración 30: Microred Red de Salud del Oriente

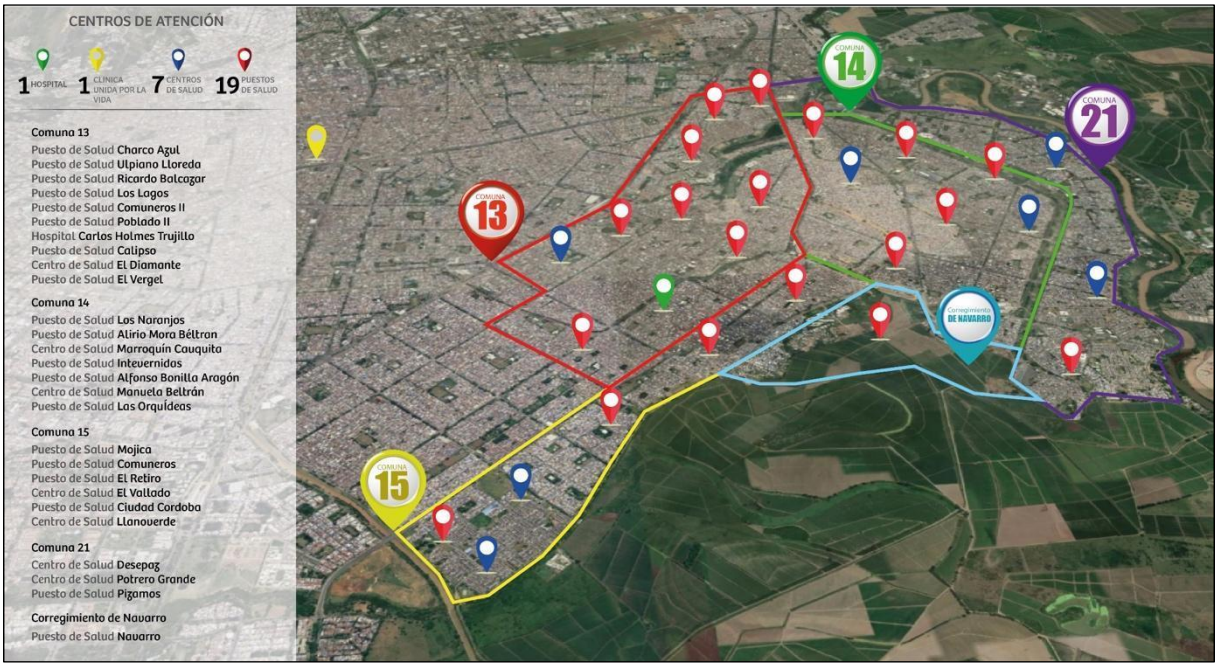
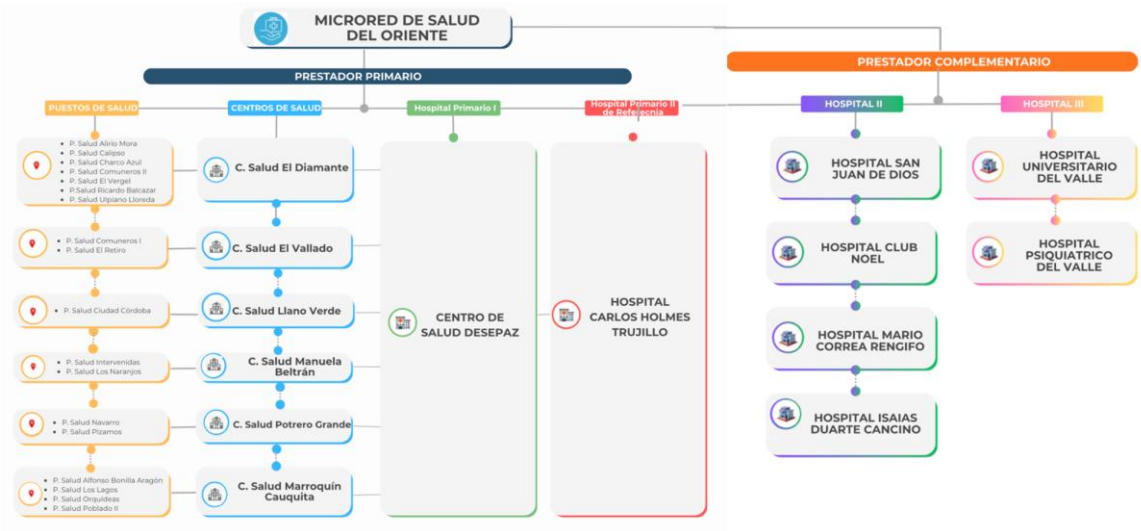


Ilustración 31: Microred de Salud del Oriente



4.3.5. Microred Suroriente

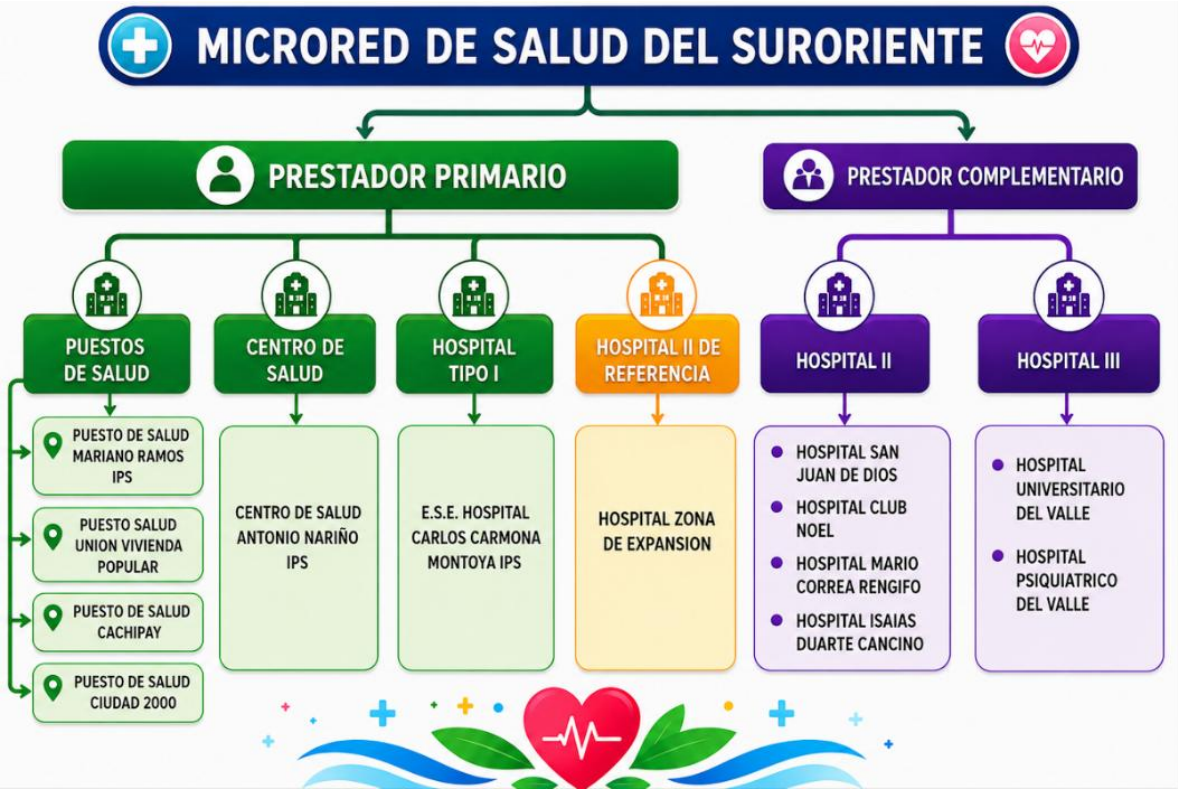
La Microred de Salud del Suroriente, presenta como punto de intervención y área de influencia la comuna 16 y la zona de expansión en el distrito de Santiago de Cali.

Ilustración 32: Microred de Salud del Sur Oriente



La Microred estará integrada por dos (2) hospitales, un (1) Centro de Salud y cuatro (4) Puestos de salud, para un total de siete (7) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Ilustración 33: IPS Microred de Salud del Suroriente



4.3.6. Microred de Salud del Adulto Mayor – Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE (HGYASM) se encuentra ubicado en el barrio Caldas de la comuna 18, sobre la Carrera 70, a escasas cuadras de la Calle 5 y cercano a la estación de Capri del sistema de transporte masivo. Desde el norte de la ciudad, el acceso principal es por la Avenida de los Cerros hasta la Calle 70. Las vías de acceso se encuentran en buen estado, lo que facilita la movilidad de los usuarios y sus familias.

Ilustración 34: Microred Adulto Mayor

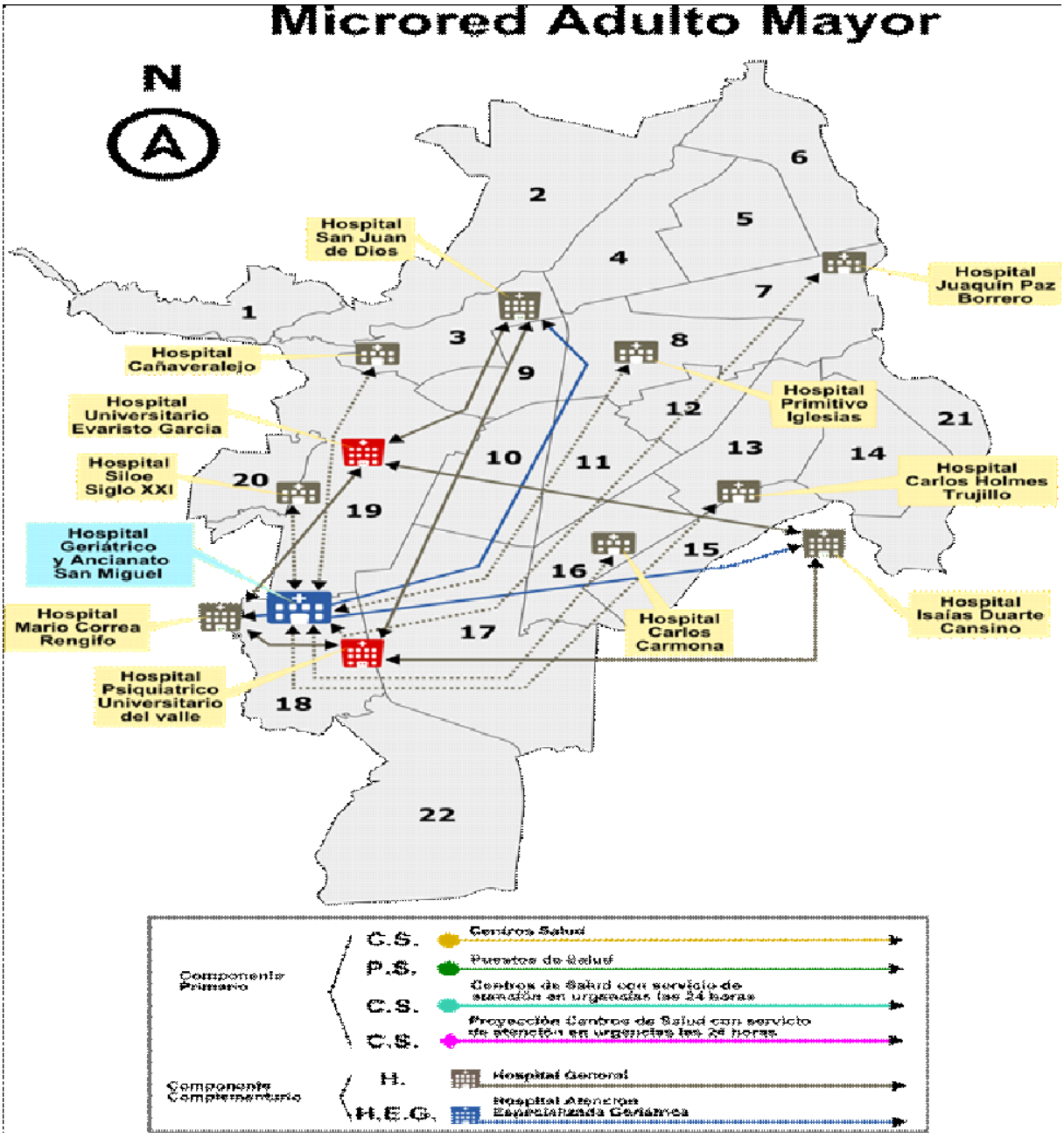
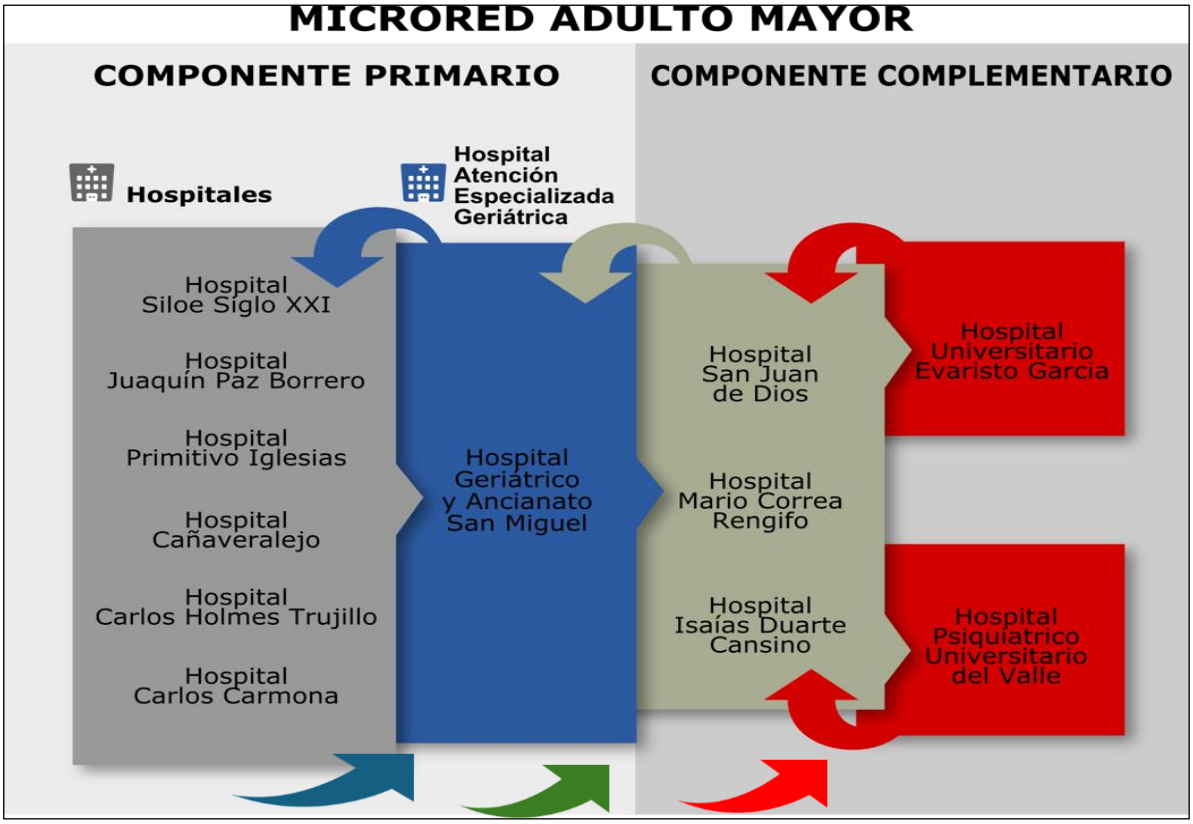


Ilustración 35: IPS Microred adulto mayor



El objetivo central de todos los programas de atención al adulto mayor —tanto institucionales como distritales— es conservar, fomentar y rehabilitar la capacidad funcional de los pacientes. Para lograrlo, el modelo de atención se fundamenta en los conceptos de capacidad funcional e intrínseca, los cuales orientan la valoración integral y el plan de cuidado del adulto mayor.

Integralidad de la Atención al Adulto Mayor – Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE brinda atención integral al adulto mayor y se constituye como la institución de referencia en la red de prestadores del Distrito para este grupo poblacional. Su modelo de atención se diferencia por su enfoque en el adulto mayor sano y frágil, con intervenciones que mejoran la calidad de vida de los pacientes dentro de su jurisdicción y competencia.

4.4. Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud Pública

Para la prestación de servicios de salud pública que se debe garantizar a la población, en el acceso directo y oportuno de las actividades contempladas en las rutas integrales de atención establecidas especialmente la ruta de atención materno perinatal y la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, permitiendo mejorar la cobertura, la adherencia, la efectividad e impacto en la salud.

Cabe resaltar que de acuerdo a las tipologías y portafolio de servicios establecidos en las microrredes de salud distribuidas en el territorio y que conjuntamente con sus sedes, se logra cubrir el área urbana y rural, ya sea por la prestación de servicios intramural, extramural o telemedicina, permitiendo garantizar una red de servicios en salud pública amplia en el territorio del Distrito de Santiago de Cali, según características demográficas del Distrito y el enfoque diferencial especialmente para el área rural y rural disperso que se centran en disminuir las brechas de acceso a los servicios para la población.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. El Ministerio de Salud y Protección Social teniendo en cuenta el enfoque de riesgos para la salud de la población, definió tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Rutas de Grupo de Riesgo y Rutas de eventos Específicas de Atención.

5. ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA

El presente análisis da cuenta del contenido del documento técnico de la red del Distrito de Santiago de Cali (2025), en cual es el punto de partida para la nueva estructura o actualización del PTRRMR.

Proyectos y necesidades de inversión:

El compromiso para el fortalecimiento de la red pública de salud del Distrito de Santiago de Cali, no se limita únicamente a la planeación técnica o de inversión en infraestructura. Este es un compromiso colectivo con la Salud, la vida, la dignidad y el bienestar de cada persona que habita en el Distrito de Santiago de Cali. Sabemos y entendemos que la salud no es la ausencia de enfermedad, sino que consiste en el acceso oportuno a servicios de calidad, en entornos que cuidan, en equipos de salud que atienden y en políticas públicas en salud que reducen las brechas que históricamente han separado a unos territorios de otros.

Por lo anterior, las estrategias que aquí se presentan se identifican desde el territorio, con

el enfoque en quienes más lo necesitan: las familias del oriente de la ciudad que esperan una atención materna y en salud mental; la comunidad de ladera que enfrenta la violencia y el trauma; los adultos mayores del suroriente que requieren rehabilitación y cuidados paliativos; los jóvenes del norte que luchan contra la obesidad y las enfermedades metabólicas; los habitantes del centro que conviven con el riesgo cardiovascular; y las personas mayores del Ancianato San Miguel que merecen una vejez digna, acompañada y con calidad.

Los ejes que guiarán las acciones en los próximos años con el convencimiento de que la transformación de la red pública del distrito de Santiago de Cali es posible desde la responsabilidad social, la eficiencia y la equidad.

5.1. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y la resolutividad del nivel primario.

Se busca garantizar que cada persona, sin importar en qué comuna o corregimiento del distrito de Cali viva, sienta que su centro de salud es su primera opción, esa la puerta amable de entrada al sistema de salud, que se abre sin demoras y que resuelve la mayor parte de sus necesidades.

Para ello se consolidó el portafolio esencial de servicios en cada puesto, centro y hospital primario o secundario, asegurando que la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos estén al alcance de todos, especialmente de quienes viven en zonas rurales y dispersas de la ladera de Cali.

Continuar con el fortalecimiento de los equipos básicos de salud, esos grupos humanos que caminan el territorio conocen a las familias, escuchan sus historias y acompañan sus procesos. Con ellos llevaremos la salud más allá de los muros de las IPS, a las casas, las escuelas, los parques. Y cuando la distancia sea un reto, la telemedicina y la telesalud nos permitirán conectar especialistas con pacientes de los lugares más apartados y dispersos, sin que nadie se quede sin atención.

5.2. Fortalecimiento de la Infraestructura Hospitalaria

Inversión prioritaria requerida en infraestructura:

Se estima una inversión total de $90.490 millones para intervenciones mayores (reposición total, ampliaciones, reforzamiento estructural, adecuaciones funcionales).

Las prioridades están en el Hospital Geriátrico San Miguel, el Hospital Primitivo Iglesias, la IPS Terrón Colorado y el Centro de Salud Antonio Nariño.

La infraestructura hospitalaria de la red pública de baja complejidad presenta un rezago histórico significativo, con edificaciones que no cumplen estándares actuales y que limitan la ampliación de servicios y la seguridad asistencial. Se requiere una política distrital y nacional de reposición y modernización progresiva, priorizando las sedes con mayor riesgo estructural y demanda poblacional.

Actualización de la infraestructura hospitalaria

Con base en el consolidado de iniciativas inscritas en el PMIDS 2026-2031, se observa una importante movilización de proyectos de infraestructura hospitalaria para el período 2026-2031, que incluyen reposiciones totales, ampliaciones, adecuaciones y reforzamientos estructurales en todas las ESE del Distrito. Estas iniciativas responden a las brechas identificadas en el diagnóstico previo (alta obsolescencia, deterioro de cubiertas y redes, insuficiencia de espacios) y se alinean con los principios de disponibilidad, equidad territorial y sostenibilidad ambiental.

Tabla 25: Principales proyectos de infraestructura registrados por ESE

RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Red de Salud de Ladera E.S.E.:	Reposición total del Centro de Salud Terrón Colorado (inversión $27.226 millones, en ejecución).
	Adecuación, ampliación y reforzamiento del Hospital Cañaveralejo (dos fases: consulta externa y salud mental + dotación, inversión total aproximada $59.224 millones).
	Reposición total y ampliación de la IPS La Buitrera ($6.708 millones).
	Reforzamiento estructural de la IPS Montebello ($7.800 millones).
	Múltiples proyectos de reparaciones locativas y adecuaciones en IPS Lourdes, Sultana, Nápoles, Villa Carmelo, La Paz Urbana, Felidia, La Castilla, La Leonera, Peñas Blancas, Alto Aguacatal, entre otras.
RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Red de Salud de Oriente E.S.E.	Ampliación y remodelación del Hospital Carlos Holmes Trujillo: servicios de rehabilitación, odontología y laboratorio (26.500 millones); ampliación de urgencias (2.720 millones); reposición y ampliación de cirugía y pediatría ($1.800 millones); estudios y diseños para ampliación general.
	Construcción de nuevos puestos de salud: Mojica (4.000 millones) y Navarro (7.000 millones).

RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
	Ampliación del Centro de Salud Desepaz para internación de salud mental ($12.000 millones).
	Remodelación del laboratorio clínico en Potrero Grande ($800 millones).
	Adecuaciones y ascensores en varias IPS (Calipso, Orquídeas, Vergel, Comuneros II, Vallado, Manuela Beltrán, Naranjos, Comuneros I).
RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Red de Salud del Norte E.S.E.	Reposición del Hospital Joaquín Paz Borrero (segunda fase, inversión $98.000 millones).
	Adecuación y ampliación del Centro de Salud La Rivera ($11.912 millones).
	Adecuaciones mayores en puestos de salud Calima, Alfonso López III y el mismo Centro de Salud La Rivera (cada uno por $875 millones).
RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Red de Salud del Centro E.S.E.	Reposición del Hospital Primitivo Iglesias (proyecto registrado como terminado, pero con observación de ajuste de datos; se requiere actualización de costos y alcance).
RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Red de Salud de Suroriente E.S.E.	Reposición del Centro de Salud Antonio Nariño.
	Mejoramiento y reforzamiento estructural del Hospital Carlos Carmona Montoya y del Puesto de Salud Mariano Ramos.
RED/ HOSPITAL	INICIATIVAS
Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.	Reposición total y ampliación de la capacidad instalada (proyecto registrado en plataforma, en fase de estudios y diseños).

Estado de avance y recomendaciones: La mayoría de los proyectos se encuentran en estado de «Estructuración y/o Formulación» o «Viabilizados», con plazos de corto a mediano plazo (2026-2029). Persiste una alta dependencia de fuentes de financiación por definir. Se recomienda acelerar la consecución de recursos (PGN, regalías, recursos propios) y fortalecer las capacidades técnicas para la ejecución de obras, priorizando aquellas sedes con mayor riesgo estructural y mayor impacto en la atención de poblaciones vulnerables.

Fortalecimiento de IPS en reposición y ampliación

En el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de

las Redes Sociales del Estado de Santiago de Cali, se contemplan inversiones orientadas al fortalecimiento de la infraestructura física hospitalaria mediante proyectos financiados a través de diferentes mecanismos, con el propósito de mejorar la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado (ESE), modernizar ambientes de atención y fortalecer la prestación de servicios de salud en el territorio.

Estos proyectos se orientan al fortalecimiento integral de la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado del Distrito de Santiago de Cali, mediante intervenciones destinadas a modernizar ambientes de atención, optimizar condiciones operativas y mejorar la prestación de servicios de salud en el territorio.

Estas inversiones buscan responder a las necesidades actuales de la red pública hospitalaria, fortaleciendo áreas asistenciales y de apoyo diagnóstico, mejorando las condiciones de habilitación institucional y favoreciendo una mayor articulación funcional entre servicios y niveles de atención. Asimismo, se proyecta el mejoramiento de la seguridad hospitalaria, la humanización de los espacios de atención y la incorporación progresiva de tecnologías biomédicas y herramientas de transformación digital que permitan aumentar la capacidad resolutiva de las ESE.

De igual manera, las intervenciones contempladas pretenden optimizar los flujos de atención al interior de las instituciones, ampliar la capacidad de respuesta frente al crecimiento de la demanda de servicios y consolidar una red pública más eficiente, accesible y alineada con las necesidades epidemiológicas y poblacionales del Distrito.

En el marco del proceso de fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria del Distrito de Santiago de Cali, actualmente se desarrollan proyectos estratégicos orientados al mejoramiento de la capacidad instalada, ampliación de servicios y modernización de ambientes de atención en distintas Empresas Sociales del Estado. Estas intervenciones buscan fortalecer la capacidad resolutiva institucional, optimizar las condiciones de prestación de los servicios de salud y responder a las necesidades actuales del territorio.

Dentro de los proyectos estratégicos de fortalecimiento de infraestructura hospitalaria de la red pública del Distrito de Santiago de Cali, se encuentra el proyecto del Centro de Salud Antonio Nariño adscrito a la Red de Salud Suroriente, orientado al mejoramiento de las condiciones funcionales y operativas de los servicios asistenciales, mediante intervenciones de adecuación y modernización de espacios destinados a la atención en salud.

Este proyecto tiene un enfoque prioritario en el fortalecimiento de los servicios de fisioterapia y rehabilitación, buscando ampliar la capacidad de atención y mejorar las condiciones para la prestación de servicios relacionados con recuperación funcional, manejo terapéutico y procesos de rehabilitación integral de los usuarios de la comuna 16.

Las intervenciones contempladas permitirán disponer de ambientes más adecuados, accesibles y seguros para el desarrollo de terapias físicas, procesos de rehabilitación y atención ambulatoria especializada, favoreciendo la continuidad del cuidado y la calidad en la prestación de los servicios.

Tabla 26: Servicios Centro de Salud Antonio Nariño

Servicios Centro de Salud Antonio Nariño
Enfermería
Medicina general
Medicina interna
Odontología
Nutrición y dietética
Pediatría
Psicología
Vacunación
Toma de muestras de cuello uterino
Toma de muestras laboratorio clínico
Servicios dentro de fisioterapia
Terapia ocupacional
Terapia respiratoria
Fisioterapia
Fonoaudiología

De igual manera, se encuentra en ejecución el proyecto de ampliación del Centro de Salud la Rivera – Clínica de la mama, concebido como una estrategia para fortalecer la atención integral en salud de la mujer y ampliar la capacidad diagnóstica y resolutiva relacionada con la detección temprana de cáncer de mama. Este proyecto busca consolidar servicios especializados y fortalecer las rutas integrales de atención mediante espacios adecuados para la prestación de servicios diagnósticos, ambulatorios y de apoyo clínico, incorporando además capacidades tecnológicas asociadas a imágenes diagnósticas y atención especializada.

Tabla 27: Servicios Centro de Salud la Rivera

Servicios Centro de Salud la Rivera
Enfermería
Ginecobstetricia
Medicina general
Medicina familiar

Servicios Centro de Salud la Rivera
Medicina interna
Psicología
Medicina del trabajo
Vacunación
Odontología
Laboratorio clínico
Toma de muestras de laboratorio
Fisioterapia
Fonoaudiología
Imágenes diagnosticas ionizantes odontologías
Toma de muestras de cuello uterino
Imágenes diagnosticas ionizantes - mamografía
Imágenes diagnosticas no ionizantes – ecografía
Biopsia de mama

Asimismo, el proyecto de Terrón Colorado se orienta al fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y ampliación de la capacidad de atención en este sector del Distrito, contribuyendo a mejorar el acceso a los servicios de salud y disminuir barreras territoriales para la población de la comuna 1 de Santiago de Cali. Las intervenciones contempladas buscan optimizar la prestación de servicios ambulatorios y asistenciales, fortalecer la capacidad operativa institucional y mejorar la articulación funcional dentro de la red pública hospitalaria.

Tabla 28: Servicios Centro de Salud Terron Colorado

Servicios Centro de Salud Terron Colorado
Enfermería
Medicina general
Odontología
Psicología
Vacunación
Ginecobstetricia
Pediatría
Toma de muestras de cuello uterino
Toma de muestras laboratorio clínico
Triage
Consulta urgencias
Procedimientos

Servicios Centro de Salud Terron Colorado
Reanimación
Enfermedad respiratoria aguda
Rehidratación oral
Observación mujeres
Observación pediátrica
Observación hombre
Observación paciente aislado

En conjunto, estos proyectos representan avances estratégicos para la reorganización y modernización de las Redes Sociales del Estado de Santiago de Cali, en la medida en que permiten fortalecer nodos prioritarios de atención, ampliar la cobertura de servicios y generar condiciones adecuadas para la incorporación de nuevas tecnologías biomédicas, transformación digital y fortalecimiento de modelos de atención más integrados y resolutivos.

5.3. Modernización de la infraestructura, dotación biomédica y TIC

En el diagnóstico se identificaron espacios físicos en mal estado, equipos obsoletos o una conexión a internet deficiente los cuales pueden convertirse en barreras invisibles y durísimas para una atención digna. Por eso, hemos puesto en marcha un ambicioso Plan Maestro de Inversiones (PMIDS 2026-2031) que transformará nuestras sedes. Vamos a reconstruir desde sus cimientos hospitales como el Geriátrico San Miguel, el Primitivo Iglesias o la IPS Terrón Colorado. Ampliaremos y adecuamos otros como el Carlos Holmes Trujillo y el Joaquín Paz Borrero.

Repararemos techos, cambiaremos pisos, modernizaremos redes eléctricas e hidrosanitarias en más de 120 puntos de atención, para que cada consultorio, cada sala de espera, cada camilla sea un lugar seguro y resolutivo en lo asistencial.

Esta modernización también implica tecnología médica de punta. Se renovarán nuestros equipos biomédicos: mamógrafos para detectar a tiempo el cáncer de seno, ecógrafos para seguir de cerca los embarazos, rayos X digitales para diagnósticos más rápidos, equipos odontológicos para devolver sonrisas. Y en el mundo digital, se dotará a nuestras sedes de redes robustas, equipos de cómputo actualizados, sistemas de seguridad informática que protejan la intimidad de los pacientes y la pertinencia cultural, y salas de telemedicina que acerquen a los diferentes especialistas a las comunidades más dispersas y distantes.

Asimismo, se requieren inversiones por más de $24.433 millones para reposición de equipos biomédicos, priorizando:

- Adquisición de equipos de diagnóstico por imagen (rayos X, mamógrafos, ecógrafos).
- Renovación de unidades odontológicas, autoclaves, cavitrones e instrumental quirúrgico.
- Dotación completa para nuevos servicios proyectados (quirófanos, hospitalización de salud mental, clínicas metabólicas, rehabilitación).

La dotación biomédica actual es funcional, pero con altos niveles de obsolescencia y dependencia de equipos en comodato. Se requiere un plan de renovación tecnológica gradual y priorizado, alineado con el fortalecimiento de la resolutividad, la ampliación de servicios y la garantía del derecho fundamental a la salud.

Actualización de la dotación biomédica

Con base en los proyectos registrados en el PMIDS 2026-2031 y en las iniciativas presentadas por las ESE, se evidencia un avance significativo en la formulación de proyectos de dotación biomédica para el período 2026-2031. Aunque persisten brechas de obsolescencia y dependencia de equipos en comodato, se han estructurado múltiples iniciativas que buscan reposición por obsolescencia, renovación tecnológica y equipamiento de nuevos servicios, con fuentes de financiación en proceso de definición, principalmente: fuente por definir y recursos propios).

Principales proyectos de dotación biomédica registrados:

- Red de Salud del Norte E.S.E.: Adquisición de un mamógrafo digital para la Clínica de la Mama en el Centro de Salud La Rivera, como parte del fortalecimiento de la detección temprana de cáncer de seno.

- Red de Salud del Oriente E.S.E.: Múltiples proyectos de dotación, entre los que destacan:

    - Dotación de equipos de radiación ionizante para imágenes diagnósticas (rayos X panorámico y equipos odontológicos) por $1.865 millones.
    - Equipos biomédicos para cirugía e internación pediátrica en el Hospital Carlos Holmes Trujillo por $4.594 millones.
    - Equipos de radiación no ionizante (ecógrafos) por $740 millones.
    - Dotación de reposición por obsolescencia para 16 IPS (equipos biomédicos y odontológicos) por $3.030 millones

- Red de Salud de Ladera E.S.E.: Iniciativa de dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico para el fortalecimiento de servicios en todas sus IPS, además de componentes de dotación incluidos en proyectos mixtos (Terron Colorado, Siloé

Quirúrgico, La Buitrera, Villa Carmelo, entre otros).

- Red de Salud del Centro E.S.E.: Se reporta un proyecto de dotación para todas las IPS (ya terminado), aunque con observaciones de ajuste en el nombre y componentes.

- Hospital Geriátrico San Miguel: La reposición total de la infraestructura incluirá la dotación biomédica completa para la nueva sede.

En el marco del proceso de reorganización y modernización de las Redes Sociales del Estado, el fortalecimiento de estos servicios diagnósticos permitirá mejorar la oportunidad en la atención, optimizar los tiempos de respuesta, disminuir barreras de acceso y fortalecer la continuidad del cuidado entre los diferentes niveles de atención. Asimismo, contribuirá a consolidar un modelo de red más articulado, resolutivo y orientado a las necesidades territoriales de la población.

5.4. Actualización de la infraestructura tecnológica (TICS).

En el diagnóstico tecnológico se identificó brechas significativas relacionadas con la obsolescencia del hardware, las limitaciones de conectividad, los riesgos en ciberseguridad y la insuficiente capacidad para la prestación de servicios de telemedicina, entre otros, como una estrategia de fortalecimiento se establece la formulación de proyectos TICS en el marco del PMIDS 2026 2031 que aborden las siguientes líneas:

- Renovación del parque computacional y servidores (inversión estimada en el diagnóstico: $10.578 millones).
- Adquisición, instalación, actualización y modernización de infraestructura tecnológica, sistemas de información, software, hardware, conectividad y seguridad informática.
- Modernización del cableado estructurado a categoría 6/6A y adquisición de switches administrables.
- Implementación de firewall corporativo, antivirus centralizado y sistemas de monitoreo de seguridad (SIEM).
- Automatización de respaldos e implementación de DRP en la nube.
- Equipamiento de salas de telemedicina en sedes estratégicas (urbanas y rurales).

Articular estas iniciativas con el componente de Tecnologías de Información y Comunicaciones del PMIDS, utilizando las opciones de intervención previstas (renovación tecnológica, equipamiento fijo, etc.) y gestionando fuentes de financiación adicionales (PGN, recursos de regalías, cooperación internacional).

Priorizar la conectividad en zonas rurales mediante proyectos de infraestructura de red

(fibra óptica, radioenlaces redundantes) y la implementación de plataformas de telesalud certificadas por el Ministerio de Salud.

La ausencia de estos proyectos en el plan maestro actual representa un riesgo para la transformación digital de la red pública y para el cumplimiento de las metas de telemedicina y continuidad del servicio establecidas en el Lineamiento PTRRMR 2026.

Ruta en la implementación de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica - IHCE
Desde la perspectiva de la planeación territorial en salud, Santiago de Cali ha iniciado un trabajo articulado con el Ministerio de Salud y Protección Social en la ruta de la implementación de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica -IHCE.

El proceso de interoperabilidad de historia clínica se inició en el año 2025 en los prestadores de mediana y alta complejidad con capacidades tecnológicas instaladas (Grupo 1) para captar la mayor densidad poblacional, mientras se gestionarán recursos con MinTIC y actores territoriales para ampliar conectividad, infraestructura y fortalecimiento institucional en IPS de los Grupos 2 y 3, encontrando en estas, las Empresas Sociales del Estado de baja complejidad e IPS que cuenten con Hospitalización, urgencias y consulta externa que cuente con servicio de medicina general; esta gobernanza territorial fortalecerá capacidades tecnológicas, conectividad, ciberseguridad y talento humano, potenciando la analítica de datos para la vigilancia epidemiológica y la gestión del riesgo permitiendo consolidar un ecosistema digital interoperable orientado a la equidad territorial, la atención primaria en salud y la toma de decisiones basada en evidencia.

Con base en esto, la estrategia territorial promoverá la articulación progresiva de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud mediante el uso del Resumen Digital de Atención (RDA) y estándares HL7 FHIR, garantizando continuidad asistencial, intercambio seguro de información y seguimiento oportuno de eventos en salud pública. Así, se podrá robustecer un ecosistema digital seguro enfocado en mitigar barreras de acceso, garantizar la continuidad asistencial y asegurar la equidad en salud pública en el territorio.

Lo anterior permitirá la orientación y consolidación de dicho proceso durante los próximos años como una estrategia estructural para disminuir inequidades y fortalecer la gestión integral del riesgo en salud. En coherencia con el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, el Plan Territorial de Salud y el ASIS 2025, y la priorización de las comunas y corregimientos con mayores barreras de acceso, alta carga de enfermedad y población vulnerable, especialmente en el oriente de la ciudad y zonas rurales.

5.5. Fortalecimiento del talento humano en salud y la cultura organizacional

Desde la Secretaría Distrital de Salud de Cali y en articulación con Ministerio de salud y

Protección Social, se avanza en la implementación del Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud (MIPG-THS), en cumplimiento de la Resolución 1444 y la Circular 011 de 2025, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025–2035, en la cual se establecen las obligaciones que deben ser atendidas por las Entidades Territoriales para fortalecer progresivamente, la formación y disponibilidad de profesionales de salud en todo el territorio nacional, que deberán incluir, dentro de otras estrategias: la conformación y operación de la Unidad de Gestión Estratégica del Talento Humano en Salud; el análisis de brechas del Talento Humano en Salud; la evaluación de disponibilidad, distribución, formación y condiciones laborales; integrar el Plan de Acción del THS con el Plan de Acción en Salud (PAS) e implementar el modelo de incentivos para atraer y retener talento humano en salud

El Plan de Acción de Talento Humano será integrado al Plan de Salud Territorial, para viabilizar la Unidad de Gestión Estratégica y un modelo de incentivos que garantice la retención, disponibilidad y mejores condiciones laborales para los profesionales, tecnólogos y técnicos que prestan sus servicios en forma directa y para quienes apoyan en lo administrativo, logístico, financiero y económico en el cumplimiento de sus misionalidades.

La red pública está integrada por las personas que la hacen posible: Médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, auxiliares, administrativos, vigilantes, aseadores, cada uno con sus habilidades, su conocimiento y su corazón contribuye al cuidado de los pacientes y sus entornos familiares. En tal sentido, invertir en talento humano es invertir en calidad y calidez. Para garantizar una atención humanizada, se diseñarán planes de formación continua para que nuestro personal se actualice en APS, salud mental, gestión clínica y telemedicina. Crearemos programas de bienestar laboral, estímulos y reconocimiento que valoren el esfuerzo y la entrega, y que hagan de nuestras E.S.E. lugares donde sea grato trabajar y crecer.

Además, fortaleceremos el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en todas las E.S.E. Se busca garantizar que nuestros trabajadores se sientan protegidos, valorados y seguros, con ambientes libres de riesgos y con una cultura preventiva que cuide su salud física y mental. Porque solo un equipo humano cuidado puede cuidar bien a los pacientes y demás personas.

6. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PTRRMR

El seguimiento al PTRRMR se encuentra alineado con su objetivo principal que es evaluar la transformación funcional de la red de prestación de servicios pública de cada territorio

y su impacto en la equidad territorial, la calidad de la atención y la resolutividad, es decir en el cumplimiento del Goce Efectivo del Derecho a la Salud, así, como el marco conceptual de redes que brinda la OPS, el proceso de seguimiento se enfoca en tres propósitos principales:

- Medir la implementación de los criterios determinantes del PTRRMR.
- Evaluar la capacidad institucional y técnica de la red pública de prestación de servicios de salud.
- Fortalecer la toma de decisiones territoriales basadas en evidencia.

6.1. Niveles de madurez

Los niveles de madurez del PTRRMR se establecen como una evaluación progresiva del grado de desarrollo, consolidación e integración funcional de la red pública de prestación de servicios de salud en cada territorio, lo que busca orientar a los territorios hacia un proceso gradual, ordenado y sostenible de fortalecimiento institucional, con base en el principio de mejora continua.

Por tal razón, cada nivel refleja una etapa de desarrollo en la implementación de la red de prestación pública a partir de la planeación inicial con la actualización del PTRRMR de cada territorio hasta lograr la consolidación de una red integral, articulada y resolutiva, por lo que su evaluación permitirá:

- Identificar la preparación de la red pública para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.
- Identificar cuál es la capacidad técnica, administrativa, financiera y clínica para responder a las necesidades del territorio.
- Identificar en qué áreas requiere fortalecimiento o asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Propender que una vez se realice la aprobación del documento, las Empresas Sociales del Estado realicen el ajuste del nombre de la sede en aquellas que cambian de tipología de Puesto a Centro, de Centro a Hospital. lo anterior teniendo en cuenta que esta afectación se debe realizar en todos los documentos de conformación y registro de la sede (escritura pública, cámara de comercio, REPS etc.)

Los niveles de madurez a tener en cuenta para evaluar la red de prestación de servicios se analizan con base en los criterios determinantes del PTRRMR, agrupados en las siguientes dimensiones:

- Estructural: existencia del PTRRMR aprobado, comités de red, diagnósticos y planeación articulada con PBIS y PMIDS.

- Funcional: coordinación funcional entre ESE, mecanismos de referencia y contrarreferencia, gestión clínica, participación y gobernanza territorial.

- De resultados: evidencias en equidad territorial, acceso efectivo, resolutividad, calidad y sostenibilidad financiera.

La Secretaría de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali, anualmente autoevaluará su red pública para identificar su nivel de madurez general permitiendo identificar prioridades técnicas y de inversión, definir líneas de apoyo necesario para fortalecer las capacidades del territorio, monitorear los avances territoriales y alinear la evaluación con los instrumentos de planeación distrital como el Plan Territorial de Salud, la Política de Talento Humano, entre otros. Siendo estas variables un insumo para la planeación financiera y operativa de la siguiente anualidad.

Estos niveles de madurez son un proceso de desarrollo progresivo que permitirá medir la capacidad del territorio para consolidar una red pública más integrada, resolutiva y equitativa.

6.2. Mecanismos de seguimiento y evaluación

El mecanismo de seguimiento y evaluación del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (PTRRMR) se realiza en el marco de un enfoque de mejora continua, por parte de la entidad territorial. Este proceso tiene como finalidad monitorear la implementación del programa, identificar brechas en la organización de la red pública de prestación de servicios en el Distrito de Santiago de Cali y orientar la toma de decisiones para el fortalecimiento progresivo del PTRRMR como instrumento estratégico de planificación y gestión territorial en salud.

En este sentido, el seguimiento y la evaluación incorporarán un enfoque de gestión de la calidad, bajo el enfoque de calidad del ciclo PHVA lo que permite estructurar un proceso continuo de gestión orientado a la mejora del desempeño de la red pública de prestación de servicios, a través de las siguientes etapas:

- Planear: Definir objetivos, metas, indicadores de gestión, resultado e impacto, de acuerdo con cada territorio, así como retomar las acciones estratégicas orientadas al fortalecimiento de la red pública.

- Hacer: Implementar las acciones, proyectos y estrategias definidas en el PTRRMR, incluyendo intervenciones relacionadas con la reorganización de servicios, fortalecimiento de la capacidad instalada, articulación de la red y desarrollo de estrategias de atención.

- Verificar: Realizar el monitoreo y análisis periódico de los indicadores de gestión,

resultado e impacto, con el fin de evaluar el avance en la implementación del programa y el desempeño de la red de prestación de servicios.

- Actuar: Implementar acciones de mejora, ajustes estratégicos o redefinición de intervenciones a partir de los resultados del seguimiento y la evaluación, garantizando la actualización permanente del PTRRMR y su pertinencia frente a las dinámicas territoriales.

La Secretaría de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali, conformará el comité de red, quien se encargará de realizar seguimiento semestral a los avances en la implementación del PTRRMR, y realizará la medición de los siguientes indicadores:

- Cumplimiento del cronograma anual de PTRRMR; Mide la planeación anual del PTRRMR frente a lo ejecutado.

- Porcentaje de ESE reorganizadas: Mide el cumplimiento del portafolio de servicios programado a actualizar de las ESE del Distrito de Santiago de Cali frente a lo ejecutado.

- Porcentaje de cumplimiento de inversiones de infraestructura y equipos: Controla la asignación y ejecución presupuestal destinada a la modernización de infraestructura y equipos.

Anualmente, la Subsecretaría de Protección de la Salud y Prestación de Servicios evaluará el grado de avance del PTRRMR, consolidando los resultados, hallazgos y recomendaciones que sirvan de insumo para la toma de decisiones estratégicas, rendición de cuentas y la eventual actualización del PTRRMR, de acuerdo con las necesidades territoriales y los criterios establecidos en el lineamiento para la formulación, actualización y ejecución del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE - PTRRMR.

El cronograma anual del PTRRMR y las fichas técnicas de los indicadores serán elaborados y remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los tres (3) meses siguientes a la viabilización del presente documento. Asimismo, los informes de seguimiento realizados por el Comité de Red y los resultados de las evaluaciones anuales serán enviados al Ministerio de Salud y Protección Social para su conocimiento y fines pertinentes.