



SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI Y PROPACÍFICO

# ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD (SAC) EN SALUD

## SERIE HISTÓRICA 2019–2025

*Informe técnico-analítico exhaustivo para tomadores de decisión. Barreras de acceso, riesgo por EAPB, enfoque territorial, perfil poblacional, casos de alto costo y recomendaciones de política.*

PERIODO ANALIZADO  
2019-2025

SOLICITUDES SERIE  
≥ 220.000

FUENTES CONSULTADAS  
13 informes oficiales

CALI – COLOMBIA

**ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
A LA COMUNIDAD (SAC) EN SALUD**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	5
<b>2.CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ALCANCE DEL SAC</b> .....	6
2.1 El SAC como mecanismo de garantía del derecho a la salud .....	6
2.2 Alcance del presente informe y fuentes de información .....	6
<b>3. SERIE HISTÓRICA DE LA GESTIÓN SAC, 2019–2025</b> .....	7
3.1 Cuadro comparativo anual: indicadores clave .....	7
3.2 Análisis de la evolución y puntos de inflexión .....	7
3.2.1 Fase de expansión (2020–2021): pandemia y auge de la demanda .....	7
3.2.2 Fase crítica (2022–2023): deterioro sistémico y pico histórico .....	7
3.2.3 Fase de recuperación (2024–2025): consolidación con persistencia estructural .....	8
<b>4. ANÁLISIS POR ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)</b> .....	8
4.1 Ranking de solicitudes y tasas normalizadas – 2025 .....	8
4.2 Análisis interpretativo por segmento de riesgo .....	9
4.2.1 Riesgo Muy Alto: Asmet Salud, Emssanar, Coosalud, Famisanar, Comfenalco, Nueva EPS, SOS .....	9
4.2.2 Ejemplos de Sura y Sanitas: bajo riesgo global, alta oportunidad .....	10
4.3 IPS con mayor concentración de barreras .....	10
<b>5. ENFOQUE TERRITORIAL: COMUNAS, BARRIOS Y ZONA RURAL</b> .....	11
5.1 Distribución por comunas – Top 10 (2025) .....	11
5.2 Análisis focalizado por comunas priorizadas .....	12
5.2.1 Comuna 13: la comuna más demandante de la serie .....	12
5.2.2 Comuna 15: Ciudad Córdoba y el Vallado como epicentros .....	12
5.2.3 Comunas 18 y 6: perfiles diferenciados .....	12
5.3 Zona rural: particularidades y brechas de acceso .....	12
<b>6. PERFIL POBLACIONAL Y ENFOQUES DIFERENCIALES</b> .....	13
6.1 Distribución por régimen de afiliación .....	13
6.2 Distribución por edad y género .....	14
6.3 Enfoques diferenciales: migrantes, LGBTIQ+ y pueblos étnicos .....	14
<b>7. CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS Y DIMENSIONES DE CALIDAD</b> .....	15
7.1 Motivos de barrera más frecuentes – 2025 9.2 Recursos financieros .....	15
7.2 Dimensiones de calidad: análisis matricial .....	16
7.3 Análisis causal y puntos de dolor estructurales .....	16

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>8. ANÁLISIS DE CASOS DE ALTO COSTO</b> .....	18
8.1 Composición y tendencias .....	18
8.2 Cáncer: el diagnóstico más crítico .....	19
<b>9. MECANISMOS JURÍDICOS: TUTELAS, PQRS Y HERRAMIENTAS DE EXIGIBILIDAD</b> .....	20
9.1 Evolución de tutelas gestionadas .....	20
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	20
10.1 Sobre la evolución sistémica .....	20
10.2 Sobre los actores del sistema .....	21
10.3 Sobre las barreras y la calidad .....	21
10.4 Sobre el territorio y la población .....	21
<b>11. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA TOMADORES DE DECISIÓN</b> .....	22
11.1 Nota sobre la articulación con ProPacífico .....	24
<b>ANEXO METODOLÓGICO</b> .....	25

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe consolida el análisis técnico-estratégico de la gestión del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali durante el período 2019–2025. Con base en trece fuentes documentales oficiales – incluyendo informes semestrales, trimestrales y anuales –, se reconstruye la serie histórica completa, se identifican tendencias estructurales, se caracterizan las barreras de acceso y se formulan recomendaciones de política para tomadores de decisión.

La serie histórica revela tres fases claramente diferenciadas. La primera (2019–2021) muestra crecimiento acelerado de la demanda, parcialmente explicado por el impacto de la pandemia por COVID-19, que generó un retroceso en indicadores de salud pública y un incremento exponencial de barreras de acceso. En este período, la efectividad del SAC alcanzó su máximo histórico (97% en el primer semestre de 2020 y 95% en 2021), lo que refleja la capacidad resolutoria del mecanismo en contextos de demanda contenida.

La segunda fase (2022–2023) se caracteriza por el deterioro simultáneo de varios indicadores clave: el volumen de solicitudes alcanzó su pico histórico (43.142 en 2023, un incremento del 34% respecto al año anterior), la efectividad cayó al 81% en 2022 –su nivel más bajo en toda la serie– y los traslados antes de control escalaron al 19%. Siete EAPB entraron simultáneamente en categoría de riesgo Alto en 2023, una situación sin precedentes en la serie. Este período coincide con la entrada en vigor de las competencias distritales de salud y la reforma sectorial, lo que añadió presión institucional al sistema.

La tercera fase (2024–2025) muestra una recuperación sostenida: el volumen de solicitudes cayó un 34% en 2024 y un 35,7%

adicional en 2025, mientras la efectividad se estabilizó en 87% y los traslados alcanzaron su mínimo histórico (11,2%). La estrategia EAPB in situ, implementada inicialmente como piloto en 2024, demostró una efectividad del 100% y se consolidó como mecanismo clave, alcanzando 7.557 atenciones adicionales en 2025.

A pesar de las tendencias favorables, persisten barreras estructurales. La dimensión de oportunidad concentra el 44% de todas las solicitudes, seguida de accesibilidad (27%) y continuidad (22%). Los motivos de barrera más frecuentes son la programación de cita médica con especialista (27%), la entrega de medicamentos (19%) y la programación de procedimientos (11%). Tres EAPB –Emssanar, Coosalud y Asmet Salud– concentran el 55% del total de solicitudes, con tasas por 10.000 afiliados que superan los 178 puntos, muy por encima del umbral de riesgo.

En el plano territorial, cuatro comunas (13, 15, 18 y 6) concentran casi el 25% de las barreras urbanas. El perfil poblacional evidencia una sobrerrepresentación de mujeres (60,4%) y del grupo 60 años y más (47,1% del total), lo que exige estrategias diferenciadas de respuesta. En materia de alto costo, el cáncer representa el 86% de las barreras en esta categoría, con implicaciones críticas para la continuidad terapéutica.

Las recomendaciones del informe se articulan en diez líneas de acción priorizadas, con énfasis en: la implementación de protocolos de respuesta en 72 horas para barreras de oportunidad; la expansión de la estrategia in situ a todas las EAPB en riesgo Muy Alto; la creación de un sistema de alertas tempranas para casos de alto costo con

énfasis en cáncer; la intervención focalizada en las cuatro comunas priorizadas; y el fortalecimiento de la gestión diferencial para población adulta mayor.

## 2. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ALCANCE DEL SAC

### 2.1 El SAC como mecanismo de garantía del derecho a la salud

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), enmarcado en la Defensoría del Paciente de la Secretaría de Salud de Cali, constituye el principal mecanismo institucional para la orientación, intermediación y seguimiento de solicitudes ciudadanas relacionadas con barreras de acceso a servicios de salud.

Su función no es meramente reactiva —recibir quejas y tramitar respuestas— sino que actúa como un dispositivo de inteligencia institucional, capaz de identificar tendencias, concentraciones territoriales y patrones de recurrencia que informan la gestión del sistema de salud.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el SAC opera como articulador entre la ciudadanía y los actores responsables del aseguramiento (EAPB) y la prestación (IPS), activando rutas de gestión diferenciadas: orientación al usuario, intermediación ante la entidad responsable y traslado a instancias externas cuando la solución local no es posible. Esta estructura tripartita le permite al SAC priorizar, escalar y documentar cada caso con trazabilidad institucional.

Desde 2022, con la adquisición de las competencias distritales en salud por parte de Santiago de Cali bajo la Ley 1933

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), enmarcado en la Defensoría del Paciente de la Secretaría de Salud de Cali, constituye el principal mecanismo institucional para la orientación, intermediación y seguimiento de solicitudes ciudadanas relacionadas con barreras de acceso a servicios de salud.

### 2.2 Alcance del presente informe y fuentes de información

El informe integra información proveniente de trece fuentes documentales oficiales: relatorías de mesas de salud de ProPacífico (nov. 2021 y dic. 2021), informes semestrales del SAC para los primeros semestres de 2020, 2021, 2022 y 2023; informes trimestrales (tercer trimestre 2022 y 2023); informes anuales de 2021, 2022, 2023 y el Informe General SAC 2025; el Informe de Gestión de la Secretaría de Salud vigencias 2020–2023 y 2024; y el documento institucional BP-26003041. Esta combinación de fuentes permite reconstruir la serie histórica con suficiente granularidad para identificar tendencias, estacionalidades y puntos de inflexión.

Es importante señalar que la comparabilidad entre períodos está condicionada por cambios metodológicos en la clasificación de solicitudes: hasta 2023, el SAC diferenciaba entre 'orientaciones' (baja complejidad, alta efectividad) y 'gestión' (casos con barrera real). A partir de 2024–2025, el informe integra también los casos atendidos mediante la estrategia in situ como canal paralelo. Estas diferencias metodológicas se explicitan en las tablas comparativas mediante notas al pie.

### 3. SERIE HISTÓRICA DE LA GESTIÓN SAC, 2019–2025

#### 3.1 Cuadro comparativo anual: indicadores clave

La tabla siguiente consolida los principales indicadores de gestión del SAC para el período 2019–2025. Las variaciones interanuales deben interpretarse con cautela en los extremos de la serie, donde la información disponible corresponde a semestres o trimestres y no al año completo.

Año	Total Solicitudes	Variación	Efectividad	Traslado	Oncológico /Cáncer	Salud Mental	Discapacidad	Tutelas
2019	N.D.	–	76%	N.D.	–	–	–	–
2020 1S	8.037	–	97%	N.D.	759	–	–	–
2021	29.815	+37%	95%	N.D.	1.746	351	–	N.D.
2022	32.173	+8%	81%	19%	2.340	653	2.648	2.944
2023	43.142	+34%	84%	15%	~2.300	707	2.835	N.D.
2024	28.647	-34%	87%	12,9%	N.D.	N.D.	N.D.	4.490
2025	18.424	-35,7%	87,1%	11,2%	~86% del AC	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: Elaboración propia con base en Informes SAC 2020–2025, Informes de Gestión Secretaría de Salud 2020–2023 y 2024, y reportajes ProPacífico 2021. 2020 = primer semestre. N.D. = no disponible en los documentos consultados. 2024: incluye estrategia EAPB in situ como canal complementario.

#### 3.2 Análisis de la evolución y puntos de inflexión

##### 3.2.1 Fase de expansión (2020–2021): pandemia y auge de la demanda

El año 2020 presentó una particularidad notable: la efectividad del SAC alcanzó el 97% en el primer semestre, su máximo histórico, a pesar del contexto de pandemia. Este resultado aparentemente contradictorio se explica porque la pandemia limitó inicialmente la presencia en territorio y redujo el volumen total de casos, lo que permitió una mayor concentración de recursos por caso. Sin embargo, la crisis sanitaria generó un retroceso generalizado en indicadores de salud pública –interrupciones de tratamientos, cancelación de citas programadas, restricciones de movilidad– que se tradujo en un incremento sostenido de la demanda durante 2021.

En 2021, el total de solicitudes registradas por la Defensoría del Pueblo ascendió a 29.815, un incremento del 37% respecto al año anterior. Los casos oncológicos casi se duplicaron (de 759 a 1.746, un +106%), evidenciando el impacto de la pandemia sobre la continuidad de los tratamientos de alto costo. Por primera vez aparece el registro sistemático de casos de salud mental (351 casos, con una efectividad alarmantemente baja del 47%), lo que anticipa una crisis que se confirmaría en los años siguientes.

##### 3.2.2 Fase crítica (2022–2023): deterioro sistémico y pico histórico

El período 2022–2023 representa la fase más crítica de la serie histórica. En 2022, la efectividad del SAC cayó al 81% –su nivel más bajo desde 2019– mientras los traslados

escalaron al 19%. Emssanar, con una efectividad individual del 61% y una tasa de 357,5 derechos de petición por cada 10.000 afiliados, se consolidó como la EAPB con mayor presión sistémica. El número de tutelas gestionadas por la Secretaría de Salud aumentó un 47% respecto al año anterior (2.944 en 2022), con Emssanar concentrando el 37% del total.

En 2023, la situación se agravó aún más: el volumen total alcanzó 43.142 solicitudes, el pico histórico de la serie. Por primera vez, siete EAPB simultáneas entraron en categoría de riesgo Alto (Asmet Salud con 598,5 pts., Emssanar con 420,6, SOS con 137,8, Coosalud con 117,5, Famisanar con 114,9, Nueva EPS con 91,6 y Comfenalco con 81,1), y ninguna EAPB permaneció en riesgo Bajo. Esta situación sin precedentes indica una falla sistémica transversal, no localizada en actores específicos. El hospital público más afectado fue el HUV, con 4.402 solicitudes asociadas (+194% respecto a 2022).

### **3.2.3 Fase de recuperación (2024–2025): consolidación con persistencia estructural**

A partir de 2024, los indicadores muestran una recuperación sostenida. La implementación de la estrategia EAPB in situ como piloto en el primer trimestre de 2024 generó resultados inmediatos: 1.706 atenciones adicionales con 100% de efectividad. La mayor parte de las EAPB pasó a riesgo Bajo, un fenómeno sin precedentes en la serie. Esta mejora se atribuye a la combinación de varios factores: la maduración de la estrategia in situ, el fortalecimiento de las mesas de balance con aseguradores, la consolidación del correo SAC como canal de trazabilidad y la implementación de mecanismos de seguimiento nominal de compromisos.

En 2025, el SAC consolidó 18.424 solicitudes con una efectividad del 87,1% y traslados del 11,2%, ambos favorables frente al histórico. Sin embargo, tres elementos merecen atención especial: primero, la persistencia de Emssanar, Asmet Salud y Coosalud en las primeras posiciones de tasa por 10.000 afiliados, con niveles que superan ampliamente los umbrales de riesgo; segundo, el mantenimiento de la dimensión de oportunidad como la barrera dominante (44%), lo que señala limitaciones estructurales en la capacidad instalada y los flujos de autorización del sistema; y tercero, la alta concentración de barreras de alto costo en cáncer (86%), con implicaciones críticas para la continuidad terapéutica.

## **4. ANÁLISIS POR ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)**

### **4.1 Ranking de solicitudes y tasas normalizadas — 2025**

El análisis por EAPB permite superar la limitación de los conteos absolutos, que favorecen a las entidades de mayor tamaño. La tasa de derechos de petición por cada 10.000 afiliados ofrece una medida normalizada que refleja la recurrencia relativa de barreras independientemente del volumen de aseguramiento. La siguiente tabla presenta el ranking completo para 2025, combinando indicadores de volumen, tasa, efectividad de respuesta y nivel de riesgo.

#	EAPB	Solicitudes	Afiliados	Tasa x10K	Efectividad Resp.	Riesgo Global	In situ
1	Asmet Salud	1.089	40.078	271,7	68,0%	Muy alto	213
2	Emssanar	8.937	393.661	227,0	95,1%	Muy alto	4.449
3	Coosalud	4.327	243.067	178,0	96,3%	Muy alto	2.131
4	Famisanar	130	9.017	144,2	44,6%	Muy alto	–
4	Comfenalco	2.315	197.232	117,4	86,9%	Muy alto	–
6	Nueva EPS	3.114	295.949	105,2	66,8%	Muy alto	–
7	SOS	2.673	259.295	103,1	88,1%	Muy alto	764
8	Mallanas	28	3.338	83,9	82,1%	Alto	–
9	Ferrocarriles	24	4.142	57,9	70,8%	Medio	–
10	Salud Total	819	195.251	42,0	90,1%	Medio	–
11	Sanitas	1.160	341.631	34,0	92,1%	Bajo	–
12	Sura	1.045	487.992	21,4	99,4%	Bajo	–

Fuente: Elaboración propia con base en Informe SAC 2025. Las tasas se calculan sobre datos de afiliación disponibles a diciembre de 2025. El riesgo global refleja la tasa de solicitudes x 10.000 afiliados; el riesgo de oportunidad refleja la tasa de peticiones con demora en respuesta.

## 4.2 Análisis interpretativo por segmento de riesgo

### 4.2.1 Riesgo Muy Alto: Asmet Salud, Emssanar, Coosalud, Famisanar, Comfenalco, Nueva EPS, SOS

El bloque de EAPB en riesgo Muy Alto (tasas superiores a 100 derechos de petición por cada 10.000 afiliados) concentra el 82% de todas las solicitudes del SAC en 2025. Este grupo ha permanecido relativamente estable en la serie histórica, lo que confirma que las barreras no son coyunturales sino estructurales.

Asmet Salud presenta la tasa más alta de toda la serie 2025 (271,7), a pesar de ser la EAPB de menor tamaño en el grupo (40.078 afiliados). Este resultado, combinado con una efectividad de respuesta del 68%, el tercer nivel más bajo del ranking, sugiere problemas estructurales severos en la capacidad de resolución interna. Emssanar,

por su parte, mantiene el mayor volumen absoluto (8.937 solicitudes, 34% del total) con una tasa de 227, combinando concentración de demanda con una efectividad de respuesta relativamente alta (95,1%), lo que indica que gestiona bien individualmente los casos pero genera una presión insostenible sobre el SAC por volumen.

Un hallazgo particularmente preocupante es Famisanar: con solo 130 solicitudes absolutas y una tasa de 144,2, tiene la efectividad de respuesta más baja de todo el ranking (44,6%). Esto indica que cuando los usuarios de Famisanar acuden al SAC, menos de la mitad reciben una respuesta efectiva en tiempo oportuno. Esta combinación –tasa alta, efectividad bajísima– la convierte en prioridad de intervención urgente a pesar de su bajo volumen.

#### 4.2.2 Ejemplos de Sura y Sanitas: bajo riesgo global, alta oportunidad

Un hallazgo analítico relevante es la posición de Sura y Sanitas: ambas presentan las tasas de solicitudes más bajas del sistema (21,4 y 34,0 respectivamente), lo que las ubica en categoría de Riesgo Bajo y ambas tienen tasas de oportunidad de respuesta en la categoría Muy Alto (99,4% y 92,1% respectivamente). Esto se explica porque, pocas personas de Sura y Sanitas acuden al SAC, y cuando lo hacen casi siempre recibieron una respuesta oportuna.

#### 4.3 IPS con mayor concentración de barreras

El análisis de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con mayor número de solicitudes asociadas revela concentraciones que requieren seguimiento priorizado. El Hospital Universitario del Valle (HUV) lidera el ranking con 1.010 casos (17,9% del total de IPS), una posición que ha mantenido consistentemente desde 2022.

#	IPS	Casos 2025	Participación	Tipo
1	Hospital Universitario del Valle (HUV) ESE	1.010	17,9%	Pública alta complejidad
2	Colsubsidio	369	6,6%	Privada
3	Instituto Ocular de Occidente	288	5,1%	Privada especializada
4	Hospital San Juan de Dios	278	4,9%	Pública
5	Hospital Isaías Duarte Cancino ESE	268	4,8%	Pública (ESE Suroriente)
6	IPS Audifarma	244	4,3%	Dispensación medicamentos
7	IPS Genhosp SAS	220	3,9%	Privada
8	Instituto de Diagnóstico Médico IDIME	185	3,3%	Diagnóstico
9	Clínica de Occidente	180	3,2%	Privada
10	Clínica Nuestra	143	2,5%	Privada

*Fuente: Elaboración propia con base en Informe SAC 2025 (Top 30 IPS). Se presenta el top 10. La participación de IPS de dispensación (Audifarma, Medisfarma) confirma que la cadena de medicamentos es un frente crítico de barreras*

La presencia persistente del HUV en el primer lugar del ranking de IPS se explica por su rol como centro de referencia de alta complejidad para todo el suroccidente colombiano, lo que concentra demanda de servicios especializados que con frecuencia enfrentan demoras de autorización, cupos y programación. La aparición de IPS de dispensación de medicamentos (Audifarma, Medisfarma) entre el top 10 confirma que la cadena de suministro farmacéutico es un frente crítico de barreras, particularmente para pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamiento continuo.

## 5. ENFOQUE TERRITORIAL: COMUNAS, BARRIOS Y ZONA RURAL

### 5.1 Distribución por comunas – Top 10 (2025)

El análisis territorial es fundamental para la focalización de acciones institucionales. Las barreras de acceso no se distribuyen homogéneamente en el territorio de Cali: se concentran en comunas específicas con características socioeconómicas, demográficas y de oferta sanitaria que las hace más vulnerables. La siguiente tabla presenta las diez comunas con mayor volumen de solicitudes en 2025, incorporando información sobre barrios prioritarios, EPS líder y comparación con 2023.

#	Comuna	Casos 2025	% del total	Barrio principal	EPS líder	Perfil etario dominante	Comparación 2023
1	13 (Aguablanca)	1.389	8,2%	Marroquín III (311)	Emssanar 33%	Mujeres 45-79 años	4.397 (-68%)
2	15 (Aguablanca)	1.121	6,6%	Ciudad Córdoba (352)	Emssanar 35%	Mujeres 60+ (41%)	3.372 (-67%)
3	18 (Ladera/sur)	875	5,2%	Meléndez (228)	Emssanar 27%	Mujeres 45+ (64%)	N.D.
4	6 (Norte/Floralia)	859	5,1%	Ciudadela Floralia (228)	Emssanar 27%	Hombres y Mujeres 60+ (73%)	1.863 (-54%)
5	16 (Oriente)	832	4,9%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
6	21 (Ciudad Córdoba)	820	4,8%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
7	14 (Oriente)	817	4,8%	N.D.	N.D.	N.D.	2.870 (-72%)
8	10 (Buenaventura)	780	4,6%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
9	11 (Centro-norte)	777	4,6%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
10	19 (Sur)	699	4,1%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: Elaboración propia con base en Informe SAC 2025 y datos históricos 2023. N.D. = no disponible con el nivel de detalle requerido en los informes consultados. La reducción porcentual 2023-2025 refleja tanto la mejora en resolución como el efecto de la estrategia in situ.

## 5.2 Análisis focalizado por comunas prioritizadas

### 5.2.1 Comuna 13: la comuna más demandante de la serie

La Comuna 13, ubicada en el nororiente de Cali (Aguablanca), ha encabezado el ranking de solicitudes en todos los períodos con datos disponibles. En 2025 registró 1.389 casos, y en 2023 había alcanzado 4.397. La concentración territorial interna es marcada: solo cuatro barrios (Marroquín III con 311 casos, El Poblado I con 161, El Vergel con 150 y El Poblado II con 129) acumulan el 54% de las barreras de la comuna. El perfil demográfico muestra una predominancia femenina (59,7%) con concentración en el grupo 45 años y más (62,4% del total). Emssanar concentra el 33% de las solicitudes de la comuna, seguida por Nueva EPS (13,3%) y Coosalud (12,6%).

Esta configuración —alta concentración territorial en pocos barrios, perfil de adultez mayor y una sola EAPB dominante— permite diseñar una intervención muy focalizada: jornadas in situ en Marroquín III y El Poblado, articulación directa con Emssanar para rutas preferenciales de adultos mayores, y seguimiento nominal de pacientes crónicos de las ESE del oriente.

### 5.2.2 Comuna 15: Ciudad Córdoba y el Vallado como epicentros

La Comuna 15 registró 1.121 solicitudes en 2025. Cuatro barrios concentran el 81% de los casos: Ciudad Córdoba (352), Comuneros I (202), Mojica (182) y El Vallado (173). El perfil etario es aún más envejecido que en la Comuna 13: el 41,2% de las solicitudes proviene de personas de 60 años y más, y el 62,5% del grupo 45 y más. Las mujeres representan el 63,3% del total. Las EPS con mayor participación son Emssanar (35,4%), Nueva EPS (13,1%) y SOS/Coosalud (ambas con 11,3%).

### 5.2.3 Comunas 18 y 6: perfiles diferenciados

La Comuna 18 (sur de Cali, sectores Meléndez, Alto Nápoles, Prados del Sur) presenta un patrón similar al de las comunas 13 y 15 en términos etarios (45+ concentra el 63,7%), pero con una particularidad: tiene un componente masculino joven más visible (hombres 15-29 años con 60 casos, posiblemente asociado a economía informal y exposición laboral). El barrio Meléndez concentra el 26% de las barreras de la comuna. En la Comuna 6 (norte, Ciudadela Floralia), la distribución de género es casi equilibrada (hombres 51,7%, mujeres 48,3%), con una concentración extrema en el barrio Ciudadela Floralia-Comfenalco (214 casos, el 25% de la comuna).

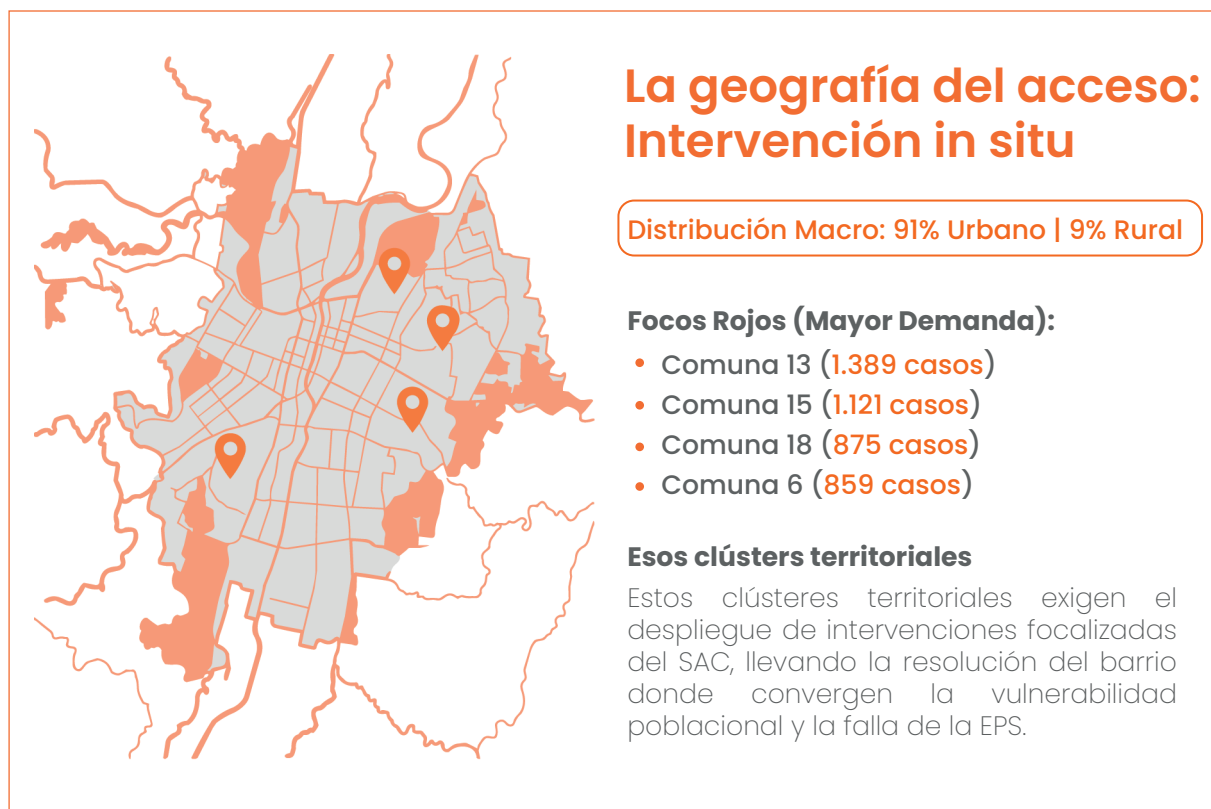
### 5.3 Zona rural: particularidades y brechas de acceso

La zona rural representa el 9% de las solicitudes totales (aproximadamente 1.658 casos en 2025). Aunque este porcentaje puede parecer bajo, debe interpretarse como probable subestimación: las barreras geográficas, de conectividad y de conocimiento institucional del SAC reducen el reporte en territorios rurales, lo que no implica ausencia de barreras sino menor capacidad de canalización.

Los tres corregimientos con mayor concentración de casos son Navarro (128), La Elvira (101) y La Castilla (85), que en conjunto acumulan el 19,6% de todas las solicitudes rurales. Emssanar lidera también en la zona rural (23,7%), seguida por Coosalud (15,5%) y Comfenalco Valle (13,1%). Las barreras en zona rural tienen un perfil específico: a las demoras en autorización y citas se suman las dificultades de transporte, la escasez de especialistas y las limitaciones en la oferta de IPS complementarias en los corregimientos.

### Punto de dolor crítico — Zona rural

La baja tasa de reporte rural no debe interpretarse como ausencia de barreras. La experiencia de campo de ProPacífico y los datos de los informes de gestión 2020–2024 muestran que la mortalidad materna, la desnutrición infantil y el acceso a especialistas son problemáticas significativas en los corregimientos. El SAC debe desarrollar una estrategia específica de presencia rural —jornadas periódicas, articulación con líderes comunitarios y canales de reporte accesibles— para visibilizar estas barreras.



## 6. PERFIL POBLACIONAL Y ENFOQUES DIFERENCIALES

### 6.1 Distribución por régimen de afiliación

En 2025, el régimen contributivo concentró ligeramente más solicitudes (9.406 casos) que el subsidiado (8.792), con una diferencia de solo el 7%. Esta proximidad es un hallazgo relevante: confirma que las barreras de acceso no son exclusivas de la población vulnerable, sino que afectan transversalmente a cotizantes del sistema. Sin embargo, el tipo de barrera difiere por régimen: en el subsidiado predominan las barreras de acceso inicial y accesibilidad (relacionadas con mayor vulnerabilidad socioeconómica y menor capacidad resolutoria de la red), mientras que en el contributivo predominan las demoras en citas especializadas, autorizaciones y continuidad de tratamientos.

## 6.2 Distribución por edad y género

La distribución por edad confirma que el SAC atiende principalmente necesidades de adultos y adultos mayores: el grupo de 60 años y más concentra el 47,1% de todas las solicitudes (8.680 casos), y el grupo 29–59 años aporta el 35,5% (6.543 casos). Juntos, estos dos grupos representan el 82,6% del total, lo que refleja la mayor demanda de servicios asociada a enfermedades crónicas, controles especializados, medicamentos de uso continuo y procedimientos electivos.

En el grupo 60+, las mujeres concentran el 59,9% de los casos (5.200 vs. 3.480 hombres). Esta brecha de género, consistente a lo largo de toda la serie histórica, tiene múltiples explicaciones: mayor esperanza de vida femenina, mayor carga de cuidado (que lleva a las mujeres a gestionar no solo su propia atención sino la de familiares dependientes), y posiblemente una mayor disposición a utilizar canales institucionales formales de reclamación. El diseño de estrategias de atención diferencial debe incorporar esta realidad.

El grupo de 0 a 17 años suma 2.092 casos (11,4% del total), con mayor participación masculina en los rangos 0–9 años, lo que sugiere barreras específicas asociadas a la atención pediátrica: controles de crecimiento y desarrollo, vacunación complementaria, autorizaciones y disponibilidad de pediatras.

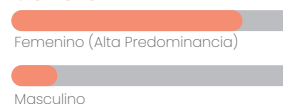
### El rostro de la barrera: Un enfoque diferencial

#### La barrera de acceso no es abstracta. Tiene rostro de mujer y de adulto

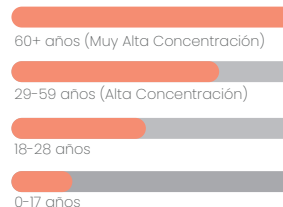
Alta concentración de casos en población de 60+ años y en el rango de 29-59 años, con una predominancia femenina marcada en todos los estratos.

Estas barreras golpean con mayor crudeza a quienes carecen de movilidad, dependen de controles crónicos ininterrumpidos y fungen como cuidadoras. La burocracia actúa como un agravante directo de controles crónicos ininterrumpidos y fungen como cuidadoras. La burocracia actúa como un agravante directo de la vulnerabilidad.

#### Género



#### Edad



## 6.3 Enfoques diferenciales: migrantes, LGBTIQ+ y pueblos étnicos

El informe de 2025 registra 157 casos con autorreconocimiento bisexual y 18 homosexual, frente a 11.925 heterosexuales. Esta distribución evidencia un probable subregistro significativo de la variable de autorreconocimiento, que no debe interpretarse como una distribución real de la orientación sexual de los usuarios sino como un déficit de captura de la información. Este subregistro impide identificar barreras específicas asociadas a la orientación sexual e

identidad de género, como el estigma, el trato discriminatorio o la ausencia de rutas específicas para personas LGBTQ+.

En materia de atención a migrantes, el informe de gestión 2024 registra 14.966 atenciones en salud a 10.500 migrantes irregulares, cumpliendo el 100% de la meta establecida. El proyecto BP26005071 garantiza la auditoría y conciliación de cuentas de IPS que atienden esta población. Sin embargo, el análisis de las mesas de salud de 2021 evidencia que las barreras de acceso para migrantes van más allá de la urgencia: la regularización, la afiliación al SGSSS y el acceso a atención especializada siguen siendo desafíos no resueltos para una parte significativa de la población migrante venezolana.

## 7. CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS Y DIMENSIONES DE CALIDAD

### 7.1 Motivos de barrera más frecuentes — 2025

La caracterización de los motivos de barrera permite identificar con precisión los 'nudos críticos' del sistema y orientar acciones focalizadas. En 2025, los diez motivos más frecuentes concentraron aproximadamente el 80% del total de solicitudes:

- Programación de cita médica con especialista: 27% del total. Es el motivo dominante en toda la serie histórica. Refleja la insuficiencia estructural de oferta especializada y los cuellos de botella en agendamiento.
- Entrega de medicamentos: 19%. Las IPS de dispensación (Audifarma, Medisfarma) aparecen sistemáticamente entre las más mencionadas. Las interrupciones en la cadena de suministro afectan especialmente a pacientes crónicos y de alto costo.
- Programación de procedimientos: 11%. Cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos con largas listas de espera.
- Remisión-cupo: 6%. Problemas en la referencia entre IPS y entre niveles de atención, especialmente de primario a especialidad.
- Programación de imágenes diagnósticas: 6%. Ecografías, tomografías, resonancias. Insuficiencia de oferta complementaria.
- Autorización de cita con especialista: 6%. Distinción relevante con la programación: aquí el usuario ya tiene la orden médica pero la EAPB no autoriza oportunamente.
- Entrega de insumos: 4%. Pañales, sillas de ruedas, insumos para ostomías. Afecta particularmente a personas con discapacidad.
- Autorización de cirugía: 3%. Procedimientos electivos con demoras en autorización.

- Autorización de procedimientos: 3%. Similar a la cirugía, pero para procedimientos ambulatorios.
- Cita con médico general: 2%. Aunque es el nivel primario, también presenta demoras, especialmente en zonas con baja densidad de IPS primarias.

### 7.2 Dimensiones de calidad: análisis matricial

La clasificación de las solicitudes según las dimensiones del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGCS) permite una lectura analítica más profunda que el simple conteo de motivos. La siguiente tabla cruza las dimensiones con los datos disponibles de la serie histórica para identificar tendencias y prioridades.

Dimensión de calidad	Part. 2025	Part. 2023	Barreras específicas más frecuentes	Población más afectada	Acciones prioritarias
<b>Oportunidad</b>	44%	63% (motivo 1º)	Cita especialista (27%), procedimientos (11%), imágenes (6%), autorizaciones (6%)	Adultos 45+ con enf. crónicas; subsidiado	Acuerdos de agenda con EAPB top 7; alertas tempranas por demora; seguimiento nominal de citas
<b>Accesibilidad</b>	27%	33% (2021)	Remisión-cupo (6%), autorizaciones cirugía (3%), barreras administrativas	Migrantes irregulares; habitante de calle; comunas 13, 15, 18	Estrategia in situ expandida; orientación en territorio; simplificación de trámites
<b>Continuidad</b>	22%	N.D.	Interrupción tratamientos, cambio IPS sin articulación, referencia/contrarreferencia fallida	Pacientes crónico (HTA, DM, cáncer); adultos mayores	Seguimiento reforzado cohortes; coordinación ESE-EPS; rutas de contrarreferencia
<b>Pertinencia</b>	4%	N.D.	Atención no pertinente, prescripciones inadecuadas	N.D.	Asistencia técnica a IPS; auditorías de calidad
<b>Seguridad del paciente</b>	1%	N.D.	Eventos adversos, condiciones de habilitación	N.D.	Visitas IVC; protocolo de reporte SAC
<b>Satisfacción</b>	0,5%	N.D.	Trato, humanización	Diversidades; LGBTIQ+	Formación en trato diferencial; encuestas de experiencia

*Fuente: Elaboración propia con base en Informes SAC 2021–2025. Los porcentajes de 2025 provienen del Informe General SAC 2025. Los datos históricos de 2021 corresponden a los atributos de calidad registrados en el primer semestre*

### 7.3 Análisis causal y puntos de dolor estructurales

El análisis de las barreras permite identificar cuatro puntos de dolor estructurales que se repiten consistentemente a lo largo de la serie histórica y que requieren respuestas sistémicas, no solo individuales:

- **Punto de dolor 1: La brecha entre aseguramiento y acceso efectivo**

Cali tiene una cobertura de afiliación al SGSSS del 106% (2024), pero el volumen persistente de solicitudes al SAC evidencia que la afiliación formal no garantiza el acceso efectivo. El grueso de las barreras se concentra en la 'última milla' del sistema: la autorización de servicios, el agendamiento de citas especializadas y la dispensación de medicamentos. Este fenómeno, conocido en la literatura como 'aseguramiento sin acceso', tiene causas múltiples: insuficiencia de oferta especializada, procesos de autorización complejos, incentivos inadecuados en los contratos entre EAPB e IPS, y limitaciones de capacidad instalada en la red pública.

- **Punto de dolor 2: La concentración del riesgo en EAPB del régimen subsidiado**

Emssanar, Coosalud y Asmet Salud —las tres EAPB con mayor concentración de solicitudes— atienden predominantemente población del régimen subsidiado, la más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico. Esta coincidencia entre régimen subsidiado y alta tasa de barreras no es casual: el financiamiento per cápita del régimen subsidiado históricamente ha sido menor que el contributivo, lo que limita la red de prestadores que las EAPB pueden contratar y la capacidad de respuesta ante la demanda. La reforma al sistema de salud propuesta en 2024 (Proyecto de Ley 312/2024) tiene implicaciones directas sobre este punto, pero su implementación enfrenta incertidumbre fiscal y operativa que el SAC debe monitorear de cerca.

- **Punto de dolor 3: La fragmentación de la red pública de alta complejidad**

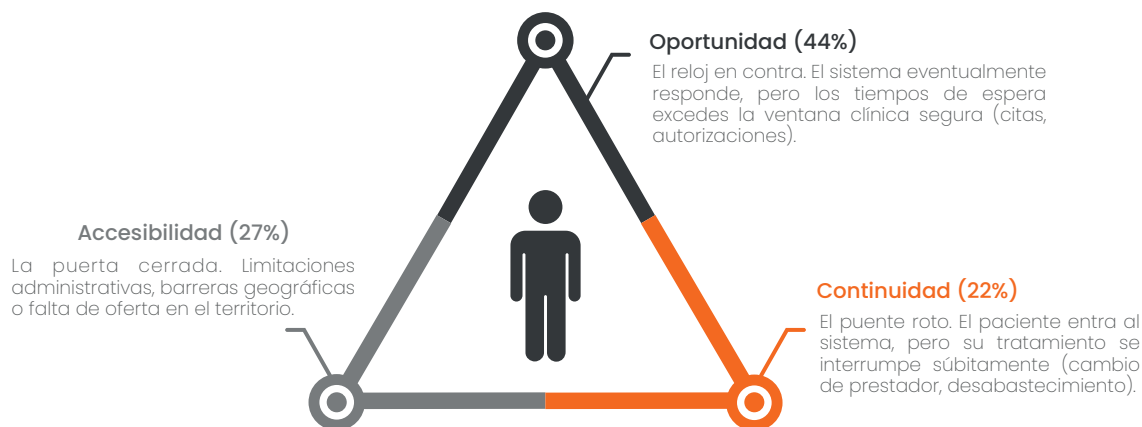
El HUV, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Isaías Duarte Cancino concentran de manera sostenida las primeras posiciones del ranking de IPS con más barreras. Estos tres hospitales son la columna vertebral de la red pública de alta complejidad de Cali y la región. Su desbordamiento —evidenciado en el aumento del 194% en solicitudes del HUV entre 2021 y 2022— refleja tanto la insuficiencia de oferta como la concentración de la demanda de pacientes sin capacidad de pago o con diagnósticos de alta complejidad. Las inversiones en infraestructura gestionadas durante el cuatrienio 2020–2024 (más de \$47.600 millones para mejoramiento de ESE) son necesarias pero insuficientes si no van acompañadas de fortalecimiento de la oferta especializada y mejora de procesos de referencia y contrarreferencia.

- **Punto de dolor 4: La debilidad de la continuidad para pacientes crónicos y de alto costo**

El 22% de las solicitudes en 2025 se clasifican en la dimensión de continuidad, lo que incluye interrupciones en tratamientos, cambios de prestador sin articulación efectiva y fallas en referencia/contrarreferencia. Para pacientes con enfermedades crónicas —diabetes, hipertensión, hipotiroidismo— o de alto costo —cáncer, VIH, artritis reumatoide— estas interrupciones no son simples molestias administrativas: tienen consecuencias clínicas directas, incluyendo deterioro del estado de salud, hospitalización evitable y potencial mortalidad prematura. La debilidad de los sistemas de seguimiento nominal de pacientes crónicos y la ausencia de cohortes integradas de seguimiento son brechas críticas que el SAC puede ayudar a visibilizar y medir.

## El Ecosistema de la Barrera (Dimensiones de Calidad)

El 93% de las fallas del sistema atrapan al usuario en uno de estos tres vértices:

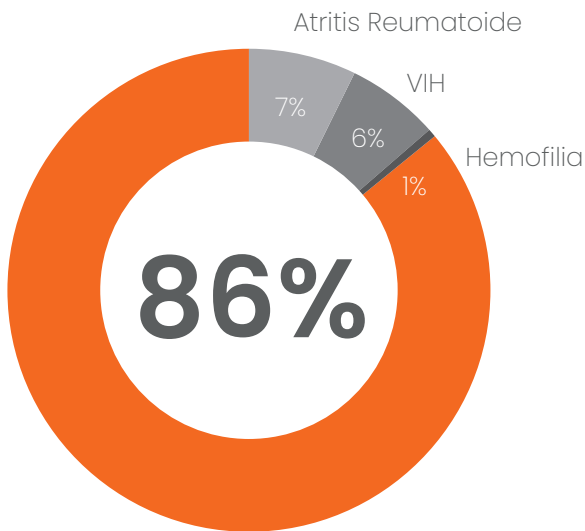


## 8. ANÁLISIS DE CASOS DE ALTO COSTO

### 8.1 Composición y tendencias

Los casos de alto costo representan una prioridad institucional por su combinación de alto impacto clínico y alto riesgo de vulneración del derecho a la salud en caso de interrupción o demora. En 2025, el 86% de las barreras de alto costo reportadas al SAC corresponde a cáncer, seguido por artritis reumatoide (7%), VIH (6%) y hemofilia (1%). Esta distribución es consistente con el perfil epidemiológico de la ciudad: Cali tiene una de las tasas de mortalidad por cáncer de mama más elevadas del país (18,43 por 100.000 hab. en 2024, con un incremento del 8,4% respecto a 2023), y el cáncer representa históricamente la causa más frecuente de tutelas en salud.

Los diagnósticos crónicos de mayor frecuencia en las solicitudes de alto costo son la hipertensión arterial (con pico en mujeres 80+ y hombres 65–74 años) y la diabetes (con distribución similar). Aunque no clasificados técnicamente como 'alto costo', estos diagnósticos generan una presión sostenida sobre el SAC debido a la alta prevalencia, la necesidad de controles periódicos y la dependencia de medicamentos de uso continuo. El hipotiroidismo presenta una distribución marcadamente femenina (3:1 respecto a hombres), especialmente en el rango 65–79 años.



## El Cáncer eclipsa el panorama del Alto Costo

**El 86% de todas las solicitudes ingresadas al SAC por barreras en enfermedades de alto costo corresponden a pacientes oncológicos.**

El cáncer opera como el indicador más sensible de todo el sistema de salud en Cali. Cuando la dimensión de "Oportunidad" falla, el impacto es inmediato y catastrófico en esta cohorte poblacional.

### 8.2 Cáncer: el diagnóstico más crítico

La concentración del 86% de las barreras de alto costo en cáncer refleja la complejidad de las rutas de atención oncológica: confirmación diagnóstica (biopsias, patología, imágenes), estadificación (TAC, PET-scan, RMN), tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía), seguimiento y medicamentos de alto costo (biológicos, inmunoterapias). Cada etapa de esta ruta implica múltiples autorizaciones, referencias y coordinaciones entre diferentes actores del sistema, cualquiera de las cuales puede generar una barrera.

La tasa de mortalidad por tumor maligno de mama (18,43 por 100.000 en 2024) y la prevalencia de solicitudes oncológicas a lo largo de la serie (759 en 2020 IS, 1.746 en 2021, 2.340 en 2022, con pico histórico) evidencian que la mortalidad prematura por cáncer sigue siendo un problema de salud pública con correlato directo en las

barreras de acceso identificadas por el SAC. La articulación con el programa City Cancer Challenge y el trabajo de ProPacífico en este ámbito son oportunidades estratégicas para reducir las brechas identificadas.

### Oportunidad estratégica — Cáncer y cooperación internacional

El trabajo de ProPacífico con la Secretaría de Salud en los programas de detección temprana de cáncer de mama, cérvix e infantil, articulado con City Cancer Challenge y la alianza con la Universidad del Valle y universidades internacionales, ofrece una plataforma única para implementar el sistema de alertas tempranas recomendado en este informe. Los datos del SAC sobre barreras oncológicas pueden retroalimentar directamente los protocolos de seguimiento del programa, cerrando el ciclo entre vigilancia epidemiológica, gestión de acceso y resultados en salud.

## 9. MECANISMOS JURÍDICOS: TUTELAS, PQRS Y HERRAMIENTAS DE EXIGIBILIDAD

### 9.1 Evolución de tutelas gestionadas

Las acciones de tutela constituyen el mecanismo de exigibilidad más directo del derecho a la salud y su evolución es un indicador sensible del estado del sistema. En 2022, la Secretaría de Salud gestionó 2.944 tutelas, un incremento del 47% respecto a 2021, con Emssanar concentrando el 37% del total (1.075 tutelas). En 2024, el volumen ascendió a 4.490 tutelas, con una tasa de restitución del derecho del 85% (3.815 casos). De septiembre a diciembre de 2024, el SAC gestionó 1.359 tutelas con 1.650 sentencias que restituían el derecho y 176 que no lo hacían.

Esta escalada de tutelas, que acompaña el pico de solicitudes de 2023 y persiste en 2024, evidencia que los mecanismos ordinarios del SAC no logran contener toda la presión sobre el sistema: cuando el SAC no resuelve o traslada, una parte significativa de los usuarios recurre directamente a los jueces. La reducción de tutelas debe ser por tanto un objetivo paralelo al de la reducción de traslados: si el SAC resuelve más y mejor, el recurso judicial se hace menos necesario.

El volumen de demandas contra la Secretaría de Salud también ha sido un indicador de alerta: 69 demandas activas registradas en 2022, cifra que debería monitorearse de forma continuada en años siguientes como indicador de presión jurídico-institucional.

## 10. CONCLUSIONES

El análisis de la serie histórica 2019–2025 del SAC de la Secretaría de Salud de Cali permite formular las siguientes conclusiones, ordenadas por su relevancia para la toma de decisiones:

### 10.1 Sobre la evolución sistémica

1. El SAC ha transitado de ser una ventanilla de recepción de quejas a convertirse en un mecanismo institucional de inteligencia para la gestión del sistema de salud. La calidad analítica de los informes ha mejorado sustancialmente entre 2020 y 2025, incorporando tasas normalizadas, análisis territorial detallado, enfoque diferencial y lectura gerencial de causas y efectos.
2. La recuperación de 2024–2025 es real pero frágil. La caída del 35,7% en el volumen de solicitudes y el máximo histórico de efectividad (87,1%) son logros significativos, pero persisten barreras estructurales que no desaparecen con la mejora de los indicadores de gestión del SAC. La reducción del volumen puede reflejar tanto una mejora real en el acceso como una saturación de la demanda o cambios metodológicos en la clasificación de solicitudes.

3. El año 2022 fue el más crítico de la serie histórica en términos de efectividad (81%), traslados (19%) y carga jurídica (2.944 tutelas). La convergencia de múltiples EAPB en riesgo ALTO simultáneamente y el pico de tutelas configuran una crisis sistémica cuyas causas estructurales (insuficiencia de oferta especializada, contratos inadecuados entre EAPB e IPS, debilidad de la red pública) no han sido plenamente resueltas.

## 10.2 Sobre los actores del sistema

4. Emssanar es el actor individual con mayor impacto sobre el SAC en toda la serie. Su participación —que ha oscilado entre el 30% y el 59% del total de solicitudes en sus peores momentos— y su tendencia persistente de permanencia en categorías de alto riesgo desde 2021 hasta 2025 señalan la necesidad de un plan de mejora estructural y no solo coyuntural, con seguimiento trimestral, compromisos verificables y articulación con la Superintendencia de Salud.
5. Asmet Salud es la EAPB con la mayor tasa normalizada en 2025 (271,7 por 10.000 afiliados) y una efectividad de respuesta del 68%. Este perfil —alta tasa relativa más baja efectividad— la convierte en la entidad de mayor riesgo per cápita del sistema, a pesar de su bajo volumen absoluto. Famisanar presenta el mismo patrón con la efectividad más baja de todo el ranking (44,6%).
6. El HUV, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Isaías Duarte Cancino han concentrado sistemáticamente las primeras posiciones del ranking de IPS con barreras desde 2022. Su desbordamiento no puede resolverse exclusivamente desde el SAC; requiere inversión en oferta especializada, fortalecimiento del primer nivel de atención y mejora de los flujos de referencia y contrarreferencia.

## 10.3 Sobre las barreras y la calidad

7. La dimensión de oportunidad (44% del total en 2025) es la barrera dominante del sistema y ha mantenido su primer lugar en toda la serie disponible. La cita con especialista (27%), la entrega de medicamentos (19%) y los procedimientos (11%) son los tres nudos críticos más frecuentes. Ninguna estrategia de mejora del SAC puede ser efectiva si no ataca directamente estas causas raíz.
8. La continuidad (22%) es la dimensión más silenciosa pero potencialmente más grave: las interrupciones de tratamiento en pacientes crónicos y de alto costo —especialmente cáncer— tienen consecuencias clínicas directas que el SAC solo puede visibilizar pero no resolver sin la articulación activa de EAPB, IPS y Secretaría de Salud.

## 10.4 Sobre el territorio y la población

9. Las comunas 13, 15, 18 y 6 concentran el 24,9% de todas las barreras urbanas de 2025 y han mantenido esta posición a lo largo de toda la serie histórica. Sus características demográficas (alta proporción de adultos mayores, mujeres en edades medias y mayores, concentración del régimen subsidiado) requieren estrategias permanentes de presencia institucional y no solo intervenciones puntuales.

- 10. La población de 60 años y más (47,1% del total en 2025) y las mujeres (60,4%) son los grupos más representados en el SAC en toda la serie. El diseño de estrategias sin enfoque diferencial de ciclo vital y género reproduce las inequidades que el sistema debería reducir.
- 11. La zona rural (9% de las solicitudes en 2025) presenta probables niveles de subregistro significativos. Los corregimientos de Navarro, La Elvira y La Castilla deben ser priorizados para la expansión de la estrategia in situ y la articulación con líderes comunitarios.

## 11. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA TOMADORES DE DECISIÓN

Las siguientes diez recomendaciones se formulan a partir de la evidencia analítica del presente informe y se presentan en orden de prioridad. Para cada una se indica el alcance de la acción, los actores clave, el plazo estimado de implementación y un indicador de seguimiento que permita monitorear el avance. Las recomendaciones de prioridad Alta requieren decisiones ejecutivas inmediatas; las de prioridad Media, planificación e implementación en el corto y mediano plazo.

#	Recomendación	Descripción y justificación	Actores clave	Plazo	Indicador de seguimiento
R1	<b>Protocolo de respuesta en 72h para barreras de oportunidad</b>	La dimensión de oportunidad (44% del total) concentra la mayor presión sobre el SAC. Un protocolo interinstitucional con EAPB para respuesta máxima en 72h reduciría escalamientos y recurrencia. El piloto in situ en 2024 con 100% de efectividad valida la estrategia.	Secretaría de Salud, EAPB top 7, SAC	Inmediato (0-3 meses)	% solicitudes de oportunidad resueltas en ≤72h; reducción de traslados por esta causa
R2	<b>Expansión de la estrategia EAPB in situ a todo el año y a todas las EAPB en riesgo Muy Alto</b>	En 2024 (piloto feb-mar) y 2025 la estrategia in situ generó 7.557 atenciones con 100% de efectividad. Su extensión a las 7 EAPB en riesgo Muy Alto durante todo el año tendría impacto directo en comunas 13, 15 y 18.	EAPB: Asmet, Emssanar, Coosalud, Nueva EPS, Comfenalco, SOS, Famisanar	Corto plazo (3-6 meses)	Nº de meses activos del piloto; solicitudes resueltas in situ como % del total
R3	<b>Sistema de alertas tempranas para casos de alto costo (énfasis cáncer)</b>	El 86% de las barreras de alto costo en 2025 corresponde a cáncer. Una ruta de monitoreo nominal con alertas a 30 y 60 días de tratamiento pendiente evitaría interrupciones y escalamientos. Se articula con el trabajo ProPacífico-BCDC-Secretaría.	SAC, IPS oncológicas, EAPB, Secretaría de Salud	Corto plazo (3-6 meses)	Casos de cáncer con barrera resuelta antes de 30 días; reducción de traslados por alto costo

#	Recomendación	Descripción y justificación	Actores clave	Plazo	Indicador de seguimiento
R4	<b>Plan de intervención focalizado en comunas 13, 15, 18 y 6</b>	Estas cuatro comunas concentran el 24,9% de todas las barreras urbanas de 2025. Sus barrios (Marroquín III, Ciudad Córdoba, Meléndez, Ciudadela Florida) demandan presencia permanente del SAC y articulación directa con ESE territoriales.	SAC, ESE Oriente/Suroeste/Norte, Alcaldías comunales	Corto plazo (1-3 meses)	Reducción % de barreras en comunas priorizadas; N° de jornadas realizadas
R5	<b>Fortalecimiento de la gestión de Emssanar, Asmet Salud y Nueva EPS</b>	Estas tres EAPB concentran el 55% de todas las solicitudes (2025). Emssanar lleva siendo la EAPB de mayor volumen desde 2020. Un plan de mejora escalonado con metas trimestrales y mesas mensuales de rendición es indispensable.	Superintendencia de Salud, Secretaría de Salud, EAPB, SAC	Inmediato (0-3 meses)	Tasa de derechos de petición x 10.000 afiliados por trimestre; efectividad de respuesta
R6	<b>Estrategia diferencial para población adulta mayor (60+)</b>	El grupo 60+ concentra el 47,1% de todas las barreras (8.680 casos en 2025). Las mujeres 55-79 años son el segmento de mayor presión en todas las comunas priorizadas. Requieren rutas preferenciales, orientación a cuidadores y seguimiento de crónicos.	SAC, ESE, EAPB, Secretaría de Bienestar Social	Mediano plazo (3-9 meses)	% de solicitudes del grupo 60+ resueltas sin traslado; N° de rutas preferenciales activas
R7	<b>Mejoramiento de la calidad del registro y enfoque diferencial</b>	La variable de autorreconocimiento presenta subcaptura evidente (solo 175 casos vs 18.424 totales). El fortalecimiento del registro permitirá visibilizar barreras en población LGBTQ+, migrante y étnica, y diseñar acciones específicas.	SAC, sistemas de información, equipos de captura	Mediano plazo (3-6 meses)	% de registros con variable de autorreconocimiento diligenciada; reducción de 'sin información'
R8	<b>Atención en salud para población migrante: articulación con cooperación internacional</b>	En 2024 se garantizaron 14.966 atenciones a 10.500 migrantes irregulares (meta del 100%). La nueva administración debe mantener el proyecto BP26005071 y articularlo con la mesa distrital de salud para migrantes y organizaciones de cooperación.	Secretaría de Salud, OIM, ACNUR, Defensoría del Pueblo, ProPacífico	Inmediato (0-3 meses)	N° de atenciones a migrantes irregulares; N° de organizaciones activas en mesa distrital
R9	<b>Atención en salud para población migrante: articulación con cooperación internacional</b>	Los traslados en 2025 (11,2%) representan 2.918 casos no resueltos localmente. Reducir este indicador al 8% requiere fortalecer la capacidad resolutoria del SAC, ampliar mesas de balance con EAPB y garantizar seguimiento de compromisos.	SAC, EAPB, Secretaría de Salud, Superintendencia	Mediano plazo (6-12 meses)	% de traslados por trimestre; casos resueltos sin escalamiento externo

#	Recomendación	Descripción y justificación	Actores clave	Plazo	Indicador de seguimiento
R10	<b>Publicación anual del informe SAC como insumo de gobernanza</b>	El SAC acumula evidencia invaluable para la toma de decisiones. Su sistematización y publicación anual con desagregación territorial, por EAPB y por grupos diferenciales, fortalece la rendición de cuentas y permite comparación histórica.	Secretaría de Salud, SAC, oficina de comunicaciones	Mediano plazo (3-6 meses)	Publicación anual del informe; inclusión del SAC en el Plan Territorial de Salud 2024-2027

*Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de la serie histórica SAC 2019-2025. Las recomendaciones R1-R5 tienen prioridad Alta y requieren decisión ejecutiva inmediata. Las recomendaciones R6-R10 tienen prioridad Media y requieren planificación e implementación en el mediano plazo.*

### 11.1 Nota sobre la articulación con ProPacífico

Varias de las recomendaciones del presente informe tienen puntos de contacto directo con la agenda de trabajo de ProPacífico en Cali. En particular:

- El sistema de alertas tempranas para cáncer (R3) puede articularse con el trabajo de ProPacífico en el programa BCDC y la articulación con City Cancer Challenge y la Secretaría de Salud.
- La estrategia de intervención en comunas priorizadas (R4) puede apoyarse en los mapas de barreras y las organizaciones comunitarias de base identificadas por ProPacífico en los procesos de diálogo interinstitucional.
- El fortalecimiento de la atención a migrantes (R8) conecta directamente con el trabajo de ProPacífico sobre acceso a salud de migrantes venezolanos en Cali, incluyendo la colaboración con el Banco Mundial y la Defensoría del Pueblo.
- La estrategia in situ expandida (R2) puede ser un modelo replicable en el proyecto FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, que ProPacífico implementa con la Defensoría del Pueblo y el Banco Mundial.
- La publicación anual del informe SAC (R10) podría incluir un capítulo específico sobre barreras de acceso para migrantes, en línea con el trabajo de análisis que ProPacífico ha venido desarrollando.

## ANEXO METODOLÓGICO

### A.1 Fuentes de información consultadas

El presente informe integra las siguientes fuentes primarias, ordenadas cronológicamente:

12. Relatoría Mesas de Salud ProPacífico, noviembre de 2021. Contexto cualitativo de barreras. 38 acciones identificadas.
13. Relatoría 'Menos Barreras Más Vidas', diciembre de 2021. SAC oncológico 2021.
14. Informe SAC primer semestre 2020. Total 8.037 solicitudes.
15. Informe SAC primer semestre 2021. Total 14.485 solicitudes
16. Informe SAC año completo 2021. Defensoría, total 29.815 solicitudes.
17. Informe SAC primer semestre 2022. Total 14.774 solicitudes.
18. Informe SAC III trimestre 2022 (enero–septiembre). Total 24.019 solicitudes.
19. Informe de Gestión Secretaría de Salud vigencia 2022. Documento completo.
20. Informe SAC primer semestre 2023. Total 21.304 solicitudes.
21. Informe SAC III trimestre 2023 (enero–septiembre). Total 34.436 solicitudes.
22. Informe SAC año completo 2023. Total 43.142 solicitudes.
23. Informe SAC I trimestre 2024 (enero–marzo). Total 4.614 atenciones.
24. Documento BP-26003041. Descripción institucional del SAC.
25. Informe de Gestión Secretaría de Salud vigencia 2024.
26. Informe General SAC enero–diciembre 2025. Total 18.424 solicitudes.

### A.2 Consideraciones sobre comparabilidad

La comparación entre períodos debe hacerse con cautela debido a los siguientes factores metodológicos: (1) los datos de 2020 corresponden al primer semestre, no al año completo; (2) a partir de 2024 se incluye la estrategia EAPB in situ como canal paralelo, que en años anteriores no existía; (3) la clasificación de solicitudes en 'orientación' y 'gestión' varía en su peso relativo entre períodos; y (4) los informes trimestrales no son directamente comparables con los anuales en términos de tasas acumuladas.

Todos los valores de la serie histórica presentados en este informe corresponden a los datos disponibles en los informes oficiales consultados. En los casos en que la información no estaba disponible (N.D.), se indica explícitamente. No se han interpolado ni estimado datos sin sustento documental, salvo en los casos en que se indica explícitamente como estimación con la nota '~'.

---

**ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
A LA COMUNIDAD (SAC) EN SALUD**

---



@ProPacíficoorg



[www.ProPacífico.org](http://www.ProPacífico.org)

---