

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA  
INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE  
LA SALUD EN ADULTEZ Y VEJEZ DEL MUNICIPIO DE BOLIVAR, CAUCA,  
COLOMBIA 2022-2024.**

**EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION PROCESS OF THE INTEGRAL  
CARE ROUTE FOR THE PROMOTION AND MAINTENANCE OF HEALTH IN  
ADULTHOOD AND OLD AGE IN THE MUNICIPALITY OF BOLIVAR, CAUCA,  
COLOMBIA 2022-2024.**

Ruano, A.F.<sup>1</sup>, Chamorro, D.G.<sup>2</sup>.

**RESUMEN**

**Objetivo.** Evaluar el proceso de implementación de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud en la adultez y vejez en el municipio de Bolívar, Cauca, Colombia en el periodo 2022-2024 **Método.** Mediante la evaluación de procesos, el estudio combinó revisión documental, grupos de discusión con profesionales y grupos focales con usuarios, aplicando análisis cualitativo para analizar la operación real de la RIA **Resultados.** Los resultados muestran que, a pesar de avances en la cobertura y el uso de herramientas tecnológicas, persisten retos estructurales: la dispersión geográfica, precariedad en transporte y vías, insuficiencia y alta rotación del personal médico. **Conclusión.** La evaluación de la

---

<sup>1</sup> Nutricionista Dietista, Escuela Nacional del Deporte

<sup>2</sup> Enfermera profesional, Universidad Mariana

implementación de la Ruta Integral de Atención en Bolívar, Cauca, muestra que a pesar de los avances en cobertura y uso de tecnología, requiere fortalecer el transporte y los incentivos para el personal, adaptar la implementación a la ruralidad y mejorar la participación comunitaria para lograr un impacto sostenible en la salud de la población adulta y adulta mayor.

**Palabras clave:** evaluación de intervenciones en salud, Rutas Integrales de Atención (RIA), Salud rural, Atención Primaria en Salud

### ABSTRACT

**Objective.** To evaluate the implementation process of the Comprehensive Care Route (RIA) for health promotion and maintenance in adulthood and old age in the municipality of Bolívar, Cauca, Colombia, during the period 2022-2024. **Method.** Through process evaluation, the study combined documentary review, focus groups with professionals, and focus groups with users, applying qualitative analysis to analyze the actual operation of the RIA. **Results.** The results show that, despite advances in coverage and the use of technological tools, structural challenges persist geographic dispersion, precarious transportation and roads, and insufficiency and high turnover of medical personnel. **Conclusion.** The evaluation of the implementation of the Comprehensive Care Route in Bolívar, Cauca, shows that despite advances in coverage and use of technology, it is necessary to strengthen transportation and staff incentives, adapt promotion to rural areas, and improve community participation to achieve a sustainable impact on the health of the adult and older population.

**Keywords:** Comprehensive Care Pathway (RIA), Health promotion, Rural health, Adulthood, Health administration management.

## **Introducción**

La ruralidad representa un desafío persistente para los sistemas de salud en América Latina, al condicionar el acceso equitativo, la continuidad y la calidad de los servicios para poblaciones rurales en situación de vulnerabilidad. En Colombia, la **Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA)**, contenida en la **Resolución 3280 de 2018**, establece un modelo de atención centrado en el enfoque del curso de vida y en la gestión integral del riesgo, con énfasis en garantizar el derecho a la salud en todos los territorios, particularmente en zonas rurales con barreras estructurales de acceso. Este marco normativo orienta las intervenciones en la adultez y vejez, promoviendo acciones de prevención, detección temprana, atención oportuna, acompañamiento social y seguimiento a condiciones crónicas prevalentes.

La implementación de las RIAs es un proceso reciente y aún cuenta con escasa literatura, centrada principalmente en el cumplimiento, factores facilitadores, barreras y estrategias de seguimiento y estos se enfocan principalmente en la ruta materno perinatal. En este sentido, existe una evidente falta de información sobre el cumplimiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en adultos y adultos mayores, especialmente en contextos rurales como el municipio de Bolívar, Cauca. Esta ausencia revela una brecha metodológica y de conocimiento, cuya atención representa un aporte relevante frente a las desigualdades en salud entre zonas urbanas y rurales.

La ruralidad representa un desafío persistente para los sistemas de salud en América Latina, al condicionar el acceso equitativo, la continuidad y la calidad de los servicios para poblaciones dispersas, en situación de vulnerabilidad y con alta carga de morbilidad crónica. En Colombia, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA), contenida en la Resolución 3280 de 2018, establece un modelo de atención centrado en el enfoque de curso de vida y en la gestión integral del riesgo, con énfasis en garantizar el derecho a la salud en todos los territorios, particularmente en zonas rurales con barreras estructurales de acceso. Este marco normativo orienta las intervenciones en la adultez y vejez, promoviendo acciones de prevención, detección temprana, atención oportuna, acompañamiento social y seguimiento a condiciones crónicas prevalentes.

Dado este contexto, el presente estudio se propuso evaluar el proceso de implementación de la RIA para la promoción y mantenimiento de la salud en la adultez y vejez en el municipio de Bolívar, Cauca, Colombia durante el periodo 2022-2024. Para ello, se desarrolló una evaluación de procesos en dos fases (pre-evaluativa y evaluativa), con métodos cualitativos y triangulación de fuentes, incluyendo revisión documental, grupos de discusión con profesionales y grupos focales con usuarios, permitiendo comprender la operación real del modelo, su alcance territorial, barreras estructurales y resultados percibidos por los actores involucrados.

Este artículo presenta los resultados de la evaluación de la RIA adulto y adulto mayor, los cuales aportarán información clave para el fortalecimiento del proceso de implementación en el municipio de Bolívar y ofrecerán recomendaciones de política para mejorar la operación e impacto de las RIAS en contextos rurales similares.

## Metodología

El estudio corresponde a una **evaluación de proceso**, la cual permite evaluar la eficacia operativa del programa y su gestión, verificando si las actividades se han llevado a cabo con la calidad esperada y si han alcanzado a la población objetivo, así como identificar los factores que han facilitado o dificultado su desarrollo, el proceso se realizó en dos fases.

Durante **La fase pre evaluativa** se desarrollaron acciones orientadas a analizar la información institucional, la construcción del modelo lógico de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, elemento clave para orientar la fase evaluativa. Se revisó la normativa nacional y los reglamentos internos para precisar el marco de referencia de la RIA, sintetizando la información en objetivos, componentes, actividades, población objetivo y resultados esperados del programa, en coherencia con la realidad operativa de Bolívar. Esta fase permitió prever desafíos metodológicos y definir estrategias de adaptación para la recolección de datos, aportando insumos esenciales para la pertinencia, el rigor y la utilidad de la evaluación en el contexto específico del municipio (3).

**La fase evaluativa** correspondió a la recolección de la información y análisis, la cual estuvo marcada por la interacción directa con los actores sociales y sanitarios, que permitió captar la dinámica real de la implementación de la RIA y la experiencia de los diferentes entes participantes (3). Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizadas se detallan en la tabla 1.

**Tabla 1. técnicas e instrumentos de recolección de datos**

<b>Técnica</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Fuentes</b>	<b>Participantes</b>	<b>Propósito</b>
<b>Revisión documental</b>	Matriz de revisión documental	Documentos institucionales, normatividad	Investigadoras, Coordinadores de instituciones	Analizar documentos

		vigente y programación extramural		normativos y operativos
<b>Grupos focales</b>	Guía semiestructurada (15 ítems)	Usuarios adultos y adultos mayores	Se realizó un encuentro con el equipo de la ESE, conformado 10 profesionales y Coordinador	Explorar percepciones sobre acceso, calidad y barreras de la RIA.
<b>Grupos de discusión</b>	Técnica Delphi modificada	Personal de salud (ESE, IPS)	Se realizaron cinco (5) grupos focales con usuarios adultos y adultos mayores En el corregimiento de Lerma participaron 5 personas; en San Lorenzo, 12; en Los Milagros, 11; y en San Juan se contó con la participación de 16 guardias pertenecientes a diversas veredas del resguardo indígena Yanacona. En la cabecera municipal participaron 8 personas	Identificar logros, dificultades, percepciones y recomendaciones técnicas.

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología y criterios definidos para la evaluación de la RIA en Bolívar, Cauca.

Por otra parte, la selección de los participantes se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión presentados en la tabla 2.

**Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
<b>Adultos y adultos mayores residentes en los corregimientos seleccionados.</b>	Adultos y adultos mayores que presenten discapacidad visual, auditiva, mutismo o cognitiva.
<b>Adultos y adultos mayores que asisten al servicio de atención brindado por la ESE.</b>	Usuarios con portabilidad en municipios diferentes a los de interés.
<b>Se incluyeron 18 usuarios para realizar las guías de grupo de discusión y focal.</b>	Quienes no acepten o no puedan firmar el consentimiento informado.
	Usuarios que no cuenten con la disposición para participar en el estudio.

Fuente: Elaboración propia.

### **Categorías de análisis y procesamiento de datos**

El análisis de la información se organizó determinando cinco categorías centrales y catorce subcategorías, las cuales fueron definidas en función del marco teórico y alineadas con los

objetivos de la investigación. La codificación se realizó de forma deductiva alineadas a cada categoría y subcategoría empleando un sistema numérico organizado que permitiera su identificación como se determina en la tabla 3.

**Tabla 3. Sistema de codificación para análisis**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Codificación</b>
<b>Funcionamiento de la RIA</b>	Objetivos	1.1.1 Objetivosruta
	Población beneficiaria	1.1.2 Poblacionbenefi
	Servicios	1.1.3 Servicios
	Actividades	1.1.4 Actividades
	Flujo de atención	1.1.5 Flujoatenci
	Seguimiento y monitoreo de la RIA	1.1.6 Segymoni
<b>Implementación de la RIA</b>	Accesibilidad	2.1.1 Accesibilidad
	Integralidad	2.1.2 Integralidad
	Continuidad	2.1.3 Continuidad
	Oportunidad	2.1.4 Oportunidad
	Servicios utilizados	2.2.1 Servioutili
<b>Uso del servicio</b>	Promoción de servicios	2.2.2 Promoservi
	<b>Barreras y facilitadores</b>	Barreras
	Facilitador	3.1.2 Facilitador
<b>Avances y logros</b>	—	3.2 Avanceylog

Fuente: elaboración propia con base en la metodología y criterios definidos para la evaluación de la RIA.

El análisis de discurso permitió la interpretación de los relatos y de los documentos, de las experiencias y percepciones de los actores, así como la reconstrucción de la matriz de sentido, (4). La triangulación de técnicas (revisión documental, grupos de discusión y grupos focales); y de fuentes (usuarios, personal de salud y revisión documental) favoreció la validez y confiabilidad de los hallazgos (5).

La codificación fue mixta, combinando codificación deductiva a raíz de las categorías teóricas y objetivos del estudio establecidos en el protocolo, la cual fue complementada con codificación inductiva, emergente de los datos (6,7) El uso del software Atlas.ti. versión 25 facilitó el tratamiento de los altos volúmenes de información.

## **Resultados:**

## 1. Proceso de implementación de la RIA Bolívar, Cauca.

La Ruta Integral de Atención (RIA) para adultos y adultos mayores, conforme a la Resolución 3280 de 2018, organiza la atención en salud por etapas del curso de vida y prioriza la gestión integral de riesgos, especialmente en contextos rurales y vulnerables como Bolívar, Cauca. El modelo busca garantizar el acceso, la integralidad, la continuidad y la oportunidad de la atención, adaptando las intervenciones a las necesidades de este grupo poblacional (8).

El despliegue operativo de la RIA en Bolívar inició con la socialización de los lineamientos técnicos y la conformación de un equipo interdisciplinario, integrado por un médico general, un enfermero(a) profesional, un auxiliar de enfermería y un odontólogo, quienes asumen la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de la ruta, tanto en la sede principal como en las jornadas extramurales en los corregimientos; este trabajo es apoyado por dinamizadoras comunitarias y ha sido el núcleo fundamental para el abordaje de la promoción de la salud, prevención y seguimiento en adultos y adultos mayores, adaptando los protocolos nacionales a las necesidades locales (9).

El proceso histórico también ha estado marcado por la incorporación progresiva de innovaciones tecnológicas, como la implementación de sistemas nominales (ver tabla. 4), el cual es de desarrollo propio de la ESE con funcionalidad online.

**Tabla 4. Sistemas nominales**

<b>Función / Característica</b>	<b>Descripción / Aplicación local</b>
<b>Registro individualizado</b>	Permite identificar a cada usuario y documentar todas las actividades, controles y atenciones realizadas en la RIA.
<b>Visualización en tiempo real</b>	El personal puede consultar los pendientes de cada usuario, facilitando la programación de actividades y evitando omisiones.
<b>Derivación automática</b>	El sistema asigna de forma automática a los usuarios los servicios o controles pendientes, según la etapa de curso de vida y programas activos.
<b>Detección de duplicidades</b>	Previene la repetición de atenciones o actividades ya realizadas, garantizando eficiencia operativa y cumplimiento normativo.

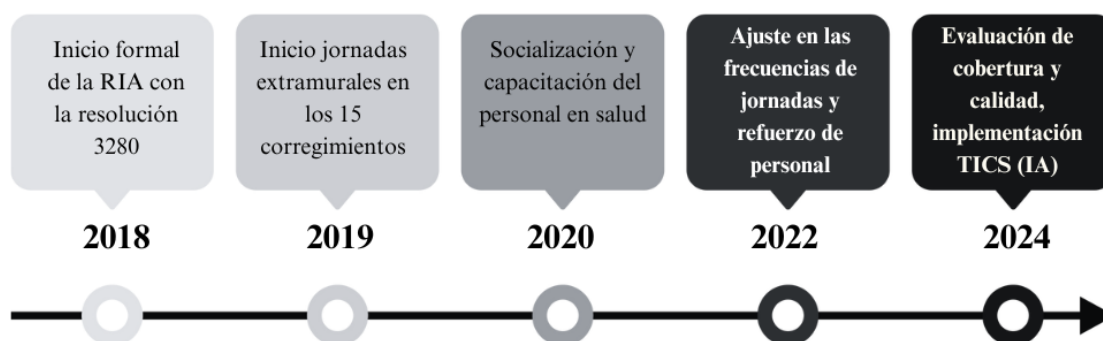
<b>Actualización diaria</b>	La información se actualiza después de cada jornada, consulta o proceso de facturación, reflejando el estado real de la atención.
<b>Soporte para demanda inducida</b>	Facilita la identificación de usuarios con atenciones pendientes y la organización de citas, especialmente en zonas rurales.
<b>Integración con herramientas de IA</b>	Algunas funciones incorporan inteligencia artificial para optimizar la gestión administrativa y la toma de decisiones clínicas.

Fuente: Elaboración propia

La historia de la RIA en el Cauca refleja un proceso de institucionalización gradual como lo indica Pazo (10), caracterizado por la adaptación normativa, la construcción de capacidades locales, todo ello enmarcado en el esfuerzo por responder a las necesidades y desafíos de la

ruralidad dispersa del departamento. **Figura 1. Línea de tiempo implementación RIA**

### Adulto y adulto mayor en Bolívar, Cauca.

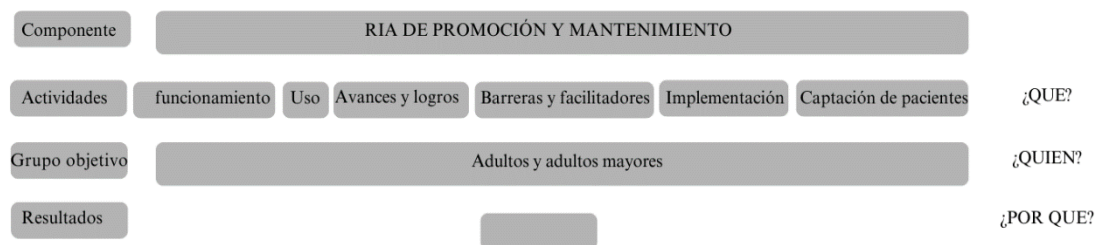


Fuente: Elaboración propia con base a la documentación de la RIA Bolívar, Cauca.

## 2. Modelo lógico de la RIA Resolución 3280 del 2018

De acuerdo con el modelo lógico elaborado en la fase pre-evaluativa (ver figura 2.) se estableció el direccionamiento y orden para llevar a cabo la evaluación del funcionamiento de la RIA.

**Figura 2. Modelo lógico de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud**



Fuente: Elaboración propia. Tomado de Porteous, N. Enfoques y Teorías. La construcción del modelo lógico de un programa(89).

Se revisaron los principales componentes, actividades, grupo objetivo, frecuencia y responsables de la Ruta Integral de Atención (RIA) para adultos y adultos mayores en el municipio de Bolívar, Cauca. De acuerdo al Modelo lógico de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud se resaltan sus elementos constitutivos (ver tabla.5) esto también se evidencia en el flujo de atención para adultos y adultos mayores ( figuras 3 y 4)

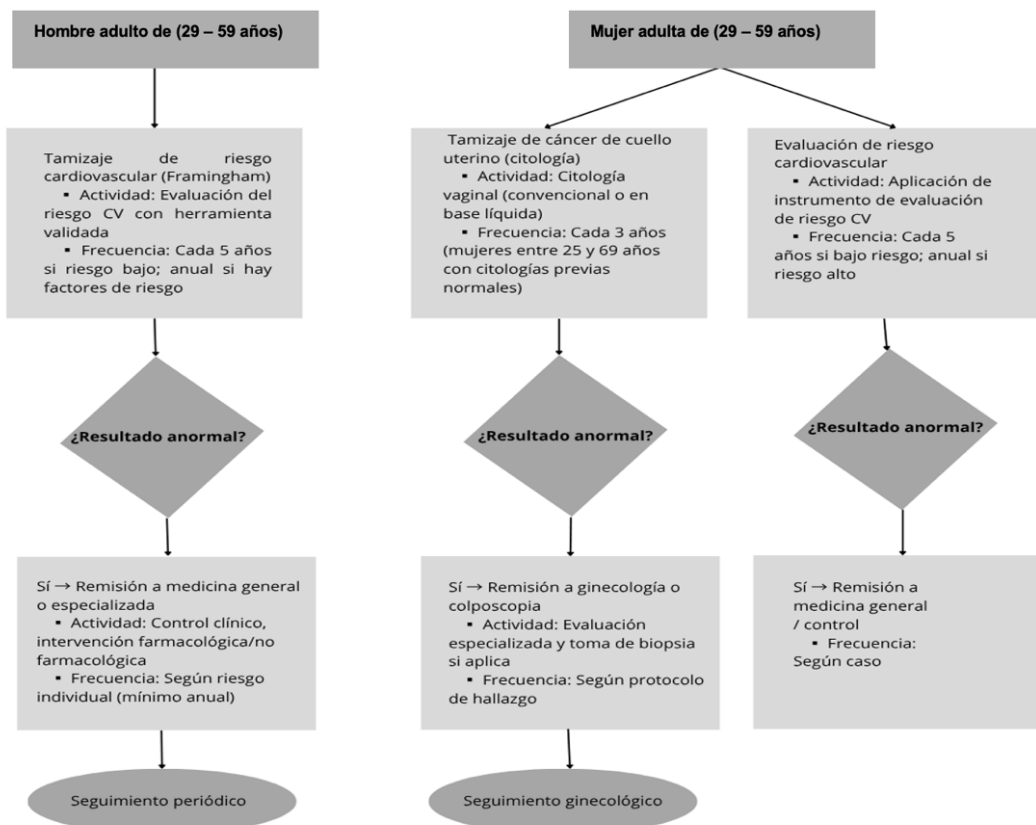
**Tabla 5. Elementos constitutivos de la RIA adulto y adulto mayor**

Componentes	Actividades	Grupo objetivo	Frecuencia	Responsable
<b>Educación</b>	Charlas grupales sobre autocuidado, talleres de promoción de la salud, información sobre derechos en salud	Adultos y adultos mayores	Jornadas programadas	Dinamizadoras, enfermería
<b>Detección temprana de riesgos</b>	Demanda inducida a través de jornadas extramurales.	Adultos y adultos mayores	Permanente / según cronograma	Médico general, enfermería, dinamizadoras

	Identificación de riesgos en consultas de morbilidad. Tamizaje de riesgo cardiovascular (Framingham), citología, mamografía, antígeno prostático, tamizaje para detección temprana de cáncer de colon, detección de depresión		y frecuencias de la resolución	
<b>Atención</b>	Consulta médica general, control de enfermedades crónicas, atención odontológica básica, atención domiciliaria	Adultos y adultos mayores	Mensual / Según necesidad	Médico, enfermero, odontólogo
<b>Seguimiento</b>	Seguimiento a pacientes crónicos, visitas domiciliarias, actualización de bases de datos, reporte a entes territoriales	Adultos y adultos mayores	Quincenal / Mensual	Equipo RIA, coordinador municipal
<b>Promoción social</b>	Actividades de integración comunitaria, fortalecimiento de redes de apoyo.	Adultos y adultos mayores	Mensual / Trimestral	Dinamizadoras, líderes comunitarios

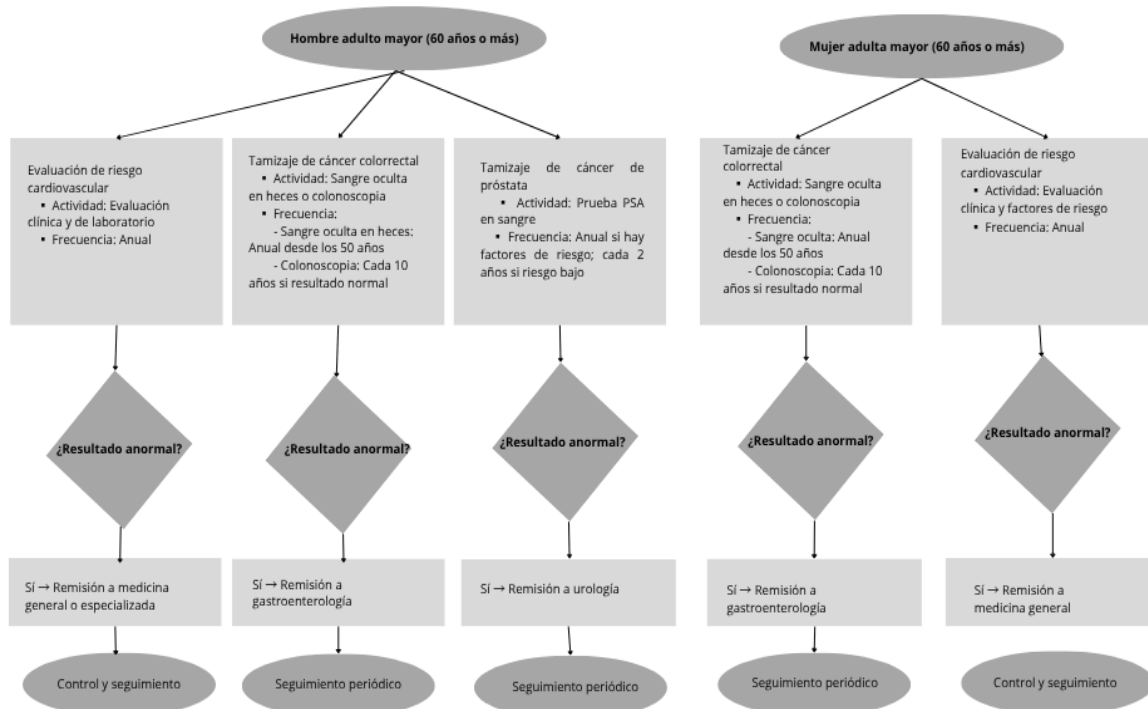
Fuente. Elaboración propia

**Figura 3. Flujograma de atención RIA Adultos**



Fuente. Elaboración propia

**Figura 4. Flujograma de atención RIA Adultos mayores**



Fuente. Elaboración propia

### Población beneficiaria

Durante la etapa de caracterización y análisis operativo de la Ruta Integral de Atención (RIA) en el municipio de Bolívar, Cauca, se identificó que la ESE registra una afluencia diaria de alrededor de 500 pacientes en sus diferentes sedes ver detalle (tabla.7)

**Tabla 7. Caracterización de la población atendida (adultos y adultos mayores entre 29 y 60 años o mas**

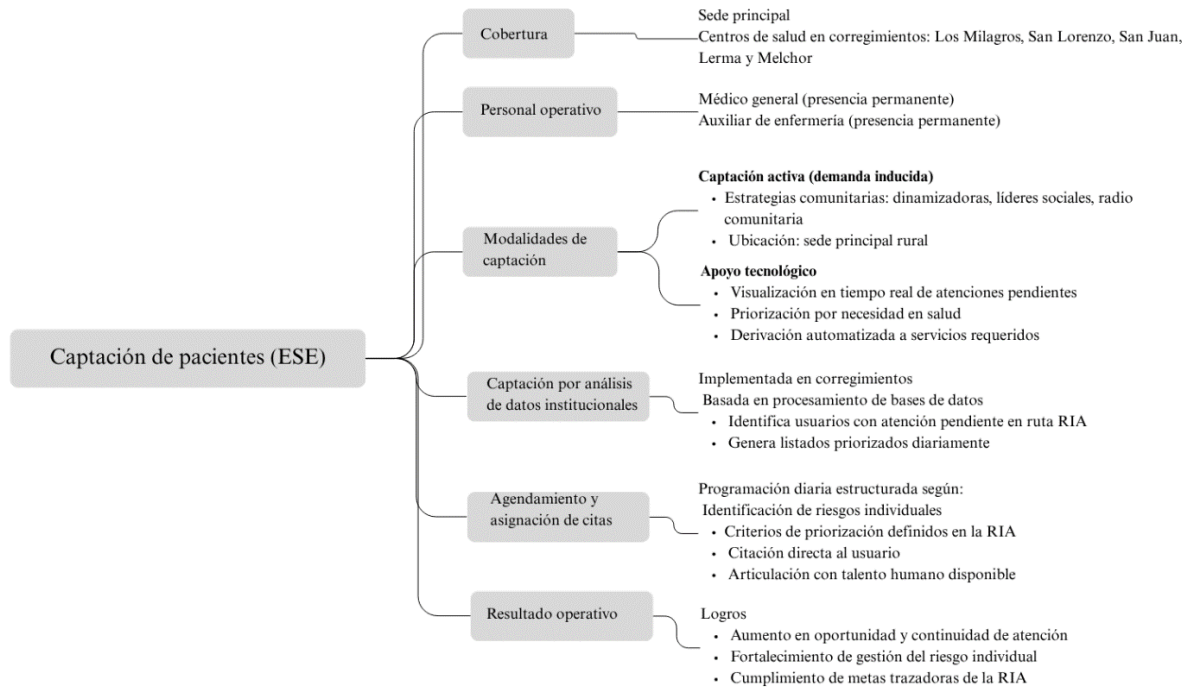
<b>Grupo Poblacional / Régimen</b>	<b>Cantidad de Usuarios</b>	<b>Participación (%)</b>	<b>Observaciones poblacionales</b>
<b>Afiliados a Nueva EPS</b>	25,000	67.7%	Principal asegurador en el municipio. Representa la mayor carga operativa para la ESE.
<b>Afiliados a Asmet Salud</b>	9,836	26.6%	Segundo asegurador en cobertura. Población predominantemente rural.
<b>Usuarios vinculados a AIC</b>	1,780	4.8%	Población indígena. Requiere enfoque intercultural y atención diferencial.
<b>Docentes (régimen especial)</b>	300	0.8%	Usuarios con características contractuales especiales. Atención según normativas vigentes.
<b>Total estimado de usuarios activos</b>	<b>36,916</b>	<b>100%</b>	Corresponde aproximadamente al total de la población municipal atendida por la ESE.

Aunque el equipo técnico afirma realizar las intervenciones con la frecuencia establecida por la norma, los hallazgos en los grupos focales revelan una discrepancia con esta afirmación. En la práctica, la captación de los usuarios se realiza, en la mayoría de los casos, a partir de la consulta por morbilidad, sin un seguimiento sistemático posterior (11). Cuando se intenta hacer seguimiento, este se lleva a cabo mediante estrategias como las visitas domiciliarias, las cuales enfrentan múltiples dificultades debido a la limitada disponibilidad de recurso humano, la dispersión geográfica de la población y la imposibilidad de ubicar a la persona en el momento de la visita (12).

Es relevante señalar el impacto de la ruta en subgrupos prioritarios: la captación oportuna de gestantes antes de las 10 semanas alcanza el 72%, mientras que el seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas se sitúa en un 92%, lo que evidencia avances relevantes en la detección temprana y la continuidad de la atención para estos perfiles de riesgo. No obstante, el despliegue operativo requiere una gestión minuciosa “programa por programa”, dada la amplitud y complejidad de los procesos asistenciales en el territorio rural y disperso, así como la necesidad de seguir fortaleciendo el monitoreo y la articulación interinstitucional para garantizar la efectiva cobertura y oportunidad de los servicios.(13)

La captación de pacientes se realiza principalmente mediante demanda inducida ver (figura 5.)

**Figura 5. Captación de pacientes RIA Bolívar**



Fuente: Elaboración propia

## Servicios

A continuación, se describe la oferta de servicios brindados por la ESE dentro de la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud en Bolívar.

### 1. Atención médica y odontológica

Detectan tempranamente enfermedades y establecen un plan de cuidado integral, promoviendo la continuidad en el seguimiento de la salud de la población adulta (14).

Intervención	Frecuencia	Grupo objetivo
<b>Consulta por medicina general (primera vez)</b>	Una vez en cada subgrupo quinquenal de edad	Adultos entre 29 y 59 años (29–34, 35–39, ..., 56–59 años)
<b>Consulta por odontología (primera vez)</b>	Cada 2 años	Adultos entre 29 y 59 años

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

### 2. Tamizajes oncológicos.

Los tamizajes están orientados a la detección temprana de neoplasias prevalentes en la población adulta, permitiendo intervenciones oportunas que disminuyen la mortalidad (14).

<b>Tamizaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Cáncer de cuello uterino – ADN VPH</b>	Cada 5 años	Mujeres entre 30 y 65 años
<b>Cáncer de cuello uterino – Citología</b>	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino	Mujeres entre 25 y 29 años y mujeres mayores de 65 años hasta los 69 años
<b>Cáncer de cuello uterino – Visual con ácido acético y Lugol</b>	Desde los 30 hasta los 50 años, en zonas rurales dispersas	Mujeres rurales
<b>Cáncer de mama – Mamografía</b>	Cada 2 años	Mujeres a partir de los 69 años
<b>Cáncer de mama – Valoración clínica de mama</b>	Anualmente	Mujeres a partir de los 40 años
<b>Cáncer de próstata – PSA y tacto rectal</b>	Cada 5 años hasta los 75 años	Hombres a partir de los 50 años
<b>Cáncer de colon – Sangre oculta en materia fecal (inmunoquímica)</b>	Cada 2 años	Personas a partir de los 75 años
Cáncer de cuello uterino – ADN VPH	Cada 5 años	Mujeres entre 30 y 65 años
Cáncer de cuello uterino – Citología	Cada 3 años	Mujeres entre 25 y 69 años
Cáncer de cuello uterino – Visual con ácido acético y Lugol	Desde los 30 hasta los 50 años, en zonas rurales dispersas	Mujeres rurales
Cáncer de mama – Mamografía	Cada 2 años	Mujeres a partir de los 50 años
Cáncer de mama – Valoración clínica de mama	Anualmente	Mujeres a partir de los 40 años
Cáncer de próstata – PSA y tacto rectal	Cada 5 años	Hombres a partir de los 75 años
Cáncer de colon – Sangre oculta en materia fecal (inmunoquímica)	Cada 2 años	Personas a partir de los 75 años

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

### 3. Tamizaje cardiovascular y metabólico.

Se utilizan para la identificación de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, dislipidemias o enfermedad renal (14).

<b>Examen</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis</b>	Cada 5 años	Adultos entre 29 y 59 años

### 4. Tamizajes de infecciones transmisibles (según riesgo).

Estas pruebas son esenciales en la detección oportuna de ITS y hepatitis, permitiendo acciones inmediatas de control, tratamiento y prevención secundaria (14).

<b>Prueba</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Prueba rápida treponémica</b>	Según exposición a riesgo	Personas con vida sexual activa
<b>Prueba rápida para VIH</b>	Según exposición a riesgo	Personas con vida sexual activa
<b>Prueba rápida para Hepatitis B</b>	Según exposición a riesgo	Personas expuestas
<b>Prueba rápida para Hepatitis C</b>	Una vez en la vida desde los 50 años	Adultos $\geq$ 50 años

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

## 5. Salud sexual y reproductiva.

Garantiza el acceso a métodos anticonceptivos, promueve decisiones informadas y previene embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (14).

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Prueba de embarazo</b>	Según necesidad	Mujeres hasta los 49 años
<b>Asesoría en planificación familiar</b>	Según necesidad	Mujeres hasta los 49 años
<b>Inserción de DIU o anticonceptivo subdérmico</b>	Según necesidad	Mujeres hasta los 49 años
<b>Suministro de anticonceptivos (oral, inyectable)</b>	Según necesidad	Mujeres hasta los 49 años
<b>Suministro de preservativos</b>	Según necesidad	Personas sexualmente activas

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

## 6. Salud bucal.

Estas acciones contribuyen a mantener la salud oral, prevenir enfermedades periodontales y fomentar la higiene bucal continua (14).

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Profilaxis y remoción de placa</b>	Cada 2 años	Adultos entre 29 y 59 años
<b>Detartraje supragingival</b>	Según necesidad	Adultos entre 29 y 59 años

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

## 7. Vacunación.

La vacunación en el adulto es clave para el control de enfermedades prevenibles como influenza, tétanos y COVID 19 (14).

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Grupo objetivo</b>
<b>Vacunación</b>	Según esquema vigente	Toda la población adulta

Fuente: Elaboración propia. Tomado de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2024

## 3. Funcionamiento de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, para el adulto y el adulto mayor Bolívar – Cauca.

El modelo segmenta la atención por etapas curso de vida, lo que permite adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de este grupo poblacional. El objetivo central de la RIA es “valorar integralmente **los logros del desarrollo** en todas las personas, **potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales** que le permitan a las personas el cuidado de su salud y alcanzar los resultados en su desarrollo; **gestionar temprana, oportuna e integralmente los principales riesgos** en salud, que incluyen reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta tanto los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital” [1:20 ¶3, 1 Archivo trabajo\_ Revisión documental] La priorización de los adultos mayores se refleja en la programación de controles periódicos según el nivel de riesgo (15). (ver tabla. 8)

**Tabla 8. Elementos constitutivos de la RIA adulto y adulto mayor**

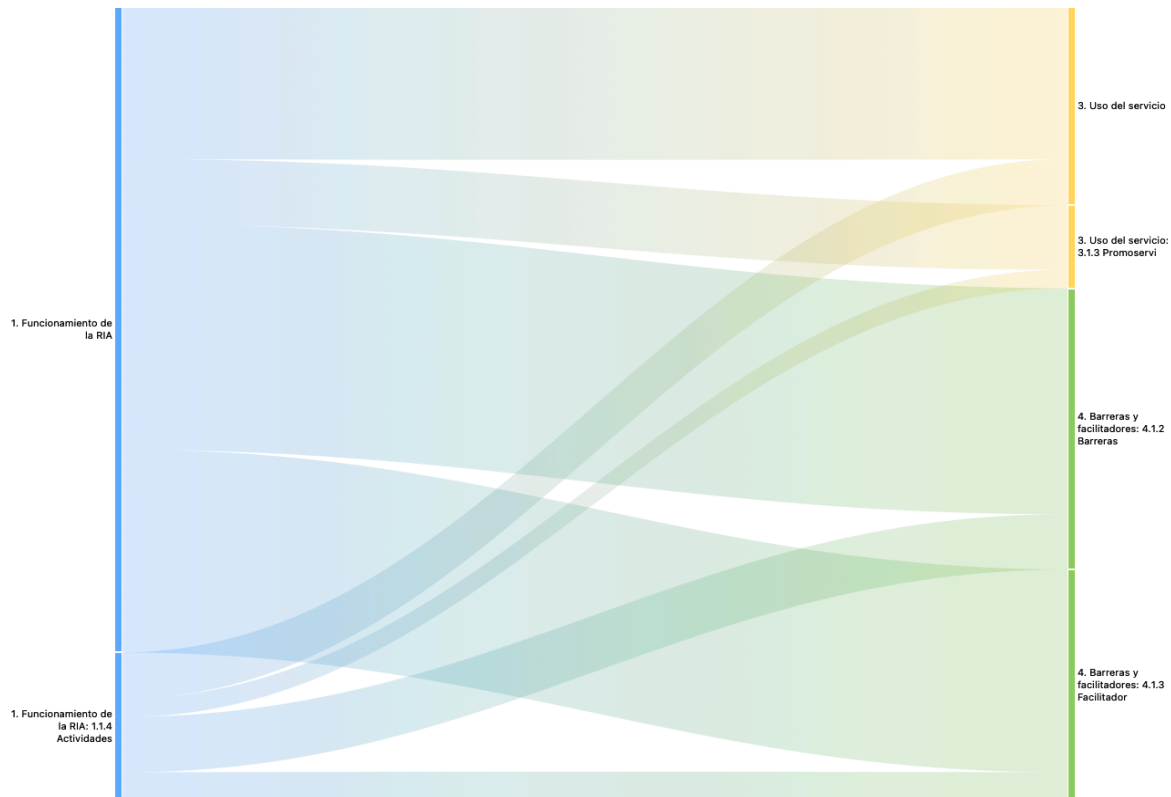
<b>Componente / Indicador</b>	<b>Detalle / Observación</b>
<b>Captación de usuarios</b>	Mediante demanda inducida y demanda activa. Se utilizan tecnologías instaladas y seguimiento a listas pendientes.
<b>Ámbitos de atención</b>	Atención en la sede principal de la ESE y en cinco corregimientos con presencia permanente de médico y auxiliar.
<b>Jornadas extramurales</b>	Realizadas dos veces al mes. Participan médico, odontólogo, enfermera y auxiliar.
<b>Priorización de pacientes crónicos</b>	Enfocada en vejez (60 años o más) Riesgo alto: control mensual. Riesgo bajo o moderado: cada 3 meses.
<b>Sistema de citación</b>	Basado en análisis previo de la base de datos y programación anticipada de las citas.
<b>Utilización de tecnología</b>	Permite visualización en tiempo real de actividades pendientes y derivación automática entre servicios.
<b>Atención por visita</b>	Acceso integral a todos los servicios requeridos en una sola visita o desplazamiento.

Fuente: Elaboración propia

Del análisis discursivo se identificaron relaciones que permiten visualizar con claridad el funcionamiento de la Ruta Integral de Atención (RIA) en Bolívar (ver figura. 6). Se logra identificar que en su dimensión global como en la ejecución concreta de actividades, está directamente entrelazado con la aparición de barreras y facilitadores en el contexto operativo

real (16,17). Además se destacan flujos robustos entre la gestión cotidiana de la ruta y las barreras, lo que revela que gran parte de las dificultades percibidas por los actores locales se materializan en las etapas prácticas de la atención: problemas de acceso geográfico, limitaciones de recursos humanos y fallas de logística se vuelven evidentes al momento de ejecutar actividades en territorio (18). Al mismo tiempo, la visualización muestra que los facilitadores (como la integración comunitaria o el apoyo de tecnologías adaptadas) tienen capacidad de incidir positivamente justo donde se identifican estos obstáculos, permitiendo que ciertas experiencias de promoción y acceso logren superar los retos estructurales (19). Así, el gráfico evidencia que las condiciones de éxito o fracaso de la RIA no dependen solo del diseño normativo, sino de la interacción dinámica entre cómo se implementan las actividades, cómo las perciben y utilizan los usuarios y qué barreras o apoyos emergen en el proceso diario.

**Figura 6. Diagrama relaciones (funcionamiento RIA)**



Fuente: Atlas.Ti. Versión 25. Diagrama de Sankey. Matriz de Coocurrencias entre las categorías funcionamiento RIA, Barreras uso del servicio.

### **Promoción y uso de los servicios por parte de los usuarios**

La promoción y el uso de los servicios de la Ruta Integral de Atención (RIA) dependen de una combinación de estrategias institucionales y dinámicas comunitarias. Desde el enfoque organizativo, la promoción de los servicios se realiza principalmente a través de la demanda inducida, la programación de jornadas extramurales y el uso de herramientas tecnológicas como sistemas nominales y grupos de WhatsApp para informar a la comunidad sobre fechas, lugares y requisitos de atención. El personal de salud utiliza listados actualizados para

identificar a los usuarios que requieren controles o actividades pendientes, facilitando la captación activa y la cobertura de la población objetivo (20).

**Figura 7. Funcionamiento y uso de servicios RIA Bolívar, Cauca**



Fuente: Atlas.Ti. Versión 25. Diagrama de Sankey. Matriz de Coocurrencias entre las categorías funcionamiento de RIA y servicios

Se observa (ver figura. 7) que el nodo de accesibilidad en la implementación de la RIA concentra la mayor proporción de flujos hacia las distintas formas de uso del servicio, lo que indica que los retos y logros en accesibilidad constituyen el principal determinante del comportamiento de la comunidad frente a la utilización de la oferta institucional (21). La mayor intensidad de los flujos con la categoría “usoservi” pone de manifiesto que cuando existen mayores facilidades de acceso (por ejemplo, más jornadas extramurales, apoyo logístico o reducción de distancias) la población tiende a hacer un uso más frecuente y efectivo de los servicios ofertados. Por otro lado, la presencia de flujos hacia “servioutil” y “promoservi” sugiere que tanto la percepción de utilidad de los servicios como el impacto

de las estrategias de promoción, están íntimamente ligados a cómo la implementación concreta de la RIA resuelve o no las barreras estructurales del territorio (22). Así, el diagrama permite concluir que los desenlaces en el uso de los servicios de salud en Bolívar son el resultado de un proceso dinámico donde la accesibilidad emerge como el eje fundamental: mejorar este componente puede tener un impacto transversal y multiplicador sobre el resto de resultados del modelo.

### Aspectos de recursos humanos e infraestructura

**Tabla. 9 recurso humano**

Tipo de Personal	Cantidad	Área de Cobertura	Observaciones
Médicos	9	General	Solo 3 de ellos cubren el área extramural
Médicos (extramurales)	3	Corregimientos / Zonas rurales	Apoyados por auxiliares; cobertura limitada por geografía y demanda
Auxiliares de enfermería	17	Corregimientos	Distribuidos en varias zonas rurales; apoyo a médicos extramurales

Un desafío central es la alta rotación del personal médico, que alcanza el 67% anual. Esta inestabilidad genera discontinuidad en los procesos asistenciales, obliga a reiniciar la socialización de protocolos y afecta la relación médico-paciente, debilitando la confianza y la adherencia a los tratamientos (23). “Aquí la rotación es muy alta, cada año cambia casi todo el personal médico, y eso hace que los procesos se tengan que volver a empezar.” [2:126 ¶96, 2 Archivo trabajo\_ Grupo de discusión]. Lo anterior no solo impacta a los corregimientos incluidos en la investigación, sino también a los 15 corregimientos y 166 veredas que conforman el municipio de Bolívar, organizados en zonas campesinas y resguardos indígenas. La población del territorio cuenta con un hospital de primer nivel ubicado en la cabecera municipal, así como con 15 puntos de atención en salud de carácter

público, localizados en las cabeceras corregimentales. Estos puntos deben ser cubiertos mediante la rotación de los equipos médicos extramurales descritos en la tabla 9.

La infraestructura física para la prestación de servicios de salud es limitada, especialmente en corregimientos dispersos y de difícil acceso. Si bien existen centros de salud y puestos de atención en los principales corregimientos, la dotación de equipos médicos y la disponibilidad de espacios adecuados para la atención integral son insuficientes. Esta situación es reconocida directamente por la comunidad “Están en mal estado de las instalaciones de los puestos de salud, falta hasta lo más básico para que atiendan (24).”[3:210 ¶322, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales].

### **Monitoreo y seguimiento de actividades de la RIA**

El seguimiento y monitoreo de la RIA se realiza de forma periódica, con reuniones quincenales para la evaluación de metas y revisión de actividades ejecutadas.

**Tabla 10. Seguimiento y monitoreo**

<b>Aspecto</b>	<b>Descripción / Detalles</b>
<b>Frecuencia de seguimiento</b>	Reuniones quincenales para evaluar el cumplimiento de metas y revisar actividades ejecutadas.
<b>Herramientas utilizadas</b>	Sistemas nominales o de información para mejorar la trazabilidad y el control de duplicidades.
<b>Beneficios identificados</b>	Mejora del control y seguimiento de actividades; cumplimiento de lineamientos de política pública nacional en salud rural.
<b>Barreras identificadas</b>	- Conectividad limitada, especialmente en zonas rurales dispersas. - Carga administrativa elevada para el personal de salud.
<b>Consecuencias de las barreras</b>	- Dificultades en la actualización oportuna de los sistemas. - Reducción del tiempo disponible para atención directa a los usuarios.
<b>Recomendaciones o necesidades</b>	Superar barreras tecnológicas y administrativas para fortalecer una gestión integral, eficiente y centrada en el usuario.

Fuente. elaboración propia.

El seguimiento y monitoreo cumple con los principales lineamientos de la política pública nacional en salud rural, aunque requiere avanzar en superar barreras administrativas y

tecnológicas para consolidar una gestión verdaderamente integral, eficiente y centrada en el usuario.

## **Valoración de atributos de atención: Accesibilidad, integralidad, continuidad y oportunidad**

### **Accesibilidad**

La accesibilidad en salud rural se ve condicionada por una combinación de factores geográficos, económicos y sociales. En Bolívar, la dispersión geográfica y la falta de transporte institucional representan barreras persistentes, especialmente para quienes residen en veredas alejadas (24). Esta situación obliga a los usuarios a recorrer largas distancias, muchas veces a pie, para acceder a jornadas de atención, lo que no solo incrementa los costos y el tiempo invertido, sino que también desincentiva la demanda de servicios preventivos y de promoción. La percepción de la comunidad es clara “Que lleguen las jornadas acá, San Juan. Porque eso hace que de acá se llegue más fácil aquí, así sea caminando de las veredas que ir de aquí a Bolívar. Que son 2 horas para viajar.” [3:12 ¶23, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales].

Este testimonio refleja cómo la distancia y la falta de alternativas de transporte afectan de manera desproporcionada a los adultos mayores y personas con movilidad reducida, profundizando la inequidad en el acceso a la salud rural (24). Además, la literatura señala que la pobreza, la falta de infraestructura y la escasez de personal en zonas rurales refuerzan estas barreras, limitando la oportunidad de recibir atención oportuna y de calidad (25).

### **Integralidad**

En la práctica persisten dificultades para garantizar la atención, que incluye educación, detección, atención y seguimiento; la alta demanda espontánea, sumada a una gestión centrada en la facturación, ha llevado a priorizar la atención de morbilidades agudas, relegando la programación sistemática de intervenciones preventivas (26). Esto se refleja en la dinámica institucional: “Aquí los pacientes que se atienden para esos servicios los capta facturación, ellos ven en la página si tienen pendientes atenciones y los derivan a donde se necesiten, pero esas personas vienen a consultas de morbilidad, no hay una población programada para atenciones individuales de la RIA.” [1:21 ¶11, 1 Archivo trabajo\_ Revisión documental]. Esta situación compromete la continuidad del cuidado y limita la efectividad del modelo, especialmente en adultos y adultos mayores con enfermedades crónicas (27).

### **Continuidad**

La alta rotación del personal médico, la ausencia de médicos permanentes en varios corregimientos y la falta de sistemas robustos de información dificultan la construcción de relaciones estables entre los usuarios y el equipo de salud, así como el seguimiento longitudinal de los casos (24). Esta inestabilidad impacta negativamente en la confianza de la comunidad y en la adherencia a los tratamientos, como lo señala el personal de salud “Hoy está el médico atendiendo, no sé, X corregimiento y mañana ya otro y entonces no se conoce, no hace como esa trazabilidad.” [2:106 ¶55, 2 Archivo trabajo\_ Grupo de discusión].

Los lineamientos del Plan Nacional de Salud Rural subrayan que la continuidad solo puede garantizarse mediante la permanencia del talento humano, la implementación de historias clínicas integradas y el fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo. Sin estos elementos, la atención tiende a ser episódica y desarticulada, lo que afecta de manera particular a los adultos mayores y personas con condiciones crónicas (28).

## Oportunidad

La oportunidad en la atención está condicionada por la disponibilidad limitada de agendas, la alta demanda y la insuficiencia de recursos humanos y materiales. Los usuarios reportan dificultades frecuentes para acceder a citas médicas, lo que genera demoras y, en algunos casos, abandono del proceso de atención (29). Esta percepción se expresa en los relatos de la comunidad, y los informes sectoriales coinciden en que la oportunidad en salud rural requiere no solo ampliar la oferta de servicios, sino también flexibilizar los modelos de atención, por ejemplo, mediante brigadas extramurales, telemedicina y atención domiciliaria y fortalecer la gestión de agendas para responder a la demanda real de la población (30). “El problema es que se acaban los cupos para las citas médicas.” [3:22 ¶41, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales].

### 1. Facilitadores – barreras – logros

La implementación de la RIA en Bolívar, Cauca, ha estado marcada por la coexistencia de facilitadores, barreras y logros que determinan la calidad y el alcance de la atención para adultos y adultos mayores en la ruralidad (31).

Entre los principales **facilitadores** se destaca:

- La disposición y capacitación constante del talento humano, que asume múltiples funciones para suplir las deficiencias estructurales y mantener la operatividad del modelo: “Aquí los médicos y auxiliares se capacitan seguido y siempre están dispuestos a ayudar en lo que se necesite, aunque a veces les toque hacer de todo” [2:128 ¶96, 2 Archivo trabajo\_ Grupo de discusión].

- La participación comunitaria, a través de dinamizadoras y líderes locales, también facilita la movilización y la asistencia a campañas de salud: “Las dinamizadoras, ellas sí pasan por las casas y siempre van preguntando. La dinamizadora que hay ahora es muy buena” [3:5 ¶10, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales].

Sin embargo, persisten **barreras estructurales** que condicionan la integralidad y la oportunidad de la atención:

- La dispersión geográfica, la precariedad de las vías y la falta de transporte institucional dificultan el acceso tanto para usuarios como para el personal la alta rotación y escasez de personal especializado afectan la continuidad de los procesos y obligan a reiniciar actividades cada año: “Aquí la rotación es muy alta, la personal renuncia seguido, hace poco renuncio uno de los médicos es muy difícil que permanezcan en la zona” [2:126 ¶96, 2 Archivo trabajo\_ Grupo de discusión].
- La infraestructura de los puestos de salud es insuficiente y en mal estado, lo que limita la prestación de servicios integrales: “Los puestos de salud acá son muy viejos y a veces no hay ni camillas ni lo básico para atendernos bien” [3:210 ¶322, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales].
- La alta rotación de personal médico afecta negativamente la adherencia de los usuarios a la atención preventiva y por consiguiente la continuidad y calidad de la atención.
- La escasa cultura preventiva y falta de conocimiento sobre los derechos en materia de salud, ya que muchos usuarios solo acuden cuando presentan síntomas o cuando hay campañas específicas (34).

A pesar de estas dificultades, uno de los principales **logros** ha sido:

- La cobertura territorial sostenida, con jornadas extramurales mensuales en los 15 corregimientos, acercando los servicios de salud a la población rural: “Nosotros mensualmente hacemos brigadas extramurales en todos los corregimientos” [2:123 ¶93, 2 Archivo trabajo\_ Grupo de discusión].
- El uso de herramientas tecnológicas y la sistematización de la información han optimizado la gestión administrativa y el control de actividades, permitiendo un mejor seguimiento de los usuarios.
- Los usuarios reconocen el esfuerzo del personal y valoran la atención recibida, a pesar de las limitaciones: “Sí, la atención la han brindado, no es la más eficiente, pero tenemos servicio” [3:254 ¶371, 3 Archivo de trabajo\_ Grupos focales] (33).

#### 4. **Recomendaciones**

Se recomienda específicamente para la ESE:

- Coordinar con juntas de acción comunal para implementar y comunicar rutas fijas y horarios hacia centros de salud veredales. Formalizar la entrega anticipada de boletas de remisión, asegurando cupos y horarios con liderazgos locales (34).
- Identificar corregimientos con mayor demanda y realizar intervenciones básicas (techos, sanitarios, mobiliario) mediante mingas y alianzas locales. Gestionar apoyo privado e institucional para dotación mínima y condiciones de seguridad para el personal.
- Implementar campañas en emisoras comunitarias, WhatsApp y perifoneo sobre derechos en salud y autocuidado, utilizando testimonios de líderes locales e indígenas, con un calendario participativo.

- Mapear la conectividad de cada corregimiento. En zonas conectadas, sistematizar registros y citas digitalmente; en otras, mantener registros en papel. Ofrecer talleres básicos de alfabetización digital para personal de salud y usuarios clave.
- Constituir o reactivar comités de salud con representación de mujeres, categorías vulnerables y líderes veredales, delegando funciones claras de quejas y seguimiento de la calidad del servicio (34).

#### Recomendaciones para la autoridad sanitaria local:

- Gestionar ante el ministerio y las secretarías de salud líneas de incentivos (bonificaciones, becas, apoyos para vivienda) específicamente para personal que labore en áreas rurales apartadas y de difícil acceso (35).
- Solicitar ante las entidades territoriales un ajuste del financiamiento, priorizando municipios de categoría 6 y la dotación de infraestructura en zonas rurales dispersas.
- Fortalecer la implementación de comités de salud obligatorios en todos los corregimientos y asegurar su integración formal en la planeación y seguimiento del plan local de salud (35).

#### **Discusión**

Los resultados obtenidos en la evaluación de la implementación de la Ruta Integral de Atención (RIA) para adultos y adultos mayores en Bolívar, Cauca, permiten reflexionar sobre la persistencia de desafíos estructurales que caracterizan a la salud rural en Colombia. A pesar de avances notables en la cobertura, el empleo de herramientas tecnológicas y la mejora relativa en la entrega de servicios preventivos y de seguimiento a condiciones crónicas, el

entorno rural sigue condicionado por las dificultades propias de la geografía dispersa, la precariedad en vías de acceso y la limitada disponibilidad de personal sanitario, sumado a la alta rotación y a la presión administrativa que enfrentan los equipos de salud. Estas barreras repercuten en la capacidad de la RIA para alcanzar de manera equitativa a toda la población objetivo y garantizar continuidad en la atención, aspectos también documentados por otros estudios sobre la implementación de las RIAS en zonas rurales colombianas (36).

El análisis de experiencias en municipios como Sibaté, Guainía y diversas regiones priorizadas por el Plan Nacional de Salud Rural confirma que, aunque la política nacional ofrece el marco normativo y los lineamientos técnicos para una atención con enfoque de curso de vida y gestión integral del riesgo (según la Resolución 3280 de 2018) la concreción de estos principios depende de una fuerte adaptación territorial. Esto implica reconocer la diversidad sociocultural de las comunidades, incorporar prácticas interculturales, y fortalecer la participación de los líderes comunitarios y de los usuarios en todo el proceso de planeación y monitoreo de la RIA. La fragmentación de la infraestructura, la escasez de recursos asignados de forma específica para la ruralidad, y la carencia de incentivos diferenciados para el talento humano son elementos que se repiten en gran parte del contexto rural colombiano y que se reiteran en los hallazgos de Bolívar (36,38).

La literatura técnica y normativa insiste en que la superación de estas brechas no es solo una cuestión de recursos, sino de gobernanza y articulación intersectorial eficaz. Los comités locales y mesas técnicas de salud deben ser conformados por autoridades sanitarias, líderes sociales y representantes de pueblos étnicos, resultan indispensables para legitimar la toma de decisiones, fomentar la corresponsabilidad de la comunidad y adaptar las actividades de

la RIA a la realidad local. La experiencia de Bolívar también ilustra que la expansión de la telemedicina, el fortalecimiento de la atención domiciliaria y extramural, así como el uso innovador de sistemas de información y herramientas digitales, son estrategias costo-efectivas para superar la lejanía y garantizar una atención más oportuna y continua, aunque deben acompañarse de inversiones en conectividad y capacitación constante del personal (35).

Este panorama reafirma la relevancia de un enfoque integral y diferencial en la atención a adultos y adultos mayores, considerando su valoración funcional, cognitiva y social, y promoviendo el autocuidado y la participación social activa. La sistematización de la información, la adopción de sistemas interoperables y la utilización responsable de inteligencia artificial pueden contribuir a optimizar la administración y el monitoreo de la RIA, liberando tiempo para la atención directa y mejorando la trazabilidad del cuidado (38).

Este análisis destaca que el fortalecimiento de la RIA en Bolívar y en municipios con características similares exige una política pública robusta que armonice los lineamientos nacionales con las particularidades del territorio. La equidad, la pertinencia cultural y la sostenibilidad de los modelos de atención dependerán de la capacidad de los sistemas de salud para movilizar a la comunidad, integrar agentes y equipos multidisciplinarios adaptados al territorio, y garantizar recursos y estrategias diferenciadas (35). Solo así será posible consolidar un modelo integral, continuo y centrado en la persona que responda eficazmente a los desafíos complejos de la salud rural en Colombia.

Finalmente, el presente estudio enfrentó limitaciones derivadas de restricciones por parte la Empresa Social del Estado (ESE), lo que afectó la amplitud de la investigación. El acceso a la información fue limitado por parte del equipo técnico, especialmente en lo relacionado con

las bases de datos de los usuarios atendidos, lo que dificultó la posibilidad de contrastar los hallazgos obtenidos en campo con los registros institucionales. Además, se evidenció dificultades para obtener la información por parte de las autoridades responsables del manejo de los registros, posiblemente debido al temor a repercusiones, falta de interés o por situaciones prioritarias que demandaban su atención en el territorio. Estas restricciones deben ser consideradas al momento de diseñar futuras investigaciones sobre esta temática.

## Referencias

1. MINSALUD. Plan Nacional de Salud Rural [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>
2. Gobernación del Cauca. Análisis de Situación en Salud (ASIS) municipio de Bolívar Cauca 2022. 2023.
3. Fagua LE. Factores facilitadores y barreras de acceso de los adultos jóvenes a las atenciones de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en un municipio de Colombia, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 13]. Available from: chrome-extension<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/53145/TFM%20Luz%20Helena%20Fagua.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Sayago S. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. Cinta de moebio [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 9];(49):1–10. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Title: Methods in Qualitative Research: Triangulation [Internet]. Bogotá, D.C; 2005 [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
6. ATLAS.ti. Guía de análisis cualitativo de datos [Internet]. [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://atlasti.com/es/guias/guia-investigacion-cualitativa-parte-2/analisis-de-datos-cualitativos>
7. ATLAS.ti. Codificación de datos cualitativos [Internet]. [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://atlasti.com/es/guias/guia-investigacion-cualitativa-parte-2/codificacion-de-datos>
8. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. [cited 2024 Sep 11]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx#>

9. Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. Salud UIS. 2023 Jul 21;55(1).
10. Pazo C. Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 13]. Available from: [chrome-extehhttps://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9584/Neoliberalismo%20y%20sistema%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9584/Neoliberalismo%20y%20sistema%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Secretaría de Salud Municipal de Bolívar. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Municipal 2023. Bolívar, Cauca: Secretaría de Salud Municipal; 2023
12. Mendieta DJC. Vista de El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente\_ a propósito de los veinticinco años de su creación. Revista Latinoamericana de Derecho Social . 2019;
13. MINSALUD. Plan Nacional de Salud Rural [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>
14. Lodoño IJM. Implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de. 2020 [cited 2024 Apr 14]; Available from: [http://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/handle/10906/94576](http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/94576)
15. Parga J. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA ENTRE 2012 - 2014. Cali,Valle; 2015 Dec
16. Sayago S. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. Cinta de moebio [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 9];(49):1–10. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Title: Methods in Qualitative Research: Triangulation [Internet]. Bogotá, D.C; 2005 [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
18. Rojas-Rangel J, Medina-Riascos C, Pinto-Ortiz G, Escobar-Díaz FA. Adherencia a la ruta de atención en salud materno-perinatal en una institución hospitalaria, Valledupar, Colombia. Revista de Salud Pública [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Apr 14];24(3):1–7. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/104829>
19. MinSalud. MANUAL METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAs [Internet]. 2016 [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
20. Rodríguez D, Benavides J. Vista de Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. [cited 2024 Mar 2]; Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26123/20782752>

21. Mendieta DJC. Vista de El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente\_ a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* . 2019;
22. Rico R. EXPLORANDO EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. 2011 [cited 2024 Apr 29]; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnhttps://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/4744/tesis459.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. INS. 11. Acceso a servicios de salud en Colombia [Internet]. [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>
24. Suárez EL. Factores facilitadores y barreras del acceso a la atención materno-perinatal de las mujeres usuarias de una Empresa Social del Estado (E.S.E.) en Cundinamarca. [Internet]. 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/55222/TESIS%20ERIKKA%20SU%c3%81REZ%20NOVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Vega A. Adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en un prestador de servicios de salud de baja complejidad de la ciudad de Bucaramanga en el año 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 14]. Available from: chrome-extension://https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/32518/2/VegaAngie\_2022\_AdherenciaRutaMaternoperinatal.pdf
26. Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. Health and rurality in Colombia: an analysis from the standpoint of the social determinants of health. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016 Sep 1;34(3):359–71.
27. Martínez DDM. ADHERENCIA A LA RUTA MATERNO PERINATAL DE GESTANTES DIRECTORES ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO. 2021 [cited 2024 Apr 14]; Available from: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/6ffe7655-2048-412f-8d62-4040233d5dd8/content>
28. Margarita L, Herrera G, Benavides Pachon LH, Trujillo Rodriguez M. Evaluación Preliminar del Impacto de la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal en Colombia [Internet]. [cited 2024 Apr 14]. Available from: chrome-extension://efaidnbmhttps://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/53535/2023marlentrujillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Mera-Urbano GA, Sotelo-Daza J, Arias-Gordillo A. Implementation of the comprehensive health care policy in Cauca: a case study 2016-2019. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022 Jan 1;27(1):67–85.
30. Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM, Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2023 Jul 21 [cited 2024 Apr 13];55(1). Available from:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072023000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072023000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

31. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución No. 3280 de 2018 [Internet]. 2018. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
32. Alcaldía Municipal de Bolivar Cauca. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD BOLIVAR, CAUCA. 2024.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD [Internet]. 2016 [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
34. MINSALUD. Resolución No. 2626 de 2019 [Internet]. 2019. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
35. OMS. Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [Internet]. [cited 2024 Mar 2]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582375/pdf/Bookshelf\\_NBK582375.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582375/pdf/Bookshelf_NBK582375.pdf)
36. Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía. Informe de Resultados. Bogotá, 2017.
37. Alcaldía Municipal Bolivar Cauca. PLAN DE ACCIÓN TERRITORIAL PARA VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO 2020-2023.
38. Cuervo Castañeda AF, Castiblanco Montañez RA, González Ruiz DP, Hernández Maldonado MJ, Lara Cruz DF. Proceso de construcción de la ruta de atención integral de promoción y mantenimiento de la salud para el Municipio de Sibaté. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, 2019.