

## ACCESO A LOS SISTEMAS DE SALUD EN ZONAS ALTAMENTE DISPERSAS EN COLOMBIA ACCESS TO HEALTH SYSTEMS IN HIGHLY DISPERSED AREAS IN COLOMBIA

**Fernando Andrés Duarte Villamil**

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

[[andresduartevillamil85@gmail.com](mailto:andresduartevillamil85@gmail.com)] [<https://orcid.org/0009-0001-4330-1925>]

---

### Información del manuscrito:

**Recibido/Received:** 19/10/2025

**Revisado/Reviewed:** 19/11/2025

**Aceptado/Accepted:** 18/11/2025

---

### RESUMEN

**Palabras clave:**

atención primaria en salud, red de servicios, modelo de atención y acceso.

El siguiente artículo tiene como finalidad hacer una correlación de cómo influye la dispersión en el acceso a los servicios de salud en una localidad o una región. De acuerdo a un proceso investigativo que se dio en la región del vichada, oriente de la llanura colombiana, limítrofe con el vecino país de Venezuela y teniendo una cualidad que la hace diferente al resto de las regiones del país colombiano, posee dentro de su componente político-administrativo el municipio con mayor extensión de tierra del país, de esta manera generando unas limitantes marcadas para que los habitantes accedan a los servicios de salud de primera línea de frente o de Atención primaria en salud (APS). Siendo el municipio de Cumaribo-Vichada de los más extensos del país con alta ruralidad y dispersión con más 65.000 km<sup>2</sup>, convirtiéndolo en un total reto al planear los servicios de salud en la región. Con una población altamente rural y en crecimiento exponencial hacen que en el departamento del vichada sea complejo la planificación del acceso oportuno y con calidad en los servicios de salud, siendo todo un reto para el sistema de salud que en zonas altamente dispersas se planifique de manera correcta y se escoja una estrategias para mejorar el precario acceso de los servicios, articulando de igual manera con el estado colombiano para aumentar el acceso desde la gobernanza en los sistemas de salud locales.

### ABSTRACT

**Keywords:**

primary health care, service network, care model and access.

The following article aims to correlate how dispersion influences access to health services in a locality or region. According to a research process conducted in the eastern Vichada region of the Colombian plain, bordering neighboring Venezuela and with a quality that sets it apart from the rest of the Colombian regions, within its political and administrative component, it has the municipality with the largest land area in the country, thus generating marked limitations for inhabitants' access to frontline health services or Primary Health Care (PHC). The municipality of Cumaribo-Vichada is one of the largest in the country, with a high rurality and dispersion of over 65,000 km<sup>2</sup>, making it a significant challenge when planning health services in the region. With a

---

highly rural and exponentially growing population, planning for timely and quality access to health services in the department of Vichada is complex. It is a challenge for the health system to plan appropriately in highly dispersed areas and select strategies to improve precarious access to services, while also working with the Colombian government to increase access through governance in local health systems.

---

## Introducción

La investigación realizada por el equipo investigador en el Departamento del Vichada en el oriente Colombiano, fundamentado en los atributos de calidad que se deben tener para que una red de prestación de servicios de salud en un contexto geográfico como el que se presenta en el Departamento y sus municipios cuente con la solvencia de prestar los servicios al momento en que la población en sus episodios de enfermedad presenten, que son propios del análisis de situación en salud de la población Vichadense distribuidas en sus municipios respectivamente.

Basándose en alguna investigación Alba et al. (2016), como también en instrumentos para medir acceso, eficiencia, oportunidad e inclusión en la atención sanitaria que recibe la población vichadense en sus diferentes prestadores de servicios de salud, se pudo establecer algunos determinantes en salud que inciden en la morbilidad y mortalidad en los diferentes municipios del departamento del Vichada. Utilizando una orientación geográfica de la red de prestación de servicios actual se precisó determinar los conglomerados en las zonas rurales para ubicar los puntos de atención más cercanos que se podrían tener al momento de consultar los servicios sanitarios en el Departamento, de igual manera se realizó un cálculo aritmético relacionando las consultas por grupo atareo que permitiera evaluar el consumo de servicio de los habitantes Vichadenses por cada uno de los municipios que conforman administrativamente el Departamento por fuentes de información certificadas (RIPS).

El presente artículo tiene como finalidad mostrar la investigación realizada durante en el Departamento del Vichada referente al acceso a los servicios que pueden tener los habitantes de un territorio con alta ruralidad y dispersión, también teniendo en cuenta la oferta o disposición de servicios que se deberían tener en territorios con estas características para optimizar el acceso a los servicios y de esa manera generar acciones tendientes a fortalecer la atención primaria en salud (APS), de esa manera en una investigación cuantitativa (transversal descriptivo), donde permitió definir la capacidad instalada en una región con zonas de alta ruralidad y dispersión por parte de la investigación.

Para autores como Escalona y Diez (2004), indican que los servicios sanitarios están directamente relacionados con si son básicos o especializados según el nivel de ruralidad y dispersión, esto siendo una línea de partida al momento de analizar la red de servicios en zonas con características de dispersión. La investigación nos lleva a realizar presiones propias de la capacidad que tiene un sistema de salud para proveer servicios dependiendo de la ubicación geográfica donde se encuentre el usuario sobre todo en un país como Colombia donde la heterogeneidad del territorio implican una planeación basada en la geografía.

Las Scale Back, o concentración de la red de servicios que esta directamente relacionado en la ubicación de la provisión de servicios según el mercado (oferta vs demanda), esto permitiendo abaratar la transacción de la atención medica que en zonas con alta dispersión se genera una asimetría del mercado o una relación imperfecta que afecta la planeación de servicios y la ejecución de actividades propias de la atención primaria en salud (Escalona y Diez, 2004).

Las desigualdades sociales y afectación en la salud de cualquier población ocurren cuando los sistemas de salud no identifican los factores que generan daño en la protección de la salud de los usuarios consultantes de un sistema, estas vulneraciones no solo están relacionadas con la atención en salud como tal si no la provisión de servicios o la incapacidad de que los servicios lleguen donde se requieran (Juárez et al. 2014).

La investigación para determinar la capacidad instalada y el acceso a los servicios de salud que tiene el departamento del Vichada, están dados por los determinantes que se puede evidenciar y medir.

En la investigación realizada por Molina et al. (2006), donde manifiesta que los servicios de salud, por la no utilización como un producto de la falta de accesibilidad de los servicios de salud por razones económicas, culturales o geográficas. Con esta teoría la investigación que se realizó en el Vichada siendo un departamento donde la extensión geográfica que presenta el territorio, propicia la baja atención medica que se puede tener en los centros de salud habilitados tanto privados como públicos para prestar servicios de salud, teniendo en cuenta que la complejidad de la red en el Departamento no supera la mediana complejidad centralizada solo en la red pública, se ve con preocupación que el bajo acceso de los servicios de salud está ligado con la dispersión y ruralidad, adicional la falta de tener un modelo de atención integral que se articule con una red de prestación de servicios que puedan ser ubicados estratégicamente para que la población los pueda consumir de mayor manera, todo esto articulándose con una variable de peso como lo es tener dentro de la red factores de enfoque diferencial para permitir un mejor acceso por parte de la población indígena.

La investigación se enfocó directamente en cuantificar y analizar qué cantidad de vichadenses que asisten a los servicios de salud que están previstos para dar atención médica tanto rural como urbana, como también se tiene el acceso a los servicios por parte de la población indígena por servicios y programas de atención como también en medicina tradicional.

Para Valbuena (2015), en el estudio realizado en la ciudad de barranquilla indica que una de las grandes debilidades del sistema de salud local en la ciudad caribeña era mejorar el acceso a los servicios de salud, por ende, estableció que la estrategia caminante de la salud. Son un grupo de profesionales que se encargan de visitar los barrios casa a casa, con el fin de detectar posibles problemas de salud en la comunidad, cumpliendo el papel de promoción y prevención. Esta estrategia lo que busca es incentivar la demanda de los servicios de salud por parte de la población de escasos recursos, recolectando información acerca de las condiciones generales de esa población que ayudarán a focalizar programas de promoción y prevención de enfermedades en comunidades particulares. La articulación de estas tres estrategias, Caminantes, Pasos y Caminos, en coordinación con la red hospitalaria.

Para el Banco de la Republica (2014), en un informe presentado manifiesta ante la situación de que los servicios no sean suministrados oportunamente, surgen inquietudes sobre la oferta de los servicios de salud: ¿es un problema de escasez? ¿No hay suficientes hospitales? ¿Están mal distribuidos a lo largo del territorio nacional? Un elemento que puede ayudar a entender la situación es un balance o inventario de los prestadores del servicio de salud que existen en el país, que permita conocer con precisión su localización y la calidad en el ejercicio de sus actividades.

La utilización de servicios de salud en zonas altamente dispersas o rurales está directamente relacionada con la capacidad que tiene el territorio de organizar la oferta de servicios, por ello Piñeres et., al (2013) manifiesta que la utilización de servicios esta determinada por las variables sociodemográficas de la población que tiene una necesidad en salud. En este mismo estudio se plantean algunas teorías como la de Anderson, por su parte, sugiere la utilización de otras variables como son: a) necesidades de atención médica (desde el punto de vista individual, así como del proveedor del servicio); b) factores predisponentes (conformado por variables sociodemográficas asociadas a actitudes, creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como sexo, educación, composición familiar y ocupación, entre otras) factores capacitantes que se asocian a

condiciones socioeconómicas, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, seguro médico) o comunitario (accesibilidad, disponibilidad).

## **Método**

### ***Diseño de investigación***

Para algunos investigadores como Cassiri (2020), las investigaciones cuantitativas de tipo transversal son valiosas por que permite definir variables que permiten resolver problemas valiosos para la humanidad. De acuerdo al tipo de investigación utilizamos un método transversal descriptivo que permite estimar en un tiempo determinado las condiciones de salud de los vichadenses, utilizando variables independientes (atenciones realizadas) y dependientes (centros de salud), que durante el tiempo de la investigación se midieron también algunos determinantes que permiten relacionarlo con la demanda insatisfecha que se tiene en el departamento por la falta de acceso a los servicios de salud que se trasforman en enfermedad.

La definición del tipo de investigación establece que tipo de objetivos se pueden conseguir o al menos que paradigmas se puede romper, para ello Hernández et al. (2014), establece que; “El problema debe expresar una relación entre dos o más conceptos o variables (características o atributos de personas, fenómenos, organismos, materiales, eventos, hechos, sistemas, etc., que pueden ser medidos con puntuaciones numéricas” (pp. 69). Con esto la investigación permitió correlacionar los fenómenos que se observan en el territorio frente a la no prestación de servicios y utilizar variables propias de la prestación de servicios para poder conseguir objetivo que al final de la investigación se presentaron.

### ***Diseño metodológico***

Para establecer los tipos de fuentes que se utilizaron en la investigación para recolectar los datos se dividieron de la siguiente manera;

Fuentes primarias. La fuente primaria de la investigación tiene como principales datos tenemos varios componentes: Las encuestas que nos permitieron recolectar información del terreno que darían la capacidad de analizar los determinantes que afectan que la población del vichada no acceda a los servicios de salud. Los RIPS que se procesaron para visualizar que cantidad de servicios se consumen en el vichada en un periodo de tiempo establecido, esto permitiendo hacer análisis de acceso. La información que se recolecto de la página del ministerio de salud REPS que nos permitió analizar y cuantificar la red de servicios de los municipios y del Departamento específicamente.

Fuentes secundarias. Las fuentes secundarias fueron referencias bibliográficas que permitieran visualizar como se debería construir un modelo de atención en salud que basara su red en las necesidades puntuales de la población, pudimos tomar de referencias diferentes artículos, guías del ministerio de salud y unas referencias internacionales de país de centro américa (Guatemala) como también la OMS.

Para la investigación y según el diseño se estableció realizar la recolección de la información Basado en el número de habitantes que se tienen en la proyección DANE 2020, podemos identificar que el estudio estadístico para selección de la población es probabilístico de muestreo aleatorio simple, donde se busca obtener una población definida que permita realizar la intervención estadística al ser encuestada por una parte de la investigación. Se tendrán entrevistas directa por parte de personal de apoyo al equipo investigador que es personal indígena en su mayoría para poder tener un rendimiento óptimo en la recolección de los datos.

### **Población y Muestra**

Teniendo presente el tipo de investigación por el cual se optó por el equipo de trabajo, se definieron herramientas tipo encuesta para plasmar y evaluar aspectos tales como; accesibilidad, solicitudes que se realizan, producto final de la atención, asesoramiento por parte del equipo médico, aspectos económicos entre otros. Teniendo en cuenta la técnica de muestreo según Hernández et al. (2014), se realizó una selección aleatoria de la población que se intervendría donde el nivel de confianza tuviera el 95% para disminuir sesgos dentro de la investigación donde a nivel del Departamento se distribuyeron 383 encuestas para recolectar la información, se tuvo presente por el equipo investigador el número de habitantes para distribuir las encuestas siendo Cumaribo el municipio donde mayor número de encuestas (60%) se debieron aplicar por ser el de mayor extensión y número de población del Vichada.

También dentro de las técnicas que se utilizaron por el equipo de investigación se precisó en observación directa con conteo aritmético de los RIPS para algunas variables previamente definidas de acuerdo con la morbilidad del Departamento que se contrastó con el ASIS 2015. Toda la información que se procesó fueron radicados por los prestadores, en los RIPS trabajados se agrupan al 100% de la población consultante a servicios de salud en el Vichada como los son PRESTADOR PUBLICO-Red pública y PRESTADORES PRIVADOS-Red indígena-privado, por parte de la red pública se obtuvo la información que se facilitó por parte de la Secretaria de Salud del Vichada en su área de sistemas de Información, mientras tanto la red indígena facilitó la información por parte de la dirección general, Todo esto se consolidó en instrumentos de conteo diseñados por el equipo investigador.

### **Variables**

Los investigadores definieron el tipo de investigación que es de naturaleza cuantitativa, con el cual se buscara una respuesta razonable al planteamiento del problema, por tal razón se definen de la siguiente variable así;

Variable Independiente: Una variable independiente es una variable que representa una cantidad que se modifica en la investigación y número de atenciones en salud que se procesaran de la fuente RIPS (Sousa et al. 2007).

Variable Dependiente: Una variable dependiente representa una cantidad cuyo valor depende de cómo se modifica la variable independiente de la investigación, que se divide en dos; Centros de salud que se tienen habilitados para atenciones en el Vichada y traductores indígenas que se tienen por parte de las IPS habilitadas en la red de servicios (Sousa et al. 2007).

### **Instrumento de investigación**

Las técnicas de procesamiento del dato tienen dos vías que permitieron acceder al análisis de información, para algunas investigaciones las técnicas de recolección de datos o instrumentos utilizados en investigaciones científicas son de gran variedad, pero las investigaciones cuantitativas utilizan generalmente encuestas, entrevistas, observación sistemática, análisis de contenido fichas de cotejos entre otros (Hernández y Duana, 2020).

En la investigación se enfocó como instrumento de recolección de datos tipo encuestas tuvieron dos vías: 1). La primera fue aplicación de encuestas que permitieron captar variables propias de la prestación de servicios como lo son; accesibilidad, solicitud y suministros, productos (resultados) y asesoramiento (información). 2). El segundo componente de actividades de las encuestas fue: condiciones sociodemográficas y económicos.

El segundo componente de recolección de datos se enfocó en observación sistemática de los registros individuales de prestadores de servicios de salud (RIPS) de los prestadores de habilitados y que de una u otra manera tienen una oferta de servicios en el departamento del Vichada.

La primera etapa de la investigación debió tener claramente la identificación del problema que es la principal posibilidad de contar con el éxito de los resultados a obtener. Para el estudio realizado se tuvo en cuenta el análisis de situación en salud ASIS del departamento del Vichada 2016, con el ánimo de poder visualizar datos relevantes para la investigación como indican autores como Useche et. Al (2019), donde seguidamente se debe compilar toda la información más actualizada en lo concerniente a red integradas o prestación de servicios efectivos con el ánimo de aplicar todas las rutas o documentos que se pudieran relacionar en la organización de la red de prestación de servicio o la capacidad instalada del Departamento por zonas geográficamente definidas, siendo esto una actividad de recolección de datos de manera sistemática que la investigación utilizó. Para eso el grupo de investigación dividió en varias fases el método de recolección de datos de la siguiente manera:

Esta primera fase del trabajo investigativo tiene por misión recopilar el mayor número de factores que pueden hacer que las variables se afecten y tengamos una incidencia en los resultados. Teniendo en cuenta la fase de identificación del problema que sería basado en la realidad tangible del Departamento tomando ASIS-2015 y la red de prestación de servicios de salud habilitada (REPS) por municipios.

Seguido de haber identificado el problema que sería visualizado de una manera puntual en el abordaje de la investigación, se realizara una demarcación geográfica de la red prestadora de servicios de salud por cada municipio del Departamento (Santa Rosalía, Primavera, puerto Carreño y Cumaribo) teniendo en cuenta su naturaleza, adicional se tendrá en cuenta puntualmente el municipio de Cumaribo que es el de los 4 municipios que presenta mayor numero población (50% del Departamento en su mayoría indígena), con mayor extensión de geográfica donde la dispersión de la población se convierte en un factor importante para enmarcar la investigación.

El equipo investigador proyecto una segunda fase de recolección de datos donde pretendió diseñar un marco geográfico de la red en el Departamento para poder medir atributos como (oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios), que permitan orientar la red de prestación de servicios de salud existente y rediseñar la que se encuentra ofertada a la población consultante del Vichada si fuera necesario. La segunda fase de la investigación tendría como fin tener un mapeo estructural geográficamente de las unidades de servicios que prestaría atención en salud (intramural y extramural) que permitirían tener mayor presencia de servicios de salud en los conglomerados poblacionales del Departamento.

La tercera fase del estudio de investigación propuesto se relaciona con tomar directamente la voz del usuario mediante una herramienta tipo encuesta que permita cuantificar algunas variables que se deben tener en cuenta para proponer el diseño de la red de servicios tanto intramural como extramural, la encuesta se aplicara a la población vichadense tanto del régimen subsidiado en salud , como régimen contributivo, régimen de excepción y población pobre no asegurada, todo esto permitiendo que el estudio tenga mayor información relacionada con la red que se consulta por el ciudadano del común.

La cuarta fase corresponde al análisis de la información que se recopiló desde la herramienta tipo encuesta que se diseñó para la realización del estudio, la finalidad principal de realizar la encuesta está supeditada a escuchar directamente al usuario consultante de la red existente que le permita comparar al equipo investigador algunos factores más que se encuentran documentados previamente, en esta fase lo que se plantea

es aportar a los diferentes actores una sugerencia tangible de lo que podría ser el diseño de la red del Departamento del Vichada tanto intramural como extramural para mejorar las condiciones de salud de los vichadenses, teniendo en cuenta factores de altísima relevancia que se puntualizaran por el equipo investigador en los resultados y conclusiones.

## Resultados

El objetivo general de la investigación llevo a Determinar la suficiencia y accesibilidad de la red hospitalaria municipal y departamental del Vichada. Para desarrollar de manera integral, eficiente y de manera pertinente la investigación se utilizaron técnicas de recolección de datos como se menciona anteriormente en el apartado de métodos, donde en el presente apartado se mostrarán lo resultados obtenidos que permitan darle validez a la investigación.

**Tabla 1**

*Prestadores de servicios habilitados en el Vichada*

Municipios	Tipo de Prestador				
	PRIVADAS			PUBLICA	
	IPS	Profesional Independiente	Total, General Privadas	IPS	Total, General Publicas
CUMARIBO	3	1	4	2	2
LA PRIMAVERA	0	2	2	1	1
PUERTO CARREÑO	1	10	11	1	1
SANTA ROSALIA	1	0	1	1	1
Total, General			18	Total, General	5

*Nota.* Fuente registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS años 2020).

En la tabla número 1 se muestra que la investigación tomando de referencia el REPS- registro de prestadores de salud del ministerio de protección y salud al corte de noviembre de 2019 se realiza tabulación de la red de servicios que está habilitada para prestar servicios de salud en el vichada, en un total de 18 prestadores entre IPS y Profesionales independientes de naturaliza privada discriminados de la siguientes manera; en Cumaribo (3 IPS) y (1 Profesionales Independiente) que suman 4 en total; en el municipio de la Primavera se encuentran (2 Profesionales Independiente); en Puerto Carreño que es la capital del departamento encontramos (1 IPS) y (10 Profesionales Independiente); en Santa Rosalía encontramos (1IPS). Esto demarca una red de servicio conformada por 23 prestadores de salud entre IPS y Profesionales independientes.

Para la investigación también era importante establecer dentro del análisis de datos y observación sistemática que se realizó, poder identificar el tipo de prestador como también la naturaleza del mismo, dadas las condiciones que en zonas con alta ruralidad y dispersión requiere un sistema de salud local y de la misma manera la responsabilidad del estado de brindar una capacidad instalada suficiente para brindar acceso, oportunidad y pertinencia en la prestación de servicios de salud, por tal motivo se presenta el siguiente cuadro.



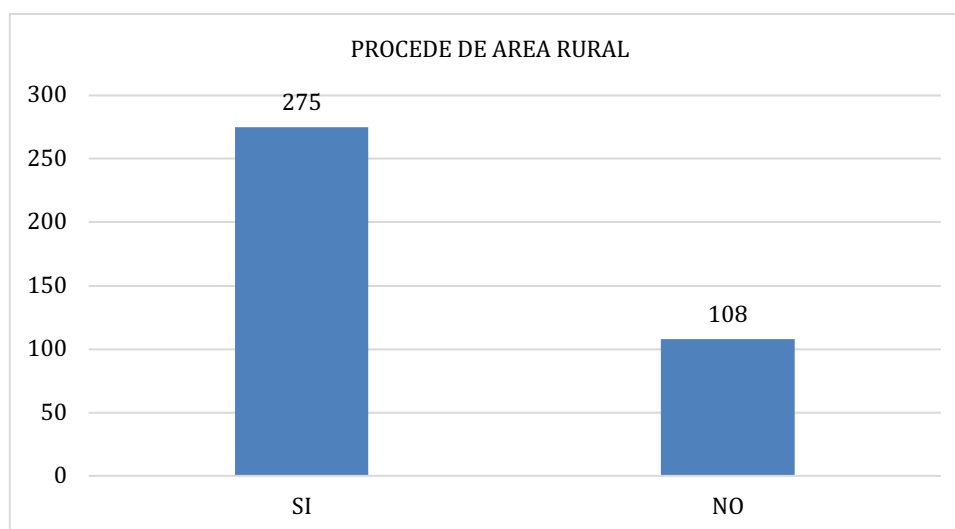
**Tabla 2***Prestadores de servicios habilitados en el Vichada*

Sedes en el Departamento según su naturaleza			
Municipio	Privadas	Públicas	Total
CUMARIBO	3	1	4
LA PRIMAVERA	3	1	4
PUERTO CARREÑO	11	1	12
SANTA ROSALIA	1	1	2
<b>Total, General</b>			22

*Nota.* Fuente registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS años 2020).

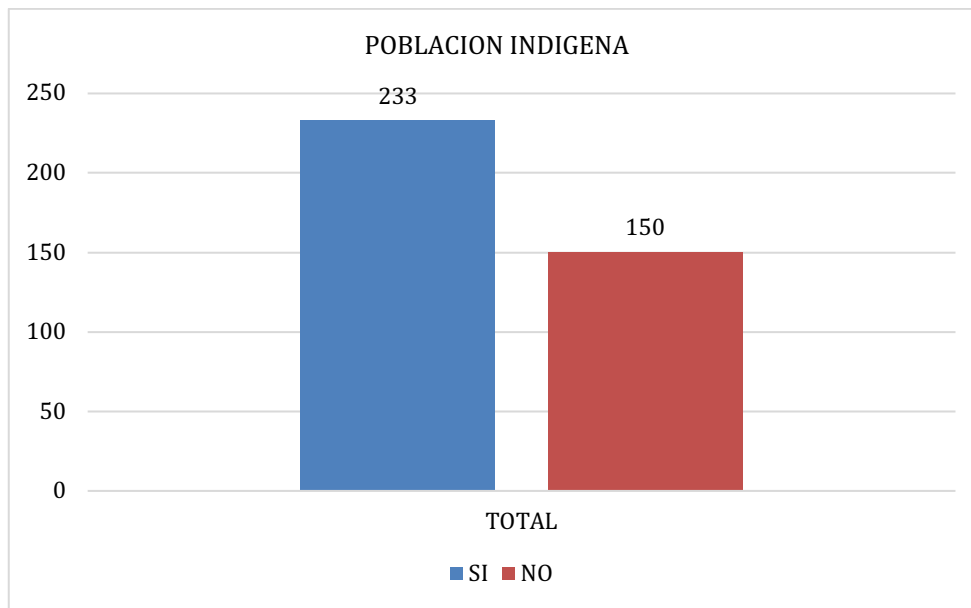
En la tabla número 2 se identifica que en el departamento del Vichada se tienen habilitados 22 prestadores de servicios de salud que están distribuidos por cada municipio desde su conformación tanto privada como pública. Dentro de las IPS que se referencian en el departamento hay que resaltar que solo 2 son de carácter indígena y ambas solo tiene en sede en área urbana del municipio de CUMARIBO, según el REPS al corte de noviembre del 2019.

Para la investigación era importante ubicar como estaba conformada la red siendo el insumo principal para provisionar servicios de salud en el territorio, por tal motivo ahora se muestra el resultado demográfico de la población.

**Figura 1***Lugar de procedencia de los consultantes a servicios*

En la figura número 1 se puede visualizar de las encuestas aplicadas en los diferentes prestadores de servicios de salud en el Vichada, donde de 383 encuestas aplicadas 275 respuestas indican que proceden del área rural siendo el 71.80% del resultado y con respuesta de no procede de área rural fueron 108 encuestas equivalente al 28.19%.

**Figura 2**  
*Lugar de procedencia de los consultantes a servicios*



En la figura número 2 se muestran los resultados que se obtuvieron en el ítem de la encuesta, donde podemos visualizar que de las 383 encuestas que se aplicaron y que tenían la pregunta si era indígena sí o no, 233 personas marcaron que pertenecían a un grupo indígena. Con esto podemos decir que el 61% de la población que consulta a los servicios de salud en el departamento del vichada pertenece a grupos indígenas, siendo más de la mitad de los consultantes a los servicios de salud. De la misma manera un total de 150 encuesta de población que no pertenece a población indígena equivalente al 39.16% de población colona.

La investigación muestra que el total de la población indígena en el departamento del vichada es tan importante como la misma red de prestación de servicios que se pueda requerir para conformar de manera eficiente, teniendo en cuenta sus creencias ancestrales en el trabajo investigativo se debió establecer que tanto consumían servicios de salud con la medicina occidental los pueblos indígenas. El municipio que mayor proporción de pueblo indígenas tiene es CUMARIBO, al igual es el municipio con mayor población dentro su composición tiene de 40 mil personas que en promedio el 50% se han declarado pertenecer algún grupo étnico del departamento. Para evaluar cuanta población indígena consultaba a los servicios de salud que tenían a la mano en cualquiera de los 4 municipios, se estableció mediante una encuesta un ítem que describiera si hacían parte de población indígena.

Uno de los grandes resultados de la investigación fue identificar que primero más del 50% de la población consultantes era población indígena, posterior tener presente que el 71% del total de la población consultante es del área rural (figura 1), con otro factor que se identificó fue la multiculturalidad que se identificó es uno de los más representativos de la investigación, teniendo en cuenta los pueblos existentes en toda la extensión en el territorio los cuales son: el GUAHIBO, el SIKUANI, el PIAROA, el PIAPOCO, el CUBEO, el PUINAVE, el AMORUA y el SALIVA son los grupos indígenas presentes en Vichada. Esto generando un reto adicional, dado que cada pueblo indígena posee unas características ancestrales propias, de la misma manera para la planeación de servicios de salud diferencial.

**Tabla 3**  
*Prestadores de servicios habilitados en el Vichada*

Municipios	Tipo de Transporte desde el municipio a Puerto Carreño y Villavicencio	Tiempo de llegada a la ciudad principal (desde la comunidad más alejada) en minutos	Distancia en km a la ciudad principal desde la más alejada
<b>Puerto Carreño</b>	Aérea y Terrestre a Villavicencio.	60 minutos a Villavicencio vía aérea y 48 horas vía Terrestre.	Carreño a Villavicencio vía aérea 718 km
<b>La Primavera</b>	Terrestre, Fluvial y aéreo a Villavicencio. Terrestre y fluvial a Puerto Carreño	Primavera-Carreño por tierra 12 horas, por agua 7 horas. Primavera-Villavicencio por aire 2 horas, por agua y/o por tierra 9 horas	415 km vía terrestre desde primavera a Carreño. 378 km desde primavera a Villavicencio vía aérea.
<b>Cumaribo</b>	Aérea y Fluvial a Puerto Carreño y Aérea y Terrestre a Villavicencio. Esta última solo en verano.	A Puerto Carreño vía aérea 105 minutos, vía fluvial 24 horas. Aérea a Villavicencio 120 minutos y por tierra a Villavicencio 13 horas en verano y 2 a 3 días en invierno.	Cumaribo a Villavicencio 305 km vía aérea y terrestre vía terrestre 481 km
<b>Santa Rosalía</b>	Villavicencio a Santa Rosalía, Vichada, toma aproximadamente 8 horas y 49 minutos conduciendo, cubriendo una distancia de 391 km	De puerto Carreño a santa Rosalía en vía aérea se demora alrededor de 120 minutos, vía fluvial alrededor de 12 horas y terrestre 14 horas	Alrededor de 415 km a puerto Carreño y 200 km a Villavicencio

*Nota.* Gobernación del Vichada (pp.59-63).

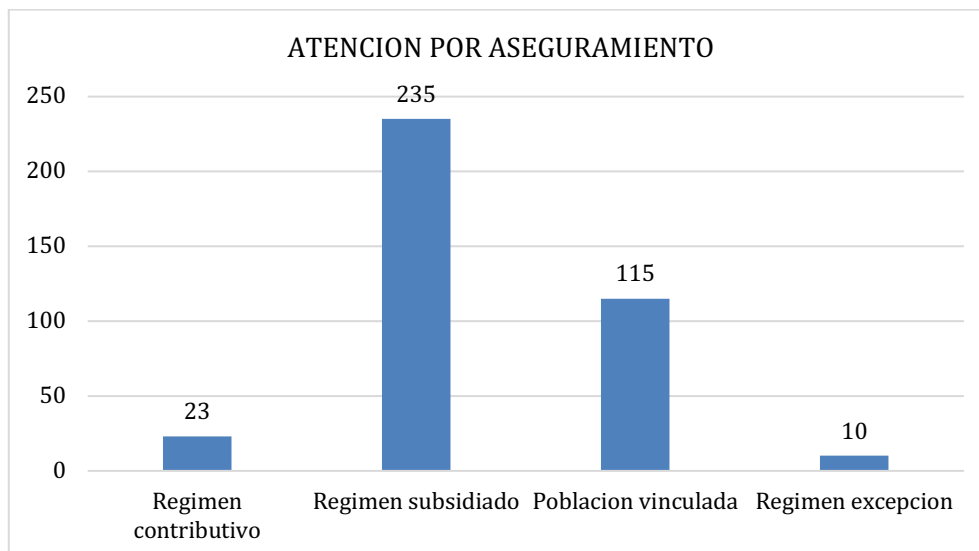
En la tabla numero 3 la investigación contextualizo como resultado el acceso al departamento por donde se le mire es una tarea difícil teniendo presente la referencia que se tiene en la tabla, encontramos que la capital Puerto Carreño es más cercana a Venezuela que al municipio más cercano del Meta, donde es acceso está supeditado al estado del tiempo durante el año de esta manera haciendo compleja la movilidad al interior del departamento. Al interior del departamento referenciando municipios como el de Cumaribo vemos que es casi imposible vía terrestre movilizarse durante la mitad del año, las distancias que debería asumir un paciente serían superior a 48 horas vía terrestre para cualquier tipo de remisión, ahora si es una remisión que exponga la vida del paciente la única manera de poder abordar el plan de manejo.

Hablar del acceso al vichada es un poco complejo cuando se ve desde cualquier lugar del país, La situación actual del sistema vial y de transporte tanto urbano como rural, del municipio de Puerto Carreño, está enmarcada por las precarias condiciones en que se encuentra el mismo, el transporte terrestre tanto de carga como de pasajeros se limita únicamente a la época de verano, el transporte fluvial es deficiente debido a la falta de flujos continuos de embarcaciones de carga y pasajeros que funcionen en todas las épocas del año. En este momento existe carretera desde Villavicencio hasta Puente Arimena, pasando por Puerto López y Puerto Gaitán. Desde Puente Arimena hasta Puerto Carreño la comunicación terrestre solo es posible en época de pleno verano; no se ha construido un camino que permita el transito durante todo el año, existiendo una trocha demarcada por la huella que van dejando los vehículos con su paso. Esta vía es transitada por camiones y camperos durante cuatro meses del año. El transporte fluvial en especial sobre el rio Meta y Orinoco, es utilizado en época de invierno. El transporte aéreo se convierte en el medio más utilizado para el transporte de pasajeros y de carga delicada y perecedera hacia y desde el interior del país, por todo esto la importancia de los resultados de la tabla 3 que acerca un poco a la realidad de las zonas altamente dispersas.

Para el municipio de La Primavera dentro de los ramales de la malla vial se destaca, la vía nacional con entrada y salida a la Inspección de Nueva Antioquia con una longitud aproximada de 15 km. Cuenta con un Ferry que presta el servicio en Puerto Esperanza y Casanare.

**Figura 3**

*Tipo de aseguramiento de la población consultada*



En la figura número 3 se muestra como la población en el departamento del vichada está cubierta dentro del SGSSS, Una vez identificada por la investigación la capacidad que tiene el sistema de salud en zonas altamente dispersas como lo es la del departamento del vichada, era importante mostrar el tipo de aseguramiento que tenía la población en el departamento. Para el equipo investigador determinar dentro de la muestra de población que tipo de aseguramiento tenían fue posible mediante la encuesta que se aplicó, arrojando resultados importantes para determinar el acceso y que incidencia tendría en cada uno de sus componentes. Para comenzar y de manera importante se pudo determinar que el 61% de la población consultante a los servicios de salud pertenece al régimen subsidiado, queriendo decir esto que tiene acceso a los servicios que se ofertan en el departamento. Otro componente de relevancia en el resultado fue el número de población pobre sin asegurar o población vinculada que consultan a servicios de salud que suman el 30% de la muestra, queriendo decir que el aseguramiento del SGSSS no ha podido canalizar estos habitantes del territorio y por la connotación administrativa de la población sin aseguramiento tendrían problemas en el acceso a los servicios de salud.

De la misma manera uno de los grandes resultados de la investigación fue establecer que el 69.97% del total de la población que acudió a los servicios de salud en las 383 encuestas aplicadas tenía aseguramiento, esto dando como responsabilidad al asegurador de la gestión del riesgo de la población, situación que conlleva a organizar la red de servicios a partir de las necesidades de los consultantes.

Para la investigación es de vital importancia conocer que cantidad de servicios se consumen en los habitantes del vichada en los prestadores que se tienen habilitados, siendo difícil la consecución de la información el equipo investigador trabajara los RIPS de dos prestadores del departamento que accedieron a que se midiera el dato.

El departamento adicional a esto cuenta con un subregistro de información que no permite darles trazabilidad a las consultas de manera adecuada, para los prestadores en

mención se debe tener en cuenta que son los que con mayor número de afiliados atienden en el departamento en base de datos 50 mil afiliados que corresponde al 68% del total de la población que accede a los servicios de salud del vichada.

**Tabla 4**

*Atenciones realizadas por la red en el departamento*

<b>ATENCIONES REALIZADAS POR PROGRAMAS DE PYP EN EL VICHADA-2017</b>	
PROGAMA	# TOTAL ANUAL
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	1164
PRESTADOR PUBLICO	1061
TOTAL	2225
<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENOR DE 10 AÑOS</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	5992
PRESTADOR PUBLICO	7911
TOTAL	13903
<b>SALUD BUCAL</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	1655
PRESTADOR PUBLICO	5571
TOTAL	7226
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	9400
PRESTADOR PUBLICO	3697
TOTAL	13097
<b>TOMA CITOLOGIAS</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	725
PRESTADOR PUBLICO	17
TOTAL	742
<b>CONSULTA DE JOVEN</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	9743
PRESTADOR PUBLICO	109
TOTAL	9852
<b>CONSULTA DE ADULTO</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	1117
PRESTADOR PUBLICO	192
TOTAL	1309
<b>AGUDEZA VISUAL</b>	CANTIDAD
PRESTADORES PRIVADOS	91
PRESTADOR PUBLICO	4
TOTAL	95

*Nota. Nota.* Resultado del análisis de los RIPS frente a las atenciones realizadas en el año 2017, elaboración propia.

La anterior tabla numero 4 nos muestra un consumo de servicios por los habitantes del vichada con una población total promedio de 73.000 mil habitantes según cifras DANE para la vigencia 2017 permitiéndonos establecer algunas situaciones tales como: 1). Si la pirámide población expuesta durante la investigación con su respectivo grupo Etéreo para menores de 10 años representa en promedio un valor de 18.000 infantes para el departamento que requieren como mínimo 2 atenciones en 12 meses que darían al menos 36000 mil atenciones para la vigencia, nos referimos a la tabla número 4 de los RIPS donde se ven reflejadas 13903 atenciones mostrando una falta de acceso a las consultas médicas en por lo menos al 62% de los infantes del Departamento, en el cálculo solo se tendría acceso por parte del 38% de los niños vichadenses. 2). Para el grupo Etéreo de los habitantes en edad fértil de 14 a 44 años descrito en la investigación suman alrededor de 31000 personas entre hombres y mujeres, en la tabla descrito se puede visualizar que 13907 habitantes vichadenses en edad fértil recibieron alguna consulta de planificación familiar en los 12 meses de la vigencia, dando como resultado que es el 44.9

% de la población, quedando sin acceso a los servicios de planificación un 55.1% de la población, siendo de vital importancia el control de la natalidad en territorios como el vichada. 3). La definición de adulto está dada en la normatividad legal vigente y que señalando el grupo de poblacional del vichada podemos referirnos de 45 a más de 60 años, corresponden a una población de 13318 habitantes, evaluando la tabla de RIPS el número de consultas es de 1309, esto permite establecer que el 90% de los adultos en el departamento no acceden a consultar y que solo el 10% tienen un control o consulta para lo relacionado con adultez.

#### Figura 4

Propuesta modelo de red para prestar servicios de salud en el departamento



Nota. Nota. Propuesta de reorganización de red en el Vichada elaboración propia.

En la figura número 4 y como resultado de la investigación según las variables definidas en el objetivo general para Determinar la suficiencia y accesibilidad de la red hospitalaria municipal y departamental del Vichada, Pensando en la construcción de una propuesta funcional y operativa que permita generar el mayor acceso posible a los servicios de salud que se tienen en oferta en el departamento es de vital importancia comenzar por una red de servicios que sea acorde a las necesidades de la población, un equipo de atención en salud relacionado con las necesidades que se tienen y un modelo de atención con unas herramientas que permitan un mejor acceso a los servicios por parte de la población vichadense.

## Discusión y conclusiones

La gran discusión del proceso de investigación esta directamente relacionado a como aun la población esta asegurada dentro del SGSSS, los indicadores no presentan mejoraría, siendo claramente una debilidad del sistema local, también es importante mencionar que aun la UPC es diferenciada por territorio y por población, el territorio tiene unas características geográficas que hace que la prestación de servicios aumente el costo en la producción de cada servicio.

En la investigación se pensó en cómo se organizaría la prestación de servicios de salud, no puede estar sujeto exclusivamente a la oferta brindada en los hospitales locales o centros de salud; desde los datos obtenidos por la investigación se debería organizar varios componentes, que podría estar dados por; ampliación de prestadores en zonas donde no existe una Institución de salud, equipos extramurales, conformación de equipos comunitarios en salud en zonas del departamento que no existe un actor del SGSSS y reorganización de la oferta existente el departamento para no duplicar servicios por prestador.

De la misma manera la investigación determino que por las distancia y espacio geográfico que recorrer es importante empezar un plan piloto de telesalud que permita conectar las comunidades que puedan tener conectividad, flujo de energía y espacios para al menos brindar un acceso de Atención primaria en salud a la población (APS). De la misma manera

También es importante mencionar que se debe fortalecer la rectoría en el departamento para de esa manera reorganizar la capacidad instalada existente y construir un modelo de atención con las diferencias propias del territorio, donde se pueda explorar una conformación de un sistema único frente a los prestadores existentes en el territorio como también establecer las necesidades que no se están supliendo desde el componente contractual con los aseguradores existentes en el territorio, todo esto entendiendo las capacidades administrativas que tiene la entidad territorial del departamento.

Por último, es importante establecer con el ministerio de salud y protección social colombiano, organizaciones indígenas locales, la academia y las entidades territoriales como se establece un plan para diseñar un modelo de atención acorde a las necesidades geográficas, culturales y factores diferenciales propios del territorio.

## Agradecimientos

Se da agradecimiento a los pueblos indígenas de la Orinoquia colombiana que han permitido conocer un poco de la dinámica de los territorios como también a la Corporación universitaria minuto de Dios por permitirme desarrollarme profesionalmente.

## Referencias

- Alba, L. H., Alba, M., Ortiz, D., Otálora Esteban, M., & Rosselli, D. (2016). Análisis de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en cancer en Colombia. *Revista de la facultad medicina universidad Javeriana*, 38(3), 223-231.
- Banco de la Republica. (2014). *Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia*. Banco de la República, Cartagena. <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/438aea45-0d3e-492e-b2e0-afa39f11d0b0/content>
- Cassiri, L. (2020). Diseños Cuantitativos de Investigación en Psicología: Una introducción. *Investigaciones en Psicología*, 25(2), 17-26.
- Escalona Orcao, A. I., & Diez Cornazo, C. (2004). Accesibilidad Geográfica de la población rural a los servicios basicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. *Revista de estudios sobre Despoblacion y Desarrollo Rural*, 3(4), 111-149.

- Gobernacion del Vichada. (Diciembre de 2020). *Gobernación del Vichada*. <https://fundacionexe.org.co/wp-content/uploads/2024/03/Plan-de-Desarrollo-Departamental-de-Vichada-2020-2023-Trabajo-para-todo-Vichada.pdf>
- Hernandez Mendoza, S., & Duana Avila, D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Universidad autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(17), 51-53.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la Investigación. En *Metodología de la Investigación* (6ª Ed.). Mac Graw Hill.
- Juarez Ramirez , C., Marquez Serrano, M., Pelcastre Villa fuerte, B. E., Ruelas Gonzales, M. G., & Reyes Molaes, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 90-284.
- Molina , J., Verástegui , O., Carrillo, C., & Saucedo, A. (2006). Utilización de servicios de salud en México. *Salud en Tabasco*, 12(001), 427-432.
- Perez Valbuena, G. J. (2015). Accesibilidad geográfica a los servicios de salud: Un estudio de caso para barranquilla. *Sociedad y Economía*, 28, 181-208.
- Piñeres, A., Rodriguez, A., Garcia, R., Balcindes, S., Jova, R., Vos, P., & Van der, P. (2013). Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(1), 27-39.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(3), 1-6.
- Useche, M. C., Artigas, W., Queipo, B., & Perozo, É. (2019). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos* (1ª Ed.). Gente Nueva.