



Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión

William David Albarracín Chaparro

Julieth Paola Ramírez López

Jhonnatan Andrey Gómez García

Universidad EAN

Facultad de administración

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Bogotá, Colombia

09/04/2026

Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión

William David Albarracín Chaparro

Julieth Paola Ramírez López

Jhonnatan Andrey Gómez García

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Administración de Empresas de Salud

Director:

Fabian Gerardo Díaz Garzón

Modalidad:

Monografía

Universidad EAN

Facultad de administración

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Bogotá, Colombia

18/01/2026

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Ciudad, día/mes/año

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, por su apoyo constante y por ser el motor que impulsa nuestro crecimiento personal y profesional.

Asimismo, a las comunidades del departamento del Vichada, cuya realidad inspira la construcción de propuestas orientadas a fortalecer la equidad y el acceso a los servicios de salud.

.

Agradecimientos

Los autores expresan su sincero agradecimiento a la Universidad EAN, por brindar los espacios académicos, el acompañamiento institucional y las herramientas necesarias para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

De manera especial, se reconoce el valioso aporte de los docentes de la Maestría en Salud de la Universidad EAN, cuyo conocimiento, orientación y rigor académico contribuyeron significativamente al fortalecimiento del proceso formativo y a la construcción del presente trabajo.

Asimismo, se extiende un reconocimiento a las instituciones del sector salud del departamento del Vichada, por el acceso a la información y los insumos técnicos que permitieron contextualizar el análisis y la formulación del modelo de atención propuesto.

Finalmente, los autores agradecen a sus familias, por su apoyo, comprensión y motivación permanente durante el desarrollo del proceso académico.

Resumen

El modelo de salud se describe como el conjunto de principios, valores y estrategias que orientan la manera en que una sociedad comprende, protege y promueve la salud de sus habitantes. Este modelo debe garantizar el acceso a la atención integral y de calidad. Por tanto, la siguiente monografía se centra en el Departamento de Vichada con el propósito de diseñar un modelo de salud territorial e intercultural que responda a la situación actual que vulnera los derechos y deberes de cada individuo y los factores asociados como la transición demográfica de una sociedad en proceso de modernización, la pluriculturalidad, las tasas de mortalidad y natalidad crecientes, la transición epidemiológica marcada por enfermedades transmisibles, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las necesidades básicas insatisfechas, la tasa de desempleo, los hábitos no saludables, el sistema de salud y educación y la situación del conflicto armado registrado en las últimas décadas. Todos estos elementos constituyen consecuencias que afectan directamente la salud de la población del Departamento de Vichada.

Por tanto, los estudiantes de Maestría en Administración en salud de la Universidad EAN, durante el año 2025, centran su monografía en el siguiente ¿Cómo diseñar un modelo de salud territorial e intercultural para el Departamento de Vichada, que se adapte a las particularidades del territorio y la diversidad poblacional, con el fin de garantizar la equidad, la participación comunitaria y la pertinencia cultural en las acciones de promoción, prevención y atención en salud? Esta investigación se estructura bajo una metodología de enfoque mixto, de tipo descriptivo y explicativo.

Palabras clave: modelo de atención, salud, determinantes sociales, departamento, población, acceso, oportunidad.

Abstract

The health model is described as the set of principles, values, and strategies that guide the way a society understands, protects, and promotes the health of its inhabitants. This model must ensure access to comprehensive and high-quality health care. Therefore, this monograph focuses on the Department of Vichada with the purpose of analyzing the current situation that affects the rights and duties of individuals, as well as the associated factors such as the demographic transition of a society in the process of modernization, multiculturalism with increasing mortality and birth rates, the epidemiological transition of communicable diseases, the rise of chronic noncommunicable diseases, unmet basic needs, unemployment rates, unhealthy habits, the health and education systems, and the impact of the armed conflict recorded in recent decades—factors that are directly affecting the health of the population in the Department of Vichada.

Consequently, the graduate students of the Master's in Health Administration at Universidad EAN, during the year 2025, center their monograph on the following research question: How to design a territorial and intercultural health model for the Department of Vichada that adapts to the particularities of the territory and population diversity, in order to ensure equity, community participation, and cultural relevance in health promotion, prevention, and care actions? The research is structured under a mixed-methods approach, of a descriptive and explanatory type, integrating the quantitative analysis of health determinants and outcomes with the qualitative interpretation of perceptions, practices, and local knowledge within the communities of the territory.

Keywords: Health Model, Territory, Social Determinants, Interculturality, Access, Equity.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Justificación	14
Marco teórico	15
Hipótesis	22
Variables	22
Variable conceptual.....	22
Definición operacional	25
Trabajo de Campo	34
Análisis.....	116
Propuesta del modelo: Problemáticas identificadas y estrategias de intervención	122
Discusión	128
Conclusiones	132
Trabajo futuro	134
Referencias	137
Anexos	143

Lista de Tablas

Tabla 1 Variables conceptuales operacionales, indicadores e instrumento de recolección	26
Tabla 2 Matriz de categorización temática: hallazgos cuantitativos y soporte documental	26
Tabla 3 Plan básico de implementación del modelo integral de salud para Vichada	126

Introducción

El tema de investigación se ubica en el campo del conocimiento de la administración y la gestión estratégica de los servicios de salud, con énfasis en el diseño, análisis y evaluación de modelos de salud que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas territoriales y a la consolidación de políticas públicas más equitativas y sostenibles. Esta monografía se enmarca en las líneas de investigación de la Maestría en Administración en Salud de la Universidad EAN, particularmente en aquellas orientadas a la innovación en la gestión, la calidad en la prestación de servicios, y la equidad en el acceso a la salud.

En este contexto, el estudio aborda la problemática del acceso desigual y la fragmentación en la atención en salud en el Departamento de Vichada, un territorio caracterizado por su amplia diversidad étnica, cultural y geográfica, así como por los desafíos derivados de la dispersión poblacional, las barreras de comunicación y las limitaciones en infraestructura y talento humano en salud.

A partir de esta realidad, la investigación propone el diseño conceptual de un modelo de salud territorial e intercultural que oriente la acción institucional y comunitaria hacia la garantía del derecho a la salud, integrando enfoques de inclusión, pertinencia cultural, participación social y eficiencia administrativa, en concordancia con los retos contemporáneos de sostenibilidad, gobernanza y transformación del sistema de salud colombiano.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de modelo de salud territorial e intercultural que oriente la organización y gestión de los servicios de salud, incorporando enfoques diferenciales y respondiendo a las necesidades de su población diversa.

Objetivos específicos

- Caracterizar las condiciones territoriales, poblacionales y los determinantes sociales de la salud en el Departamento de Vichada, identificando las necesidades, brechas y prioridades sanitarias desde una perspectiva territorial e intercultural.
- Analizar las limitaciones y desafíos del modelo actual de prestación de servicios de salud en el Departamento de Vichada, a partir de la percepción de la comunidad y de los actores institucionales, considerando las particularidades culturales, étnicas y geográficas del territorio.
- Diseñar una propuesta de modelo de salud territorial e intercultural que se adapte a las particularidades del Vichada, incorporando enfoques diferenciales, participación comunitaria y estrategias de gestión integral.
- Proponer un plan de implementación del modelo de salud territorial e intercultural que contemple mecanismos de sostenibilidad, gobernanza y articulación interinstitucional en el Departamento de Vichada.

Justificación

Dado lo anterior, el proyecto resulta pertinente y necesario, considerando que el Departamento de Vichada es uno de los más extensos y diversos del país, con una población mayoritariamente rural y dispersa geográficamente. Estas condiciones han generado limitaciones estructurales y logísticas que dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud. Por ello, el diseño de un modelo de salud territorial e intercultural permitirá adaptar la oferta de servicios a las particularidades del territorio, superando las barreras geográficas y garantizando que la atención llegue de manera efectiva a las comunidades más alejadas y vulnerables.

El Vichada está conformado principalmente por comunidades indígenas, afrodescendientes y población mestiza, que presentan necesidades diferenciadas en materia de salud derivadas de sus condiciones culturales, sociales y económicas. En este sentido, la formulación de un modelo de salud ajustado a estas realidades contribuirá a promover la equidad en la atención sanitaria, fortaleciendo el respeto por la diversidad cultural y asegurando que todos los habitantes, independientemente de su ubicación o pertenencia étnica, puedan acceder de forma oportuna y con calidad a los servicios de salud.

Asimismo, este proyecto aporta al fortalecimiento del sistema de salud departamental, no solo mediante la optimización de la infraestructura y los recursos disponibles, sino también a través de la formación del talento humano en salud con enfoque diferencial. De esta manera, se espera generar un impacto positivo en los indicadores de salud pública, reduciendo las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la falta de atención oportuna e impulsando la prevención de enfermedades mediante estrategias culturalmente pertinentes.

Desde el punto de vista práctico, la implementación de este modelo promoverá una distribución más equitativa de los servicios de salud y la adopción de enfoques diferenciales coherentes con la cultura del territorio. En el ámbito teórico, la investigación contribuirá al fortalecimiento del conocimiento sobre la atención primaria en salud (APS) y a la generación de evidencia sobre la importancia de diseñar modelos de atención adaptados a contextos con diversidad cultural y alta dispersión geográfica, aportando al debate académico y a la formulación de políticas públicas más inclusivas y sostenibles.

Marco teórico

1. Estado del arte y antecedentes investigativos

En el ámbito de los modelos de atención en salud, particularmente aquellos orientados desde la Atención Primaria en Salud (APS), la literatura reciente evidencia un consenso en torno a su relevancia para mejorar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios en territorios con alta dispersión geográfica y presencia de poblaciones indígenas. En este sentido, la APS se configura como un eje estratégico para responder a las necesidades de salud de comunidades históricamente excluidas del sistema sanitario tradicional.

Cortés y Peniche (2023), en su estudio sobre políticas de salud intercultural en comunidades mayas del estado de Yucatán, México, destacan el rol fundamental de los auxiliares de salud indígenas como mediadores culturales y actores clave en la implementación de políticas públicas adaptadas al contexto sociocultural. Los autores subrayan que la participación comunitaria no solo fortalece la pertinencia cultural de los servicios, sino que también contribuye a mejorar los resultados en salud desde una perspectiva de equidad e interculturalidad.

De manera complementaria, Aguilar-Peña et al; (2023) analizan los modelos de salud indígena como sistemas organizados de saberes y prácticas que responden a una concepción integral del proceso salud-enfermedad, en la cual la armonía con la naturaleza, la comunidad y el mundo espiritual resulta central. Estos autores sostienen que la salud intercultural no puede reducirse a la simple articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional, sino que debe entenderse como un proceso dialógico, horizontal y participativo, capaz de transformar las relaciones institucionales y garantizar la participación efectiva de los pueblos indígenas en todas las fases de la atención en salud.

Este enfoque resulta particularmente pertinente para el contexto del Departamento de Vichada, donde, de acuerdo con el Análisis de Situación de Salud Participativo y las proyecciones del Censo General 2018, cerca del 69,5 % de la población se autorreconoce como indígena, perteneciente a pueblos como los curripaco, piapoco, piaroa, puinave, sáliba, sikuani, cubeo, wamona, amorúa y mapayerri. Esta diversidad étnica y cultural plantea desafíos significativos para la organización y prestación de los servicios de salud, y refuerza la necesidad de incorporar enfoques diferenciales e interculturales en los modelos de atención.

Desde una perspectiva regional, Marinho et al. (2023) analizan las desigualdades en salud en América Latina y el Caribe, señalando que factores estructurales como la pobreza, la exclusión social y la discriminación histórica continúan condicionando el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en territorios rurales e indígenas. Los autores enfatizan la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud mediante políticas intersectoriales que fortalezcan la gobernanza sanitaria y promuevan la participación social.

Asimismo, el estudio comparativo realizado por Almeida et al. (2024) sobre la implementación de la APS en nueve países de Suramérica evidencia que, aunque el derecho a la salud está reconocido constitucionalmente en la mayoría de estos países, persisten retos asociados a la segmentación de los sistemas de salud y a la limitada participación comunitaria. No obstante, se identifican experiencias exitosas de diálogo intercultural y de integración de saberes tradicionales, particularmente en países como Bolivia y Ecuador, que ofrecen aprendizajes relevantes para el diseño de modelos territoriales e interculturales.

En el contexto colombiano, Arias-Murcia y Penna (2022) analizan la APS en una región de la Amazonía, destacando las tensiones estructurales del sistema de salud y las estrategias adaptativas desarrolladas por las comunidades y los actores locales. Los autores concluyen que los modelos de atención deben construirse a partir de las prácticas cotidianas y los saberes locales, reconociendo la diversidad territorial y cultural del país.

De igual forma, Rodríguez (2024), en su estudio sobre el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas del Vichada, identifica múltiples barreras estructurales relacionadas con la dispersión geográfica, la falta de continuidad en las brigadas de salud, la ausencia de traductores y la desconexión entre las políticas nacionales y las realidades locales. Este análisis refuerza la urgencia de diseñar modelos de atención con enfoque territorial e intercultural que garanticen el acceso efectivo, oportuno y culturalmente pertinente a los servicios de salud.

2. Fundamentos conceptuales de la salud, la equidad y la calidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad. No obstante, diversos estudios han señalado que la percepción de la salud está profundamente influenciada por factores socioculturales, económicos y territoriales. Pardo y Arenas (2018) sostienen que las decisiones individuales y colectivas en torno al proceso salud-enfermedad están mediadas por creencias, prácticas y condiciones de vida, lo que evidencia las inequidades existentes en contextos de pobreza y exclusión social.

La equidad en salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se refiere a la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre grupos poblacionales, derivadas de sus condiciones sociales, económicas, demográficas o geográficas. Amartya Sen (2002) amplía este concepto al señalar que la equidad en salud no puede analizarse de manera aislada, sino en relación con la justicia social y la distribución de los recursos, destacando que la salud constituye una condición esencial para el ejercicio pleno de las capacidades humanas.

En este marco, la calidad de la atención en salud se entiende como el grado en que los servicios prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados, y se caracterizan por ser efectivos, eficientes, accesibles, equitativos, seguros y centrados en las personas. Este enfoque se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente con aquellos orientados a garantizar la cobertura universal en salud y a reducir las desigualdades.

3. Atención Primaria en Salud y enfoque territorial

La Atención Primaria en Salud ha sido reconocida internacionalmente como la estrategia más eficaz para avanzar hacia sistemas de salud equitativos y sostenibles. Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, la APS se concibe como la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías socialmente aceptables, accesibles universalmente y con la participación activa de la comunidad.

Diversos estudios han demostrado que la implementación de la APS contribuye a la reducción de la mortalidad, a la mejora de los indicadores de salud y a una mayor equidad entre poblaciones. Para ello, se identifican cuatro elementos fundamentales: el primer contacto con el sistema de salud, la atención continua centrada en la persona, la atención integral y la coordinación de los servicios (Reyes et al., 2024).

En territorios rurales y de alta dispersión, como el Vichada, la APS adquiere una relevancia particular, ya que permite adaptar los servicios a las características geográficas y culturales del territorio. Hernández et al. (2014) destacan que el fortalecimiento de la estructura de la APS y la mejora de la comunicación entre el sistema de salud y las comunidades son esenciales para reducir las barreras de acceso en poblaciones indígenas y rurales.

4. Enfoque intercultural y participación comunitaria

El enfoque intercultural en salud reconoce la coexistencia de múltiples sistemas de conocimiento y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad, y promueve el diálogo respetuoso y horizontal entre ellos. Barajas et al. (2023) señalan que este enfoque implica el reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derechos, así como la valoración de sus saberes ancestrales y prácticas tradicionales.

La participación comunitaria se configura como un elemento central en los modelos de salud territorial e intercultural, ya que permite alinear las acciones del sistema de salud con las necesidades y expectativas de la población. Gil y Acosta (2021) destacan que la construcción de modelos basados en la comunidad requiere procesos participativos que otorguen visibilidad y legitimidad a las culturas y tradiciones locales.

5. Talento humano, enfoque diferencial y sostenibilidad

El talento humano en salud desempeña un papel fundamental en la implementación de modelos de atención interculturales. Castro-Albarrán (2024) subraya la necesidad de formar profesionales con competencias interculturales, compromiso social y una perspectiva ética y humanista, capaces de responder a las necesidades de poblaciones diversas.

El enfoque diferencial, por su parte, reconoce las particularidades de individuos y colectivos en función de su identidad étnica, género, condiciones de vulnerabilidad y contextos territoriales. Este enfoque busca eliminar las inequidades y las formas de discriminación que afectan el acceso a los servicios de salud (Grupo Vida IPS, 2021).

Finalmente, la sostenibilidad de los modelos de atención territorial e intercultural depende de la existencia de marcos normativos sólidos, del fortalecimiento de la gobernanza y de la articulación interinstitucional. En el caso colombiano, la Constitución Política de 1991, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011 y las resoluciones que estructuran la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) constituyen el soporte legal para el desarrollo de modelos de salud orientados a la equidad, la interculturalidad y la participación social.

En resumen, el marco teórico evidencia que el diseño de un modelo de salud territorial e intercultural para el Departamento de Vichada debe fundamentarse en la APS, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, la participación comunitaria, el enfoque diferencial y la sostenibilidad institucional, como pilares para garantizar el acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud en un territorio caracterizado por su diversidad cultural y geográfica.

Hipótesis

Dadas las necesidades y particularidades del Departamento de Vichada, esta investigación propone el diseño de un modelo de salud territorial e intercultural orientado a mejorar el acceso, la calidad y la inclusión en los servicios de salud. Dicho modelo se apoya en la gestión integral de los equipos multidisciplinarios, el uso de tecnologías digitales para el seguimiento continuo, la identificación de necesidades poblacionales, la atención preventiva y la detección temprana de enfermedades, en concordancia con los determinantes sociales y las dinámicas territoriales del departamento.

Por lo tanto, se plantea la siguiente hipótesis propositiva de trabajo: el diseño e implementación de un modelo de salud territorial e intercultural, adaptado a las condiciones geográficas, sociales y culturales del Departamento de Vichada, constituye una estrategia pertinente para contribuir a la mejora en el acceso a los servicios de salud, el fortalecimiento de la calidad de la atención y la reducción de las brechas en salud de la población. Esta hipótesis no pretende ser verificada mediante pruebas estadísticas de correlación, sino orientar el diseño del modelo propuesto a partir de la evidencia empírica y documental recolectada, en coherencia con el alcance descriptivo-explicativo de la investigación (Hernández et al., 2014).

Variables

Variable conceptual

Según Hernández et al. (2014), una variable se refiere a la delimitación teórica y abstracta de un concepto, basada en el conocimiento existente, las teorías y los antecedentes. En un modelo de atención integral en salud en el Departamento de Vichada es fundamental aclarar la definición conceptual de las variables clave.

1. Variable demográfica: según la OPS (s.f.b), en el artículo “Determinantes sociales de la salud”, las variables demográficas se definen como características utilizadas para describir la estructura y el crecimiento de la población, es decir, atributos de las personas, los grupos o las poblaciones que permiten analizar su composición y dinámica. En la atención en salud, esta variable es clave para diseñar modelos de atención adaptados a las necesidades específicas de grupos poblacionales, con el fin de garantizar equidad y accesibilidad en la prestación de servicios.
2. Variable socioeconómica: de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal, 2019), en su informe *Panorama social de América Latina 2019*, esta variable se refiere a las condiciones económicas y sociales que inciden en la calidad de vida de las personas, y abarca aspectos como el ingreso, el acceso a la educación, el empleo, las condiciones de vivienda y los servicios básicos. Estos factores son determinantes para la equidad y el acceso a los servicios de salud, ya que influyen en la posibilidad de recibir la atención médica de forma oportuna y adecuada. Marinho et al. (2023) sostienen que la desigualdad económica en América Latina afecta directamente el acceso a servicios de salud de calidad. En el caso del Departamento de Vichada, la pobreza y la carencia de infraestructura sanitaria exponen la urgencia de implementar un modelo de atención diferencial que atienda estas condiciones específicas.
3. Acceso a los servicios de salud: para la OMS (s.f.b), en su publicación *Derechos humanos y salud*, el concepto de accesibilidad hace referencia a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los servicios de salud por parte de la población, e incluye factores como la distribución

geográfica de los centros de atención, la cobertura del sistema de salud, la capacidad económica de los usuarios y las barreras culturales. Esta variable es esencial, pues permite analizar las condiciones que facilitan o dificultan el acceso equitativo a la salud, especialmente en zonas rurales y con alta presencia de comunidades indígenas.

4. Calidad en la atención en salud: según la OMS (s.f.b), en su publicación *Calidad de la atención*, este concepto alude al grado en el que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Engloba aspectos como la seguridad del paciente, la accesibilidad, la oportunidad en la atención, la efectividad de los tratamientos y la satisfacción del usuario.
5. Enfoque diferencial en salud: de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 2626 de 2019, que modifica la Política de atención integral en salud (PAIS) y adopta el Modelo de acción integral territorial (MAITE), se define una estrategia clave centrada en el enfoque diferencial. Esta resolución reconoce que existen poblaciones con características específicas, como su edad, género, etnia, discapacidad o condición de víctimas de violencia, que las sitúan en situaciones de desventaja y vulnerabilidad en cuanto al ejercicio del derecho a la salud. Por ello, es necesario implementar garantías especiales y hacer esfuerzos para eliminar estas desigualdades, adaptando las estructuras de los servicios de salud a las características particulares de la población y los territorios. El objetivo de este enfoque es asegurar la equidad en la prestación de servicios

y garantizar que los grupos más vulnerables reciban atención acorde con sus necesidades específicas.

6. Tecnologías sanitarias en salud: la OMS (2006), en su publicación *Tecnologías sanitarias esenciales*, define este concepto como los recursos utilizados para satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de personas sanas o enfermas, tales como medicamentos, equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y sistemas de apoyo. Incluye desde equipamiento médico de alta complejidad hasta soluciones digitales como la telemedicina, la inteligencia artificial aplicada a la salud y los sistemas de historia clínica electrónica.

Definición operacional

La definición operacional es el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para obtener las impresiones sensoriales que indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado (Reynolds, 1986 como se citó en Hernández et al., 2014). En otras palabras, especifica qué actividades u operaciones deben adelantarse para medir una variable e interpretar los datos obtenidos (Hernández et al., 2014).

En la Tabla 1 se relacionan la definición de variables conceptuales operacionales, los indicadores y el instrumento de recolección empleados al diseñar un modelo de atención integral en salud en el Departamento de Vichada.

Tabla 1 Variables conceptuales operacionales, indicadores e instrumento de recolección

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escalas de medición	Valores de referencia	Instrumento de recolección
1. Variable demográfica	Característica descriptiva de la población, como la edad, el género, la ocupación y la ubicación.	Recolección de datos cuantificables de la población de Vichada.	Edad. Género. Etnia. Estado civil. Ubicación.	De razón: Edad Nominal : Género, etnia, estado civil, ubicación	Edad: rangos por grupos etarios (18-29, 30-44, 45,59, 60+). Género: masculino/femenino/otro. Etnia: indígena/mestizo/afrocolombiano/otro. Estado civil: soltero/casado/unión libre/otro. Ubicación: Urbano/rural	Encuestas.
2. Variable socioeconómica	Factores sociales y económicos que permiten determinar la forma como acceden y utilizan los servicios de atención en salud, de manera oportuna y adecuada.	Comprender la cadena causal entre las condiciones socioeconómicas y el riesgo de la enfermedad.	Nivel de ingresos. Nivel educativo. Condiciones de vivienda. Ocupación. Régimen de salud.	Ordinal (ingresos, educación, vivienda) Nominal (Ocupación, régimen)	Ingresos menos de 1 SMMLV/1-2 SMMLV/más de 2 SMMLV. Educación : ninguna/primaria/secundaria/técnica/superior. Régimen: contributivo/subsidia	Encuestas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escalas de medición	Valores de referencia	Instrumento de recolección
3. Acceso y oportunidad.	Facilidad y oportunidad con las que los usuarios acceden a servicio de salud en el departamento de Vichada.	Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los servicios de salud por parte de la población.	Cantidad disponible de servicios. Tiempo promedio en el agendamiento de servicios. Tiempo promedio de desplazamiento para recibir servicios de salud. Nivel de adaptación de los servicios a las costumbres	Ordinal (tiempos, satisfacción) Nominal (disponibilidad/cobertura)	do/no afiliado Referente externo: Índice Departamental de Competitividad (IDC) que ubica al Vichada en las posiciones más bajas del escalafón nacional en los pilares de salud, educación e infraestructura. Tiempo de agendamiento: mismo día/ 1-3 días/ 4-7 días/ más de 1 semana/nunca. Tiempo de desplazamientos: menos de 30 min/ 30 min-1 h/ 1-3 h/ más de 3 h. Medido mediante pregunta cerrada de	Registro especial de prestadores (MinSalud). Encuestas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escalas de medición	Valores de referencia	Instrumento de recolección
			y prácticas de salud locales. Nivel de satisfacción de los usuarios. Cobertura de brigadas de salud en zonas rurales y de difícil acceso.		escala ordinal: Satisfacción: muy satisfecho/ satisfecho/ poco satisfecho/ insatisfecho. Valor de referencia: distribución porcentual de respuestas de la población encuestada. Umbral de alerta: proporción de respuestas "poco satisfecho" e "insatisfecho" superior al 50%	
4. Calidad en la prestación de servicios.	Grado en el que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones tienden a obtener resultados de salud deseados y son	Acciones implementadas en las IPS para evitar la presencia de eventos adversos como: implementación de guías de atención, capacitación y educación	Tasa de eventos adversos en el departamento o x 1000 habitantes. Porcentaje de cumplimiento de guías y de práctica clínica en	De razón (tasa de eventos) Ordinal (cumplimiento de guías)	Tasa de eventos adversos: referencia nacional MinSalud. Cumplimiento de guías: alto (>80%) / medio (50-79%) /	Registro de eventos adversos en IPS. Nivel de cumplimiento de guías de práctica clínica en enfermedades frecuentes.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escalas de medición	Valores de referencia	Instrumento de recolección
5. Enfoque diferencial	coherentes con el conocimiento profesional actual.	continua, sistemas de notificación de efectos adversos, auditoría y mejora continua.	diagnósticos frecuentes.		bajo (<50%)	
	Conjunto de acciones diseñadas para adaptar la atención en salud a las características, condiciones y necesidades específicas de poblaciones de Vichada.	Acciones en ejecución en las IPS que demuestren la inclusión de criterios diferenciales en la prestación de servicios de salud: atención diferencial para grupos étnicos, servicios con enfoque diferencial infraestructura inclusiva como telemedicina o atención domiciliaria.	Existencias de guías y protocolos institucionales de atención con enfoque diferencial. Disponibilidad de traductores o intérpretes en los centros de salud.	Nominal (existencia: si/no) Ordinal: nivel de implementación	Guías con enfoque diferencial : existe y se aplica/ existe pero no se aplica/ no existe. Disponibilidad de intérpretes : siempre/ a veces/ nunca	Revisión documental. Encuestas.
6. Tipos de tecnología en salud	Conjunto de herramientas, dispositivos, sistemas y procedimientos utilizados para la prestación de servicios de salud.	Disponibilidad, acceso y uso de herramientas tecnológicas como telemedicina, sistemas de información en salud, aplicaciones móviles en salud y plataformas	Número de consultas médicas realizadas por telemedicina en el último año. Porcentaje de personal de salud capacitado en el uso de tecnologías	De razón (número de consultas, porcentajes) Ordinal (satisfacción)	Consultas por telemedicina: referencia ASIS 2024. Capacitación: alto (>80%) / medio (50-79%) /	Registros administrativos de telemedicina en centros de salud. Encuestas a usuarios. Entrevistas a médicos y pacientes.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escalas de medición	Valores de referencia	Instrumento de recolección
		de educación en salud y capacitación en línea para la prestación de servicios de salud en las IPS habilitadas en el departamento de	en salud. Porcentaje de comunidades rurales con acceso a servicios de salud digital. Porcentaje de satisfacción de la atención de los usuarios.		bajo (<50%). Satisfacción: muy satisfecho/satisfecho/poco satisfecho/insatisfecho.	

Nota. Elaboración propia, con base en el apartado de definiciones operacionales de variables de Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 120). Las escalas de medición corresponden a la clasificación propuesta por Stevens (1946) y adoptada por Hernández et al. (2014): nominal, ordinal, de intervalo y de razón.

Metodología

Área	Municipal
Universo	Domicilio de la población del municipio de la Primavera, Vichada. <i>Nota: Los resultados cuantitativos tienen alcance municipal; las conclusiones de nivel departamental se sustentan en triangulación con fuentes secundarias oficiales.</i>
Tamaño de muestra	264 entrevistas.
Afijación	Proporcional.
Puntos de muestro	1 municipio.
Procedimiento de muestreo	Muestras probabilísticas aleatorias son aquellas en las que todas las unidades de la población tienen una probabilidad de ser seleccionadas como parte de la muestra. Por ejemplo, cualquier persona de un grupo puede ser elegida para diligenciar una encuesta. Dentro de este grupo se hallan varios tipos de muestra.
Error muestral	Muestro aleatorio simple, con un nivel de confianza del 90 %.
Fecha de realización	Del 19 de agosto 2025 al 13 de octubre de 2025
Diseño del cuestionario y realización del campo de trabajo	Encuestas de variable demográfica, socioeconómica, acceso y oportunidad, calidad en la prestación de servicios, enfoque diferencial, tipos de tecnología en salud y consentimiento informado.

Tratamiento de la información, análisis de los datos y redacción del informe	Tabulación en programa Excel, analizada mediante estadísticas descriptivas (frecuencia, porcentaje y promedios). Análisis según las variables encuestadas.
---	--

Fuente: Elaboración propia, Adaptado de Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014).

La selección del municipio de La Primavera como territorio de aplicación del instrumento responde a criterios de pertinencia y accesibilidad. Este municipio es el segundo más poblado del departamento, concentra una parte importante de la oferta institucional de salud del Vichada y reúne características sociodemográficas, geográficas y culturales que lo hacen representativo de las tensiones estructurales del departamento: presencia simultánea de población urbana y rural dispersa, diversidad étnica con comunidades indígenas, y barreras de acceso de naturaleza geográfica, administrativa y cultural similares a las del resto del territorio. Sin embargo, se reconoce que municipios como Cumaribo y Puerto Carreño presentan particularidades que no quedan completamente capturadas por este estudio, razón por la cual el modelo propuesto se plantea como un marco flexible de referencia departamental y no como una fórmula de aplicación uniforme, debiendo adaptarse a las condiciones específicas de cada municipio en una fase futura de implementación y validación.

El presente trabajo de investigación tiene definido el siguiente diseño metodológico:

Investigación de tipo transversal: es aquella en la que se realiza una recopilación de datos en un solo momento, con la finalidad de analizar y describir las variables en su incidencia e interrelación en un momento determinado.

El corte es transversal con enfoque mixto descriptivo-explicativo, en el cual se lleva a cabo un proceso de recolección de información, análisis y vinculación de datos cuantitativos para analizar resultados precisos en relación con los servicios de salud, el acceso, la oportunidad y la calidad. El componente cualitativo del enfoque mixto no se

deriva de técnicas como entrevistas o preguntas abiertas, dado que los instrumentos aplicados utilizaron exclusivamente preguntas cerradas, sino del análisis sistemático de fuentes secundarias oficiales y de la interpretación temática inductiva de los patrones emergentes identificados a partir de los resultados cuantitativos. Este proceso de triangulación entre datos primarios cuantitativos y análisis documental cualitativo es coherente con los diseños mixtos de tipo explicativo-secuencial descritos por Hernández et al. (2014).

La investigación es aplicada porque se lleva a cabo con la intención de utilizar el conocimiento en la resolución de un problema particular, y no con el propósito de desarrollar teoría o generar conocimientos (Hernández et al., 2014).

En concordancia con su inferencia, y de acuerdo con lo expuesto por Hernández et al. (2014), la investigación inductiva es aquella que parte de observaciones o datos específicos para llegar a generalizaciones o teorías. De igual manera, estos autores definen la investigación deductiva como aquella que parte de principios generales, teorías o modelos preexistentes para aplicarlos a casos específicos. Así las cosas, la presente investigación adopta un enfoque mixto con razonamiento deductivo–inductivo, ya que parte de la identificación de las necesidades específicas del Departamento de Vichada, con el propósito de diseñar un modelo de salud territorial e intercultural que se adapte a las condiciones geográficas, sociales y culturales del territorio. A partir de esta aproximación empírica (inductiva), se busca generar una propuesta ajustada a la realidad local; no obstante, el estudio también incorpora elementos de razonamiento deductivo al contrastar los hallazgos con marcos teóricos y normativos como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), entre otros lineamientos nacionales.

A continuación, se presenta la metodología:

1. Identificación de la población: se considera como población objeto a los usuarios que hayan recibido atención en los centros de salud de primer nivel del Departamento de Vichada, tanto en zonas urbanas como rurales.
2. Consentimiento informado: se aplica un proceso ético mediante el cual el profesional investigador informará a cada participante sobre los objetivos, procedimientos y finalidad de la entrevista, garantizando su autonomía, confidencialidad y participación voluntaria.
3. Aplicación de encuestas: se utiliza una encuesta estructurada como método principal de recolección de información, conformada por preguntas cerradas, coherentes y objetivas, que permitan obtener datos cuantitativos y comparables sobre condiciones demográficas, socioeconómicas, acceso, oportunidad, calidad, satisfacción, enfoque diferencial, y uso de tecnologías en salud. Previo a su aplicación, los instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación de contenido mediante el coeficiente V de Aiken, con el fin de verificar la pertinencia, claridad y relevancia de cada ítem en relación con las variables del estudio. La validación fue realizada por tres jueces expertos: Nesar Eduardo Ramírez, Jacqueline Jaimes Trespalacios y Fabián Díaz Garzón, profesionales con formación y experiencia en el campo de la salud y la investigación. El proceso arrojó un coeficiente V de Aiken de 1,00, valor máximo de la escala, que evidencia acuerdo unánime entre los jueces respecto a la calidad de los instrumentos y respalda su validez de contenido (Aiken, 1985). El formato de validación diligenciado se presenta en el Anexo G.
4. Análisis de la información: se emplea un proceso sistemático que incluye la organización, codificación y procesamiento de los datos obtenidos. Se aplican

herramientas estadísticas descriptivas y técnicas de análisis cualitativo para interpretar los resultados, identificar patrones y formular conclusiones útiles para el diseño del modelo propuesto.

Trabajo de Campo

El trabajo de campo es una fase central del proceso investigativo, en el cual se aproxima de manera directa a las realidades territoriales, sociales y culturales que inciden en la prestación de los servicios de salud en el Departamento de Vichada. Esta etapa tiene como propósito recolectar información que complementara el análisis documental y normativo desarrollado en el marco teórico, y que sirviera de base para la comprensión de las percepciones, experiencias y dinámicas locales relacionadas con el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud desde una perspectiva territorial e intercultural. Es importante precisar que la aplicación de los instrumentos de recolección se circunscribió al municipio de La Primavera, en razón de las condiciones logísticas y de acceso propias del territorio durante el periodo de ejecución del estudio. En consecuencia, los hallazgos derivados de las encuestas reflejan la realidad de dicho municipio y no deben ser extrapolados de manera directa al conjunto del Departamento del Vichada, caracterizado por una alta heterogeneidad territorial, étnica y cultural entre sus cuatro municipios. Las conclusiones de alcance departamental que se presentan en este documento se fundamentan en la triangulación de la información primaria con fuentes secundarias oficiales, tales como el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Departamento del Vichada (Benito & Zuleta, 2024; MinSalud, 2024), los registros del DANE y los lineamientos del DNP, lo que permite sostener la validez interpretativa de la propuesta sin desconocer los límites del muestreo realizado.

El trabajo de campo tiene un enfoque metodológico predominantemente cualitativo, orientado a comprender los significados, percepciones y valoraciones de los actores involucrados en la prestación y el uso de los servicios de salud en el territorio. Para ello, se priorizó el contacto directo con la comunidad y con actores institucionales, reconociendo la diversidad cultural, étnica y geográfica del departamento.

La recolección de la información se realizó mediante técnicas de investigación social que permitieron captar tanto las experiencias de la población como las visiones institucionales frente al modelo de atención en salud vigente. Estas técnicas incluyeron la aplicación de instrumentos de recolección previamente diseñados y validados, así como la revisión de información secundaria relevante producida por entidades del sector salud.

Los datos recolectados durante el trabajo de campo estuvieron orientados a identificar:

- Las percepciones de la comunidad sobre el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención y la pertinencia cultural de los servicios ofrecidos.
- Las principales barreras geográficas, administrativas, culturales y organizativas que afectan la atención en salud en el territorio.
- La valoración de los actores institucionales frente a las fortalezas, limitaciones y desafíos del modelo de prestación de servicios de salud en el Departamento de Vichada.
- Las expectativas y propuestas de mejora desde una perspectiva territorial e intercultural.

La información fue recolectada respetando los principios éticos de la investigación social, garantizando la confidencialidad de los participantes, el consentimiento informado y el respeto por los saberes y prácticas culturales de las comunidades involucradas.

Una vez finalizada la etapa de recolección, los datos obtenidos fueron organizados y sistematizados de manera estructurada con el fin de facilitar su análisis. En el caso de la información cualitativa, se realizó un proceso de categorización temática que permitió identificar patrones recurrentes, coincidencias y divergencias en los discursos de los participantes.

El proceso de análisis se orientó a establecer relaciones entre las percepciones de la comunidad, las visiones institucionales y los elementos conceptuales abordados en el marco teórico, particularmente en lo relacionado con la Atención Primaria en Salud, el enfoque territorial, la interculturalidad y los determinantes sociales de la salud.

Procesamiento de los datos

El componente cuantitativo fue procesado mediante estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) en excel, a partir de las respuestas a las preguntas cerradas de los instrumentos aplicados. El componente cualitativo se desarrolló mediante un proceso de categorización temática inductiva aplicado sobre los hallazgos cuantitativos y las fuentes secundarias revisadas, siguiendo los lineamientos de Hernández et al. (2014). Este proceso consistió en: (1) identificación de patrones recurrentes en los resultados cuantitativos; (2) contraste con la evidencia documental disponible; (3) agrupación en subcategorías interpretativas; y (4) consolidación en categorías temáticas centrales. Los resultados de este proceso se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 Matriz de categorización temática: hallazgos cuantitativos y soporte documental

Categoría temática	Subcategoría	Hallazgo cuantitativo que la sustenta	Soporte documental
1. Exclusión territorial estructural.	Distancia y barreras de transporte	Alta proporción de usuarios que deben desplazarse más de 1 hora para acceder a servicios	ASIS Vichada 2024; OPS, 2023

Categoría temática	Subcategoría	Hallazgo cuantitativo que la sustenta	Soporte documental
2. Inequidad en acceso y oportunidad.	Asignación inequitativa de citas	Coexistencia de usuarios que acceden el mismo día y otros que nunca obtienen cita	OMS, 2016; Ley 1751 de 2015
3. Débil pertinencia cultural	Baja incorporación de medicina tradicional	Bajo porcentaje de usuarios que reportan reconocimiento de prácticas culturales en la atención	Aguilar-Peña et al., 2023; Menéndez, 2003
4. Potencial tecnológico no aprovechado	Brecha de conectividad	Alta disponibilidad de celulares, pero baja cobertura de internet estable	OMS, 2022; OPS, 2024
5. Potencial tecnológico no aprovechado	Disposición hacia la telesalud	Percepción positiva sobre tecnología, pero baja experiencia de uso real	OMS, 2022

Nota. Elaboración propia. Matriz de categorización temática construida mediante triangulación entre resultados cuantitativos del trabajo de campo y análisis de fuentes secundarias oficiales y académicas.

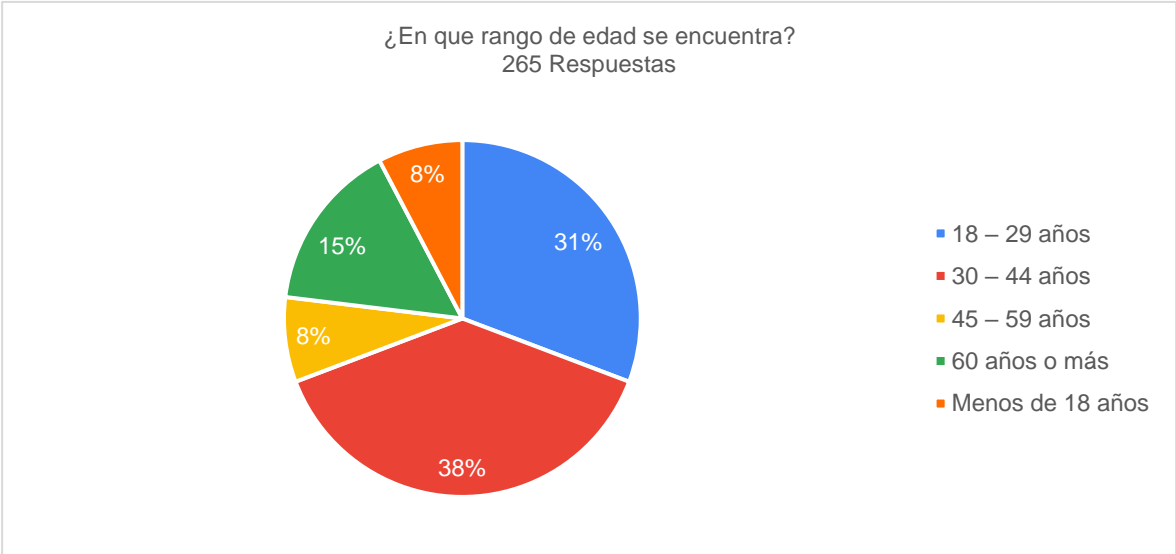
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, organizados en seis bloques temáticos coherentes con las variables del estudio: (1) caracterización sociodemográfica,

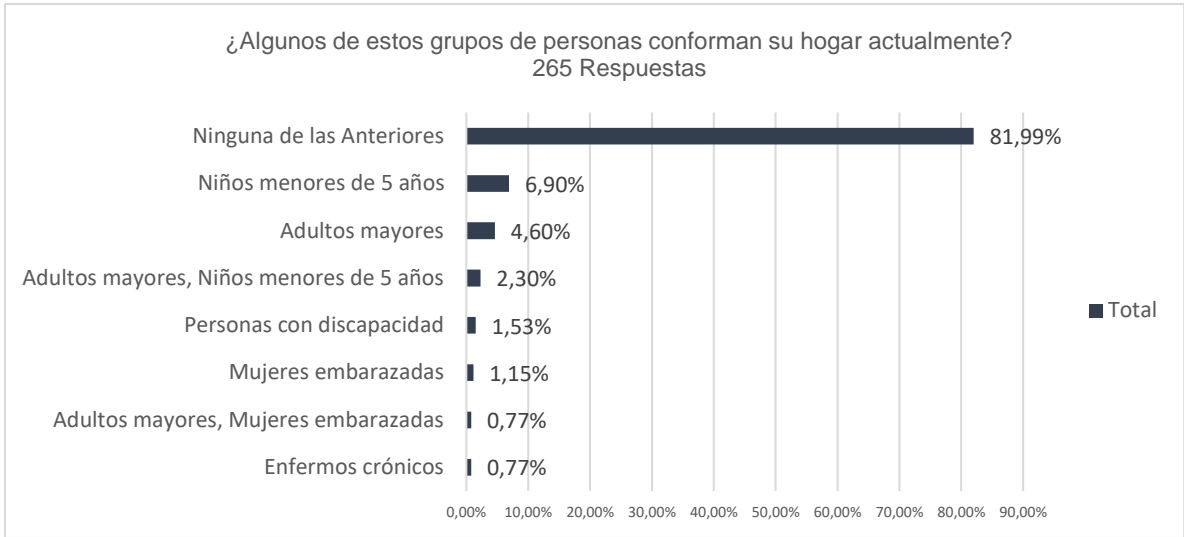
(2) condiciones de vida y acceso, (3) oportunidad en la atención, (4) acceso económico, (5) percepción de calidad y barreras, (6) enfoque diferencial, y (7) tecnología en salud.

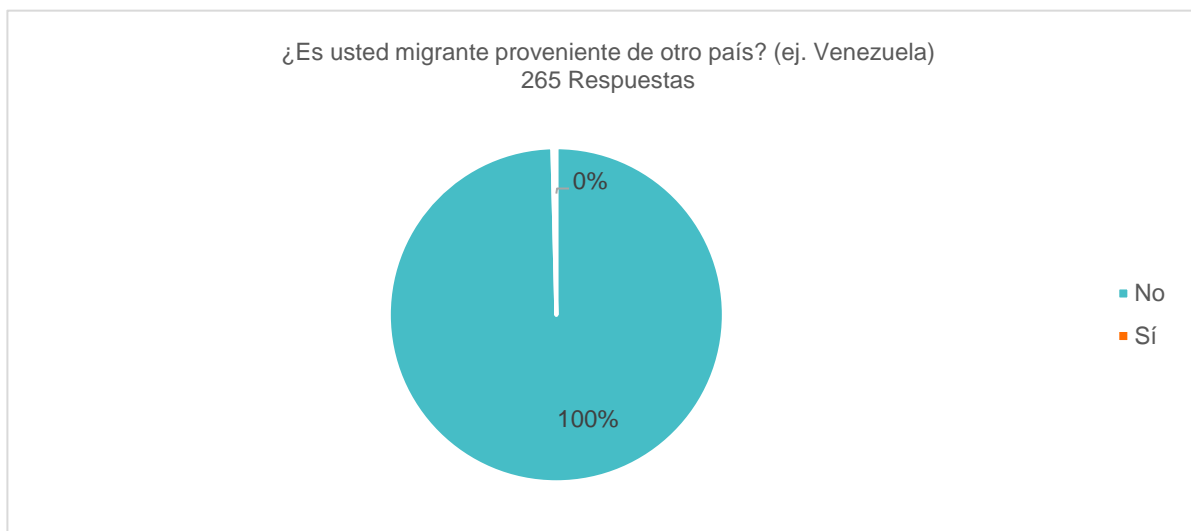
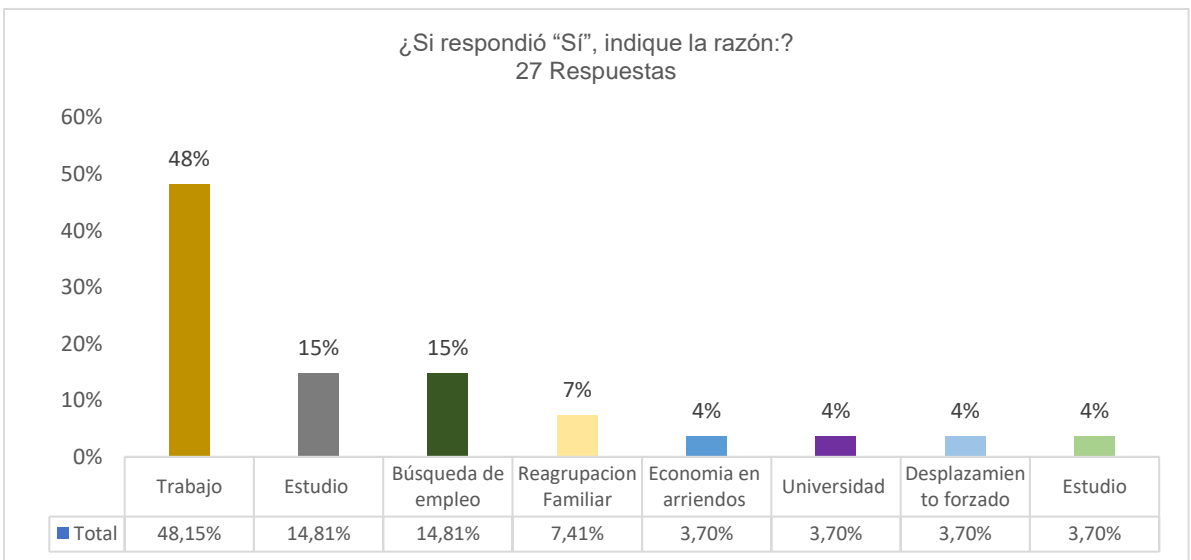
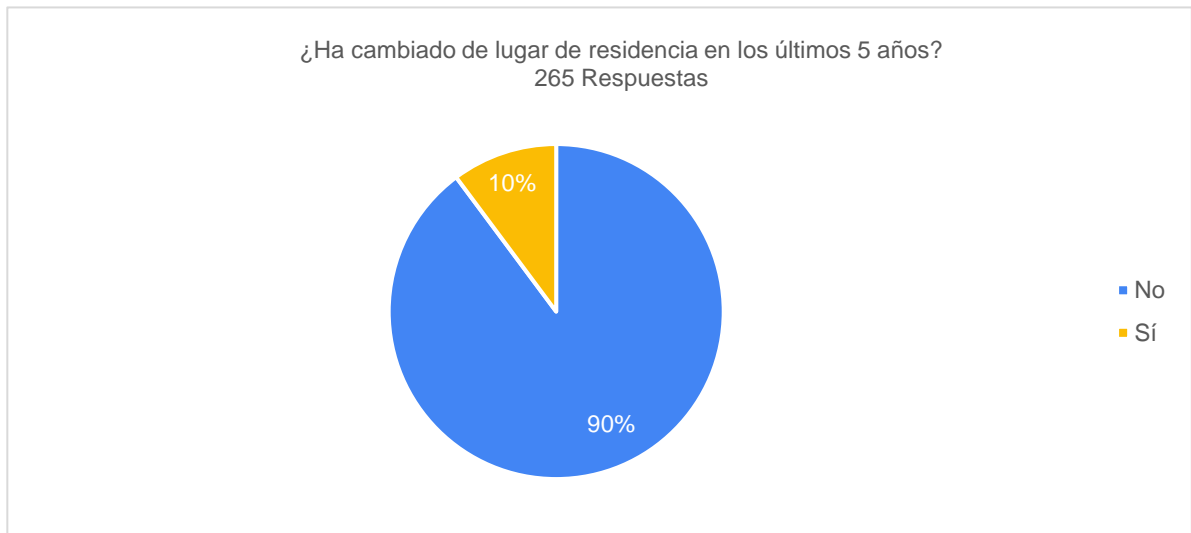
Estos resultados constituyen el insumo empírico principal para la formulación del modelo de atención propuesto.

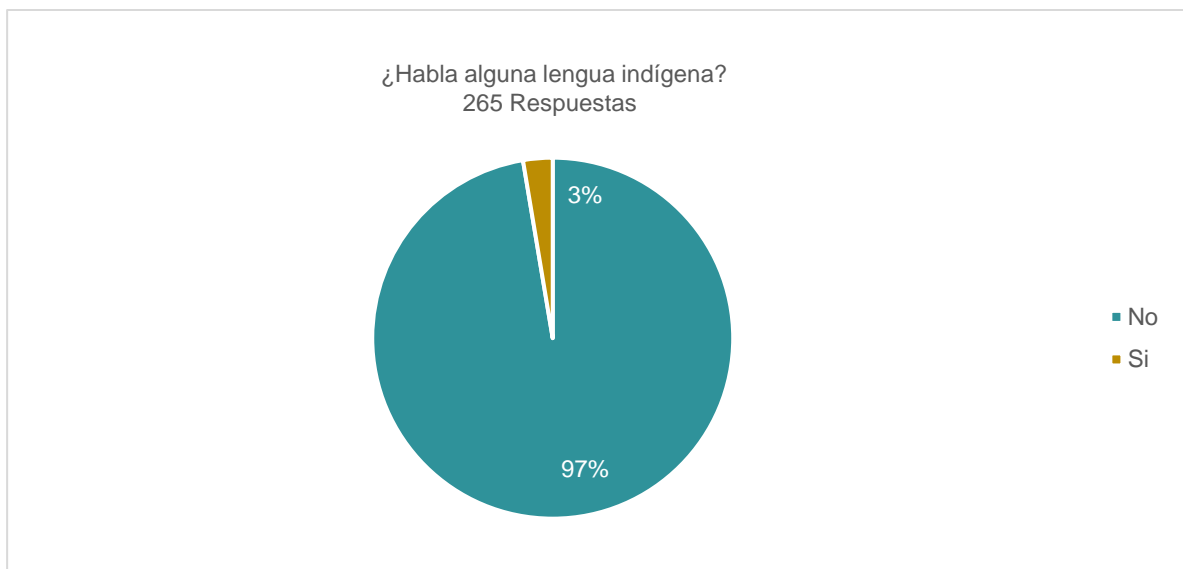
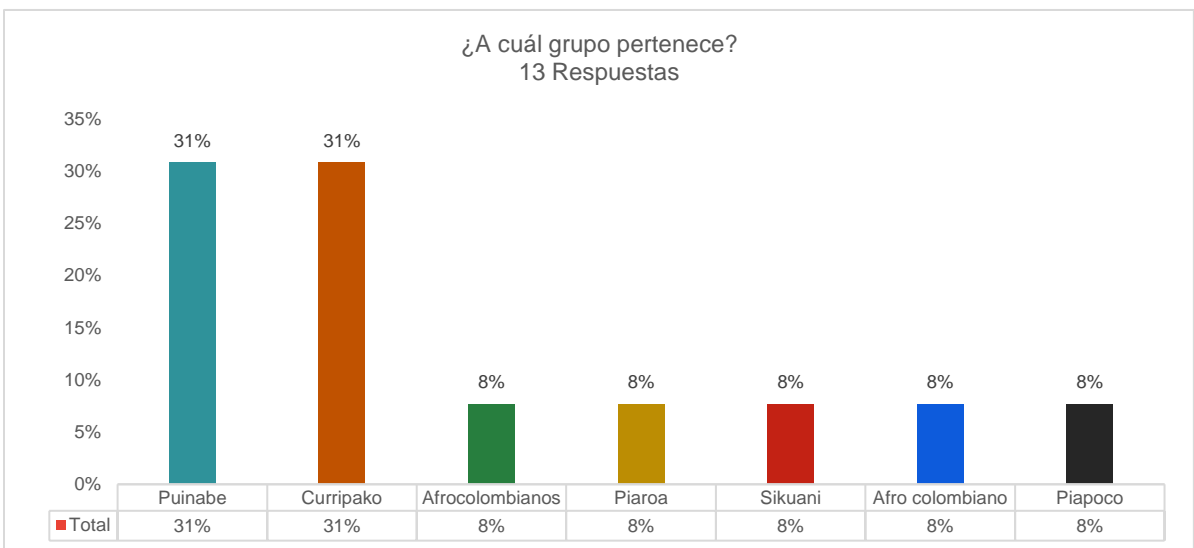
El primer bloque de preguntas está orientado a la caracterización sociodemográfica de la población participante, con el propósito de identificar variables básicas como la edad, el sexo, el nivel educativo, la ocupación, lugar de residencia y pertenencia étnica. Esta información permite contextualizar los resultados del estudio y comprender las características de la población en relación con el acceso y utilización de los servicios de salud en el territorio.



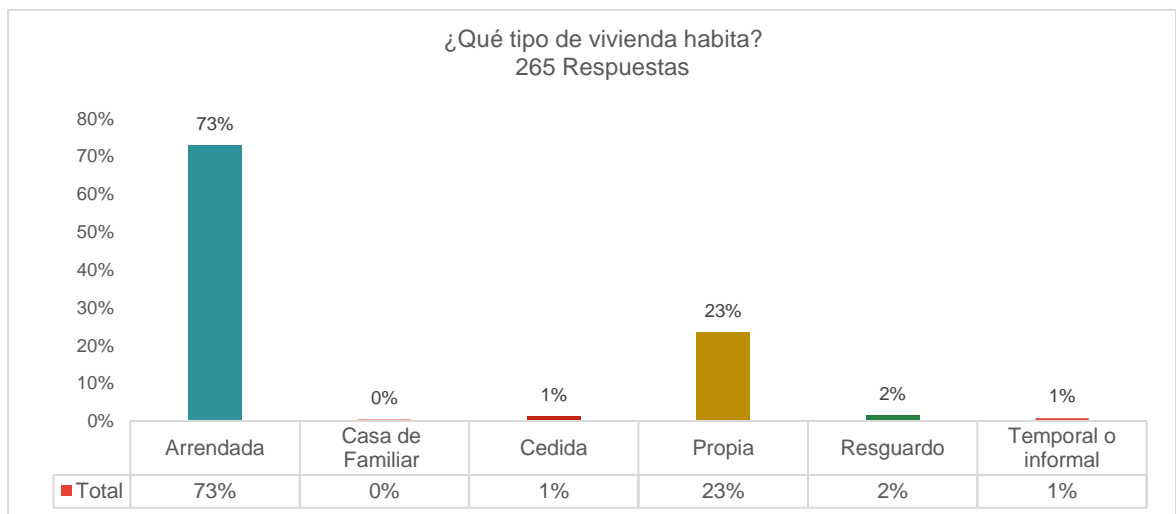
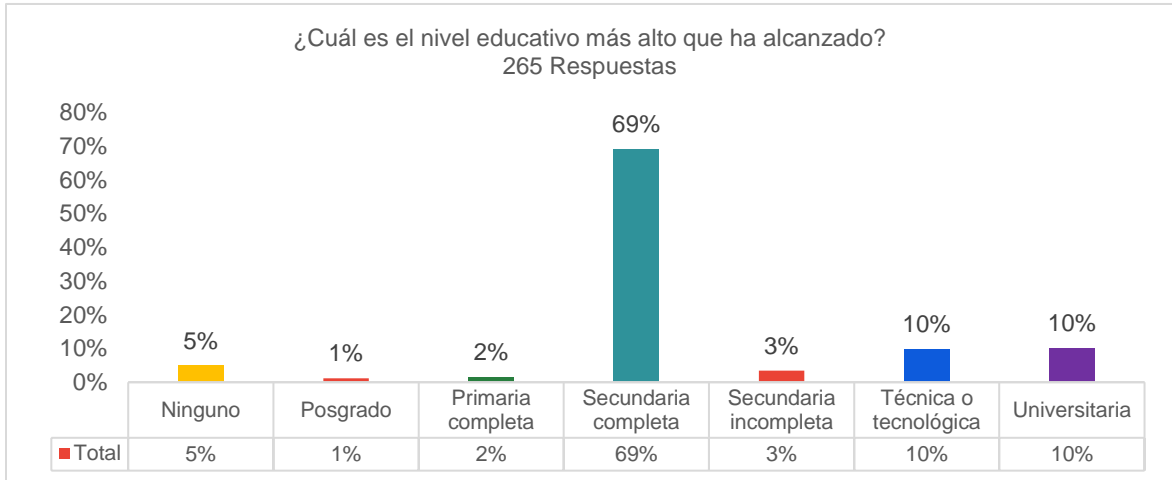


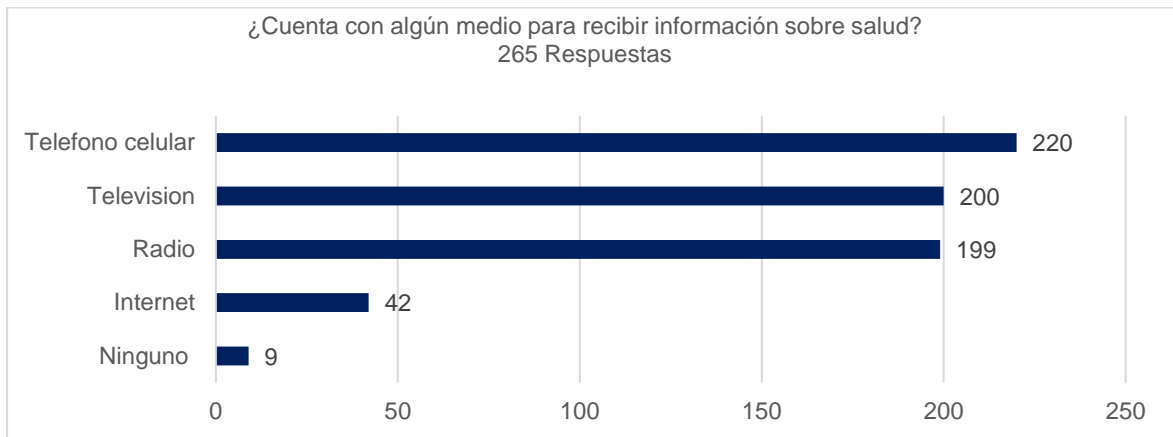




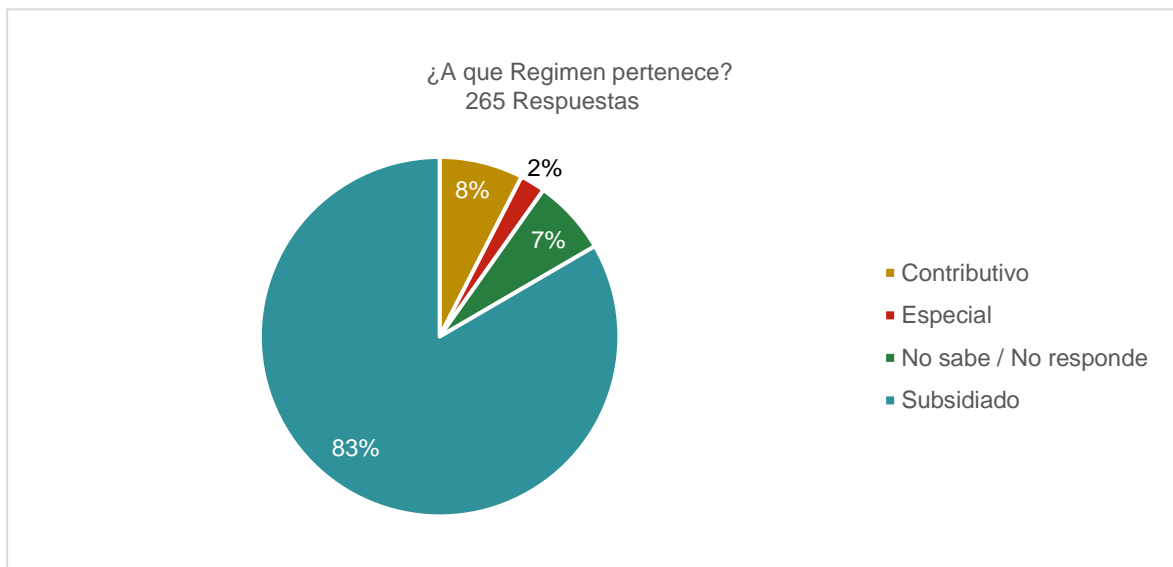
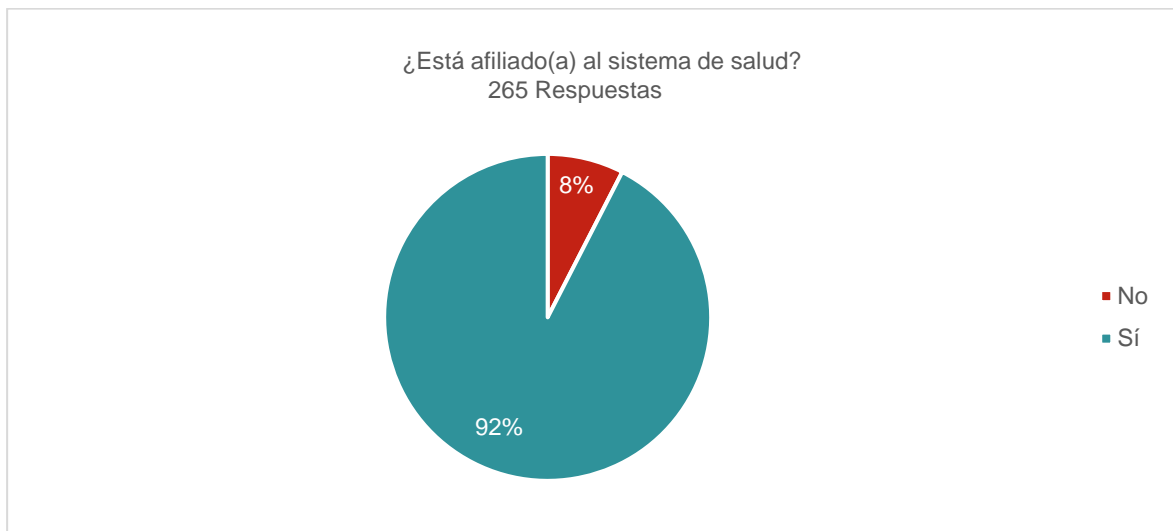


Condiciones de Vida y Acceso





Afiliación al Sistema de seguridad Social en Salud





El análisis de las características sociodemográficas de la población encuestada en el municipio de La Primavera, Departamento del Vichada, permite identificar elementos relevantes para la organización y orientación del modelo de atención en salud propuesto.

En primer lugar, la mayor participación de mujeres en la encuesta sugiere que este grupo poblacional mantiene una mayor interacción con los servicios de salud y con los procesos comunitarios de participación. Este hallazgo refuerza la importancia de incorporar estrategias de promoción y prevención dirigidas a la familia y a la comunidad, reconociendo el rol de las mujeres como actoras clave en los procesos de cuidado, seguimiento de tratamientos y utilización de los servicios de salud.

El predominio de población adulta joven y de mediana edad indica que gran parte de los habitantes del municipio se encuentra en etapas productivas del ciclo vital. Este perfil demográfico plantea la necesidad de fortalecer acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y detección temprana de factores de riesgo, con el fin de evitar la aparición de enfermedades que puedan generar una mayor carga para el sistema de salud en el mediano y largo plazo.

En términos de movilidad poblacional, la baja proporción de personas que reportan procesos migratorios o cambios recientes de residencia evidencia una población relativamente estable en el territorio. Esta condición favorece la implementación de

estrategias de caracterización familiar y comunitaria propias de la Atención Primaria en Salud, permitiendo realizar seguimiento longitudinal a los usuarios y consolidar procesos de gestión integral del riesgo basados en micro territorios.

En relación con la pertenencia étnica, aunque la mayoría de los encuestados no se autorreconoce como parte de un grupo étnico, se identifica la presencia de población indígena, principalmente del pueblo puinave. Este aspecto resalta la necesidad de mantener un enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud, garantizando estrategias de atención que reconozcan las particularidades culturales, los saberes tradicionales y las dinámicas propias de los pueblos indígenas presentes en el territorio.

El nivel educativo predominante, correspondiente a educación secundaria, sugiere un nivel de escolaridad medio que puede facilitar la implementación de estrategias de educación en salud, autocuidado y promoción de estilos de vida saludables. No obstante, estas intervenciones deben diseñarse con metodologías pedagógicas claras y adaptadas al contexto sociocultural del territorio.

Las condiciones de acceso a servicios públicos básicos reportadas por la mayoría de los participantes reflejan un contexto relativamente favorable en términos de determinantes sociales de la salud en el casco urbano del municipio. Sin embargo, estas condiciones pueden diferir significativamente en zonas rurales dispersas, lo que refuerza la necesidad de estrategias extramurales que permitan ampliar la cobertura de los servicios de salud en áreas con mayores limitaciones.

En cuanto a los canales de comunicación, la telefonía celular se consolida como el principal medio de acceso a información en salud. Este hallazgo representa una oportunidad para fortalecer estrategias de comunicación, educación y seguimiento a los

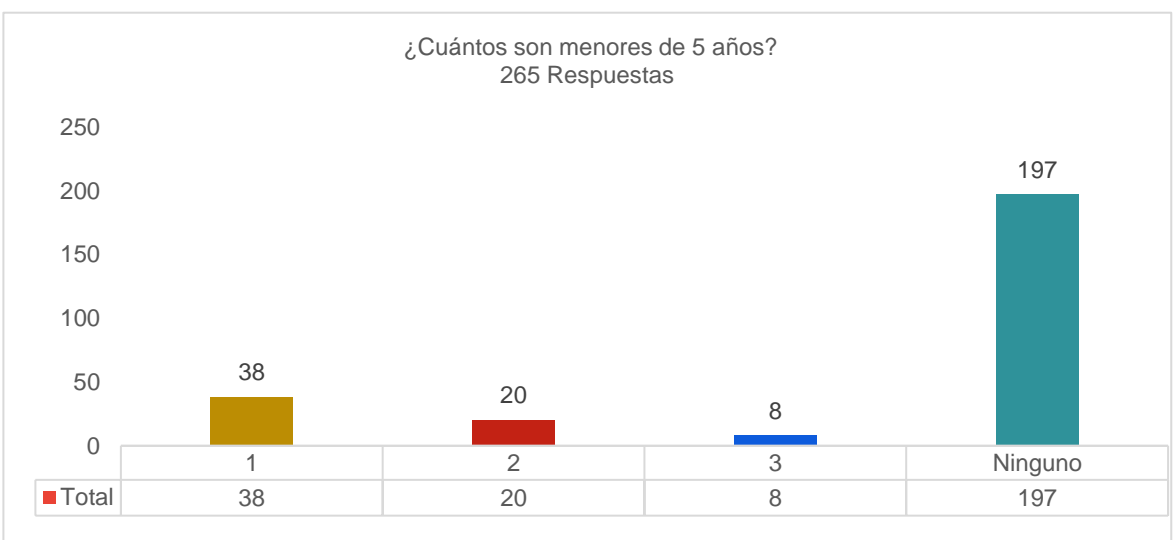
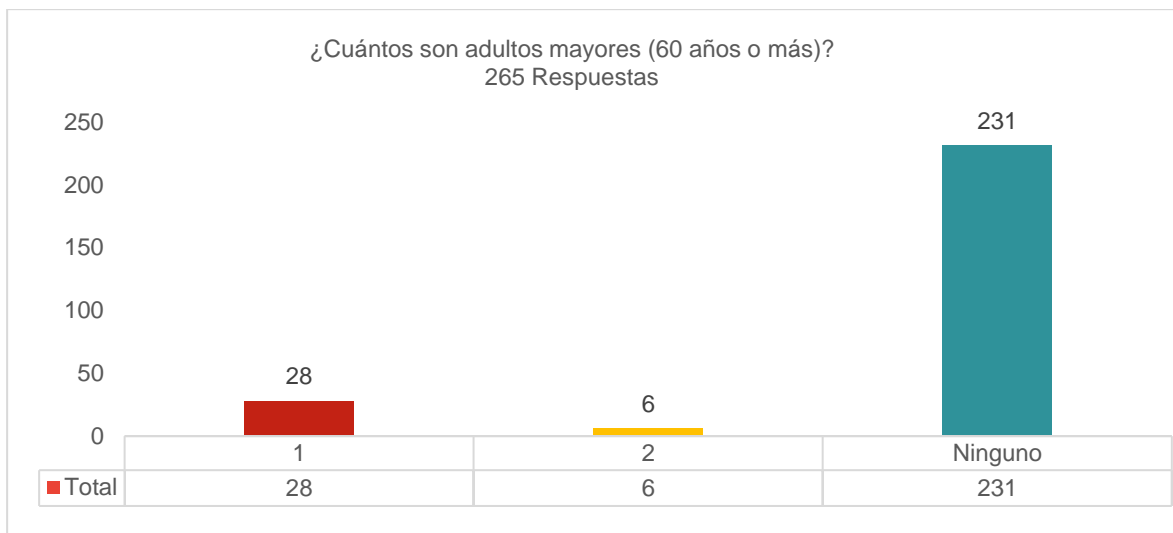
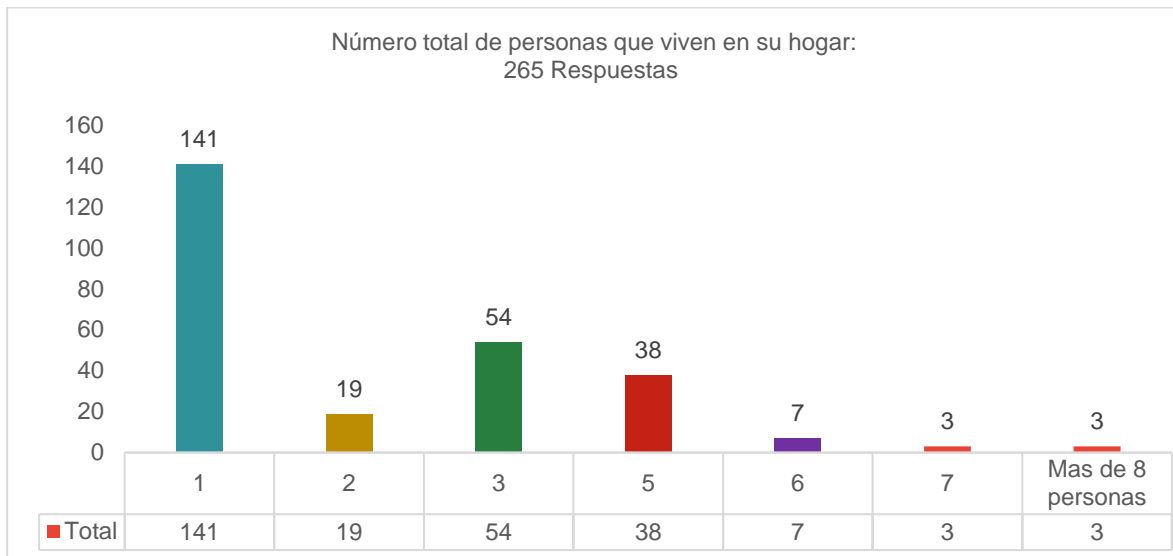
usuarios mediante herramientas digitales, mensajería móvil y tele orientación, particularmente en territorios con dispersión geográfica.

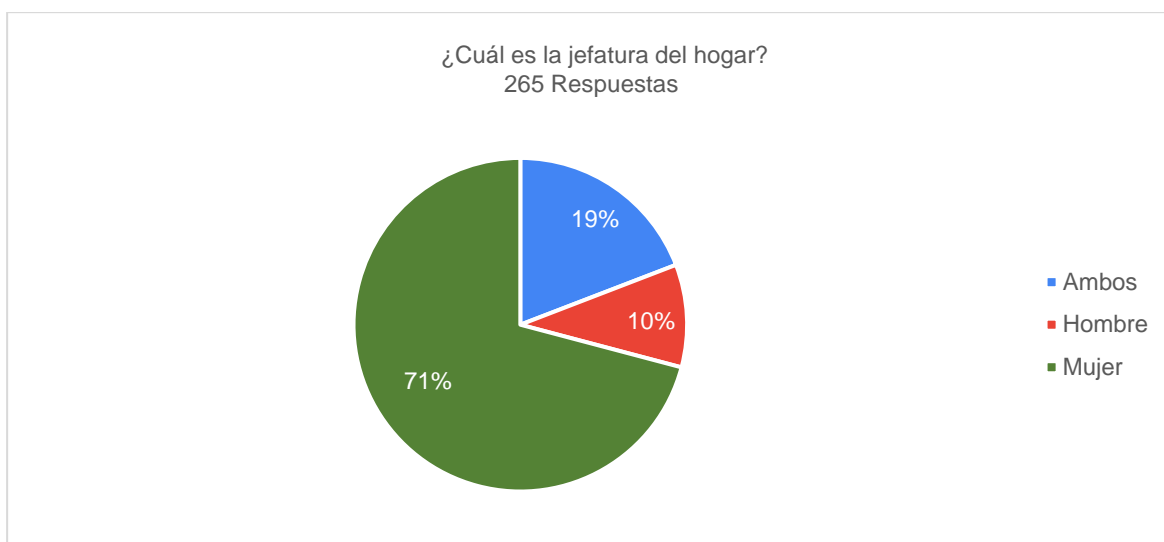
Finalmente, la alta afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, principalmente bajo el régimen subsidiado, confirma el carácter socialmente vulnerable de la población y resalta la importancia de fortalecer la gestión del riesgo desde el aseguramiento. Asimismo, el predominio de afiliación a una misma entidad aseguradora podría facilitar la coordinación de acciones de salud pública, gestión del riesgo y articulación con la red de prestadores en el territorio.

En conjunto, estos resultados evidencian la importancia de implementar un modelo de atención centrado en la Atención Primaria en Salud, con enfoque territorial, intercultural y comunitario, que permita responder de manera efectiva a las características demográficas, sociales y culturales de la población del municipio de La Primavera y del Departamento de Vichada.

Preguntas relacionadas con información básica del Hogar

El propósito de este bloque de preguntas es caracterizar la composición familiar de los hogares del Departamento de Vichada, con el fin de identificar factores sociodemográficos que inciden en las necesidades de atención en salud, el acceso a los servicios y la organización del cuidado dentro del hogar. Comprender la estructura familiar permite estimar la demanda potencial de servicios de salud, especialmente en poblaciones con presencia de niños menores de cinco años, adultos mayores o personas en condición de discapacidad, que requieren atención prioritaria y diferenciada.





Los resultados evidencian que una parte importante de la población encuestada reside en hogares conformados por una sola persona, lo que refleja una estructura familiar predominantemente unipersonal en el territorio estudiado. En menor proporción, se identifican hogares con varios integrantes, lo que sugiere la coexistencia de diferentes dinámicas familiares dentro del municipio.

En relación con la presencia de niños menores de cinco años, la mayoría de los hogares reportó no contar con población infantil en este rango de edad. Sin embargo, se

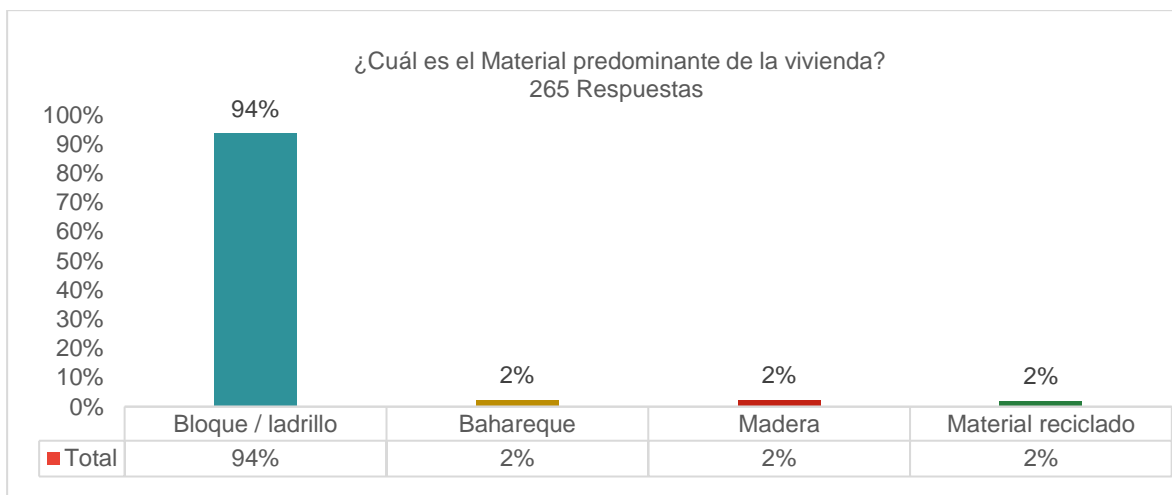
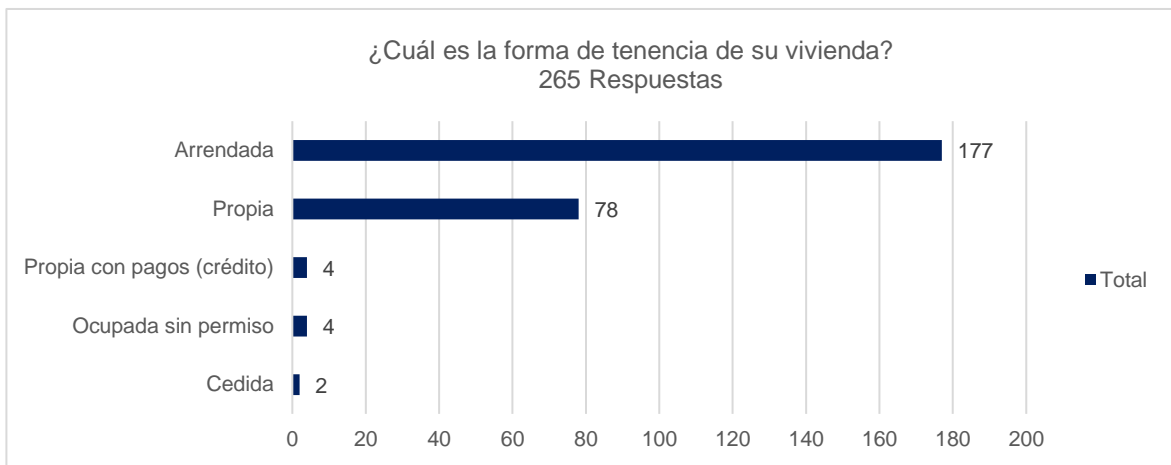
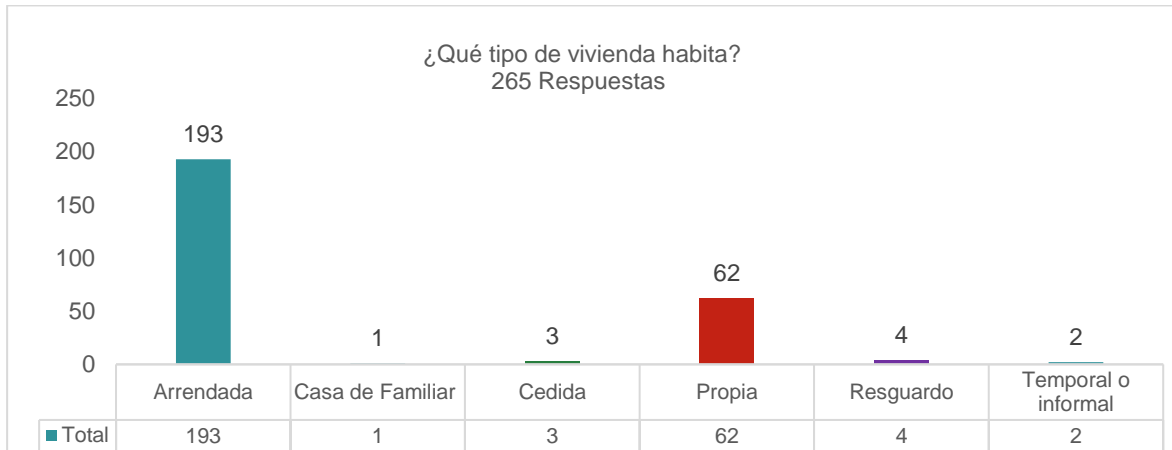
identifican algunos hogares con uno o más niños pequeños, lo que indica la existencia de núcleos familiares con necesidades específicas de atención en salud materno-infantil.

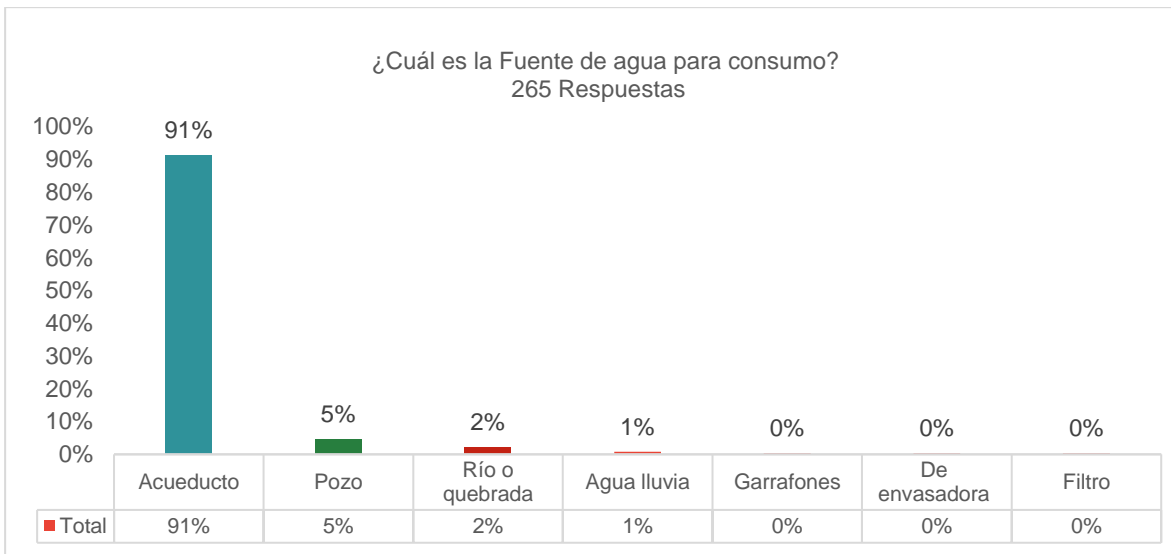
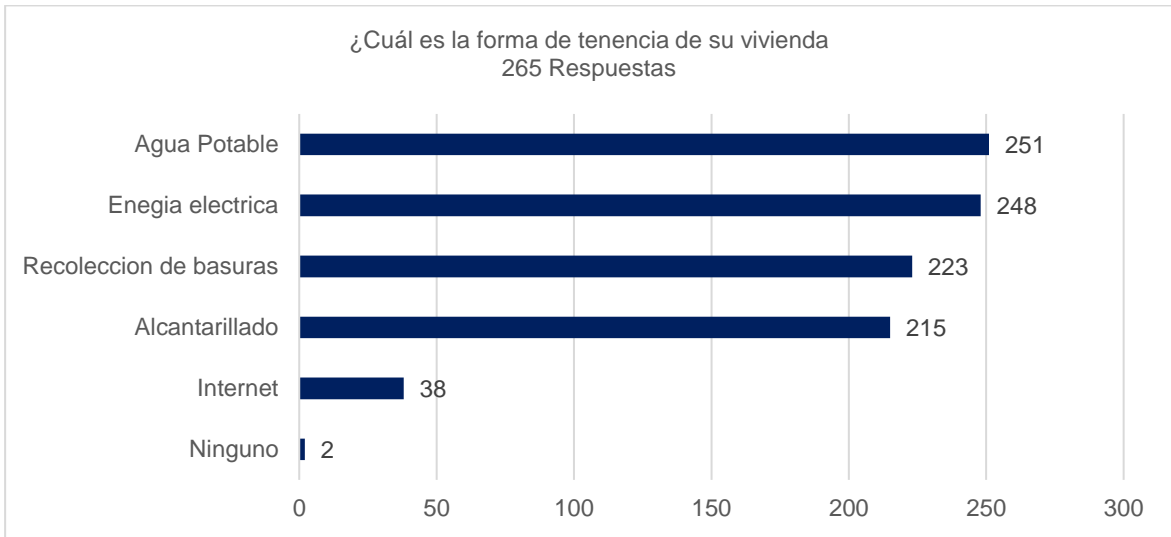
Respecto a la presencia de adultos mayores, los resultados muestran que la mayoría de los hogares no cuenta con personas de edad avanzada, aunque se registran algunos casos en los que sí conviven adultos mayores en la vivienda. De manera similar, la presencia de personas en condición de discapacidad es limitada, aunque se identifican hogares que reportan convivir con personas que presentan algún tipo de discapacidad.

En cuanto a la jefatura del hogar, se observa un predominio de hogares encabezados por mujeres, seguido por hogares con jefatura masculina y, en menor medida, aquellos en los que la jefatura es compartida. Este hallazgo refleja una estructura de liderazgo doméstico en la que la mujer desempeña un papel central en la organización y el sostenimiento del hogar.

Preguntas relacionadas con condiciones de Vivienda

El propósito de este bloque de preguntas es identificar las condiciones habitacionales de los hogares del Departamento de Vichada, con el fin de analizar los factores ambientales y estructurales que pueden incidir en el bienestar y la salud de la población. Evaluar las características de la vivienda y el acceso a los servicios públicos básicos permite establecer el grado de vulnerabilidad sanitaria y las necesidades prioritarias de intervención en salud pública y saneamiento básico fundamentales para el diseño de un modelo de atención integral con enfoque territorial.





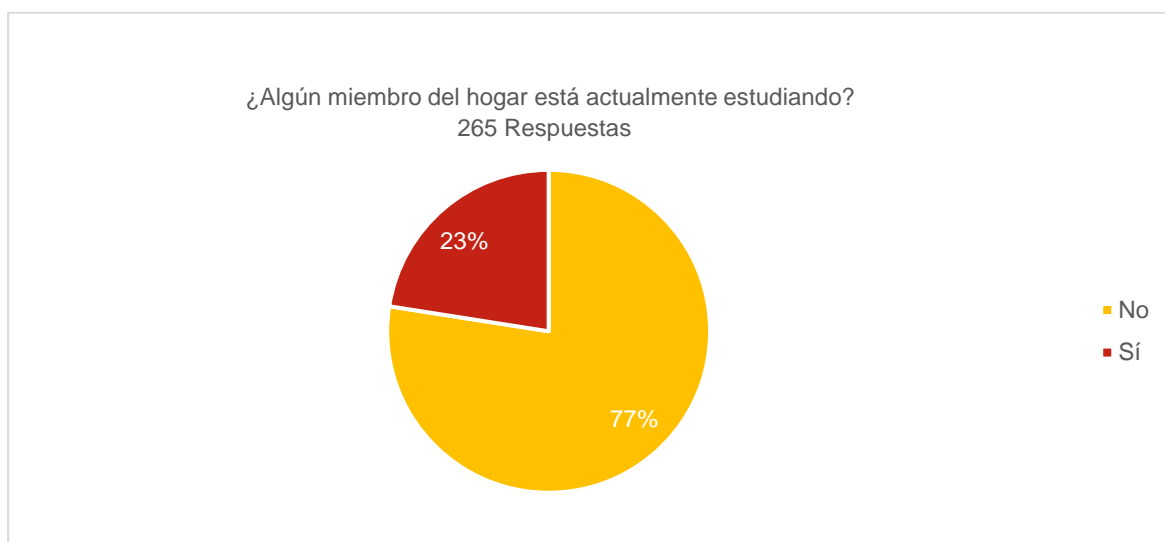
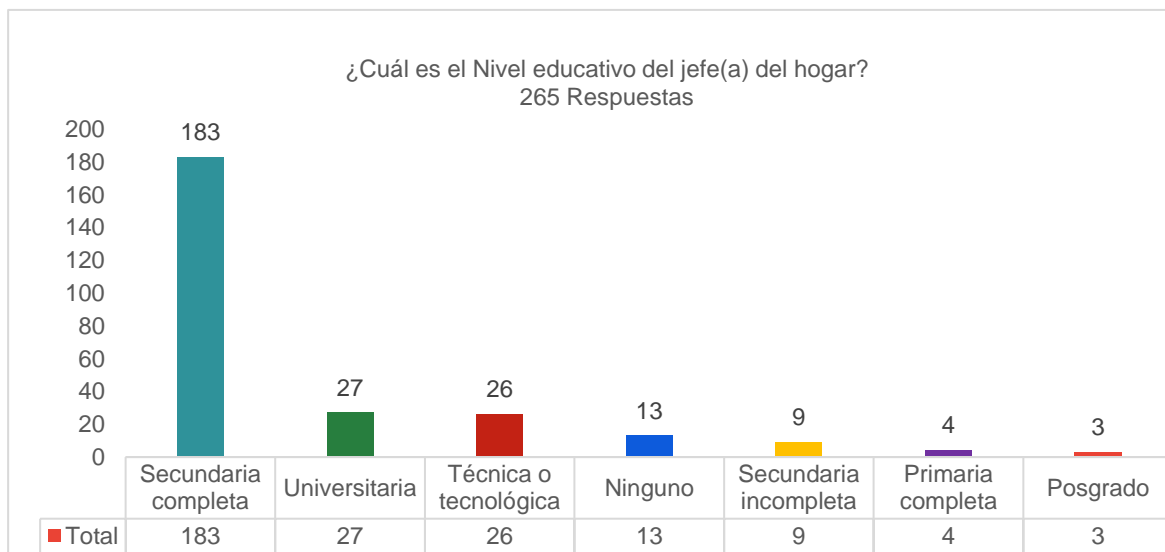
Los resultados muestran que la mayoría de la población del Vichada habita en viviendas unifamiliares construidas con materiales considerados duraderos, lo que indica condiciones de estabilidad estructural en una parte importante del territorio. No obstante, se identifica un predominio de viviendas bajo modalidad de arriendo, lo que refleja dinámicas de residencia no permanente dentro de la población encuestada.

En relación con el acceso a servicios tecnológicos, se evidencia una limitada disponibilidad de conexión a internet en los hogares, lo que caracteriza un contexto de baja conectividad digital. Esta condición se suma a brechas persistentes en el acceso a servicios básicos de saneamiento, particularmente en la cobertura de alcantarillado y en la disponibilidad de elementos sanitarios dentro de las viviendas.

De manera general, los hallazgos ponen de manifiesto condiciones heterogéneas de habitabilidad, en las que coexisten viviendas con infraestructura básica adecuada y otras con carencias relevantes en servicios esenciales, especialmente los relacionados con el saneamiento y la conectividad.

Educación

El propósito de este bloque de preguntas es caracterizar el nivel educativo de los hogares encuestados, particularmente del jefe o la jefa del hogar, con el fin de identificar el grado de capital humano y de alfabetización en salud existente en el territorio. Este aspecto es fundamental, ya que el nivel educativo influye directamente en la comprensión de información sanitaria, la participación en programas de promoción y prevención, y la capacidad para adoptar comportamientos saludables. Además, conocer la proporción de personas que actualmente estudian permite analizar las oportunidades de desarrollo y el acceso a la educación como determinante social de la salud.



Los resultados evidencian que la mayoría de los hogares cuenta con un jefe o jefa de hogar con nivel educativo de secundaria completa, lo que refleja un predominio de formación media dentro de la población encuestada. En menor proporción, se identifican jefes y jefas de hogar con formación técnica, tecnológica o universitaria, lo que indica una presencia limitada de educación superior en el territorio.

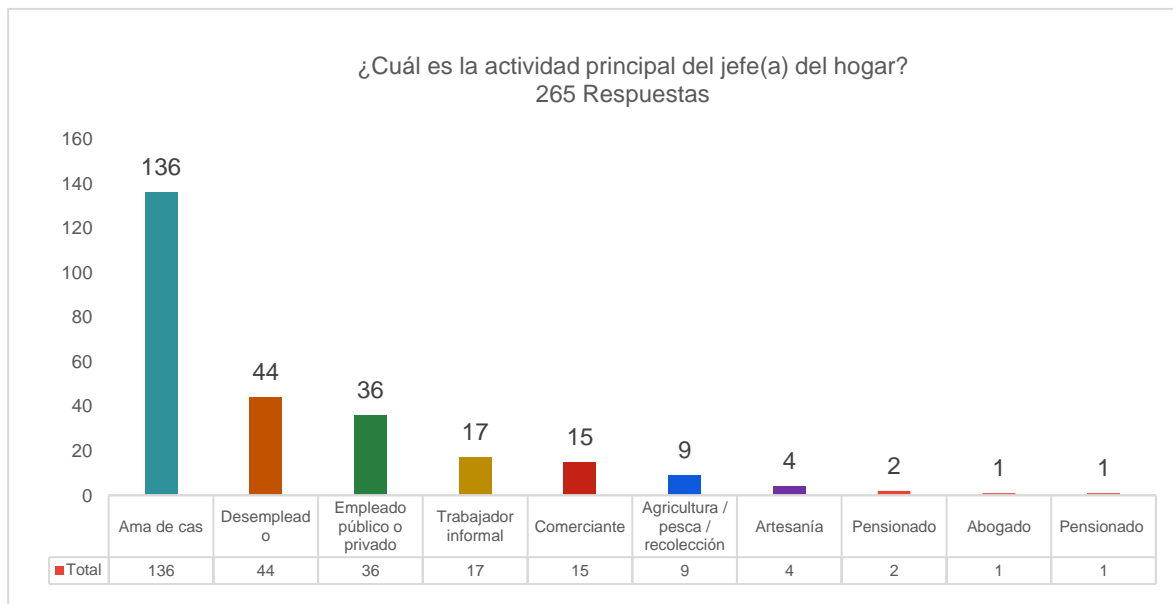
En cuanto a la continuidad educativa, los hallazgos muestran que la mayoría de los encuestados no se encuentra actualmente vinculada a procesos formales de estudio,

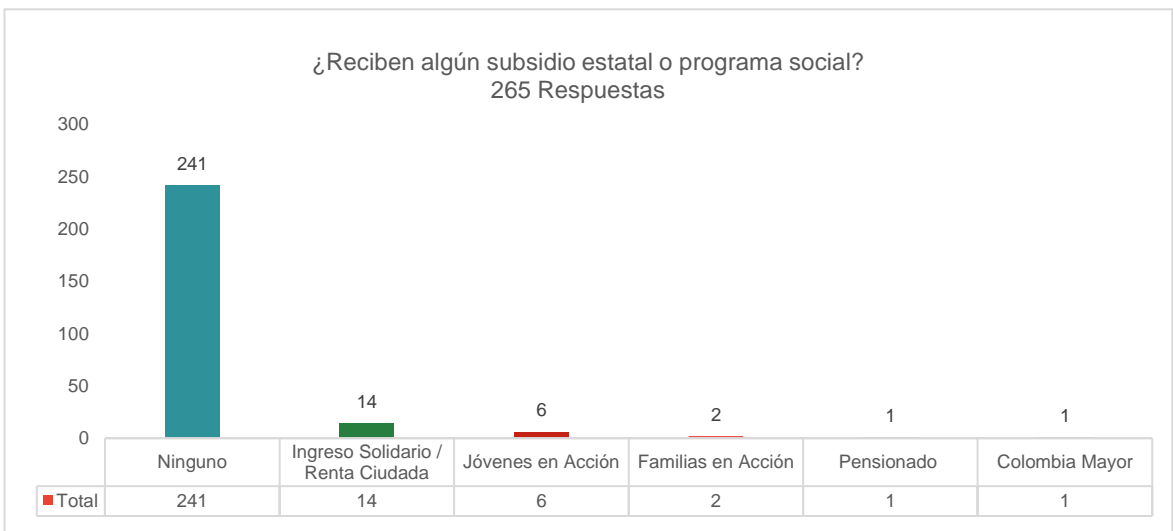
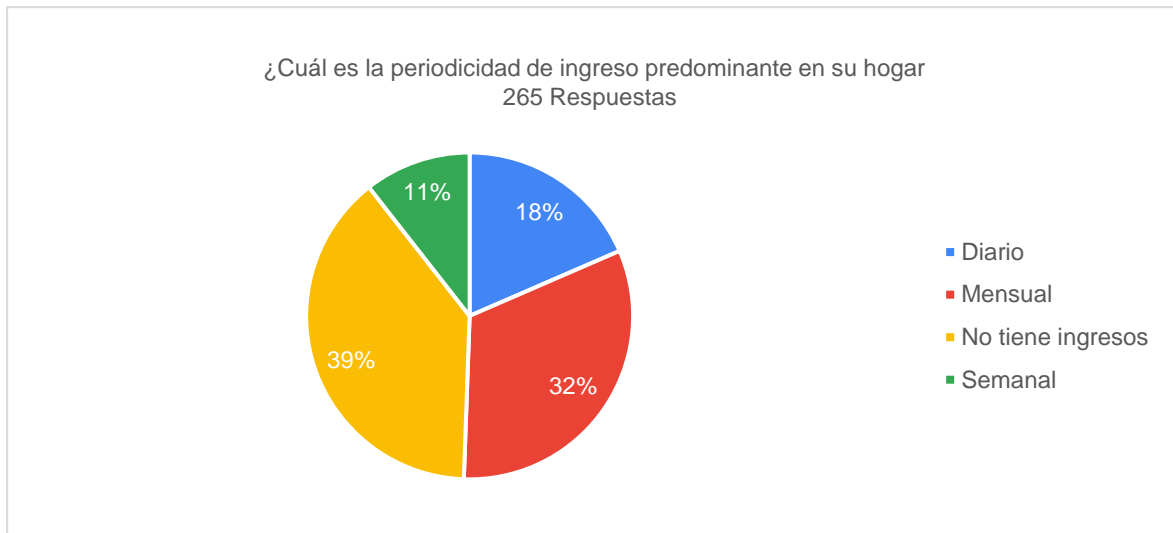
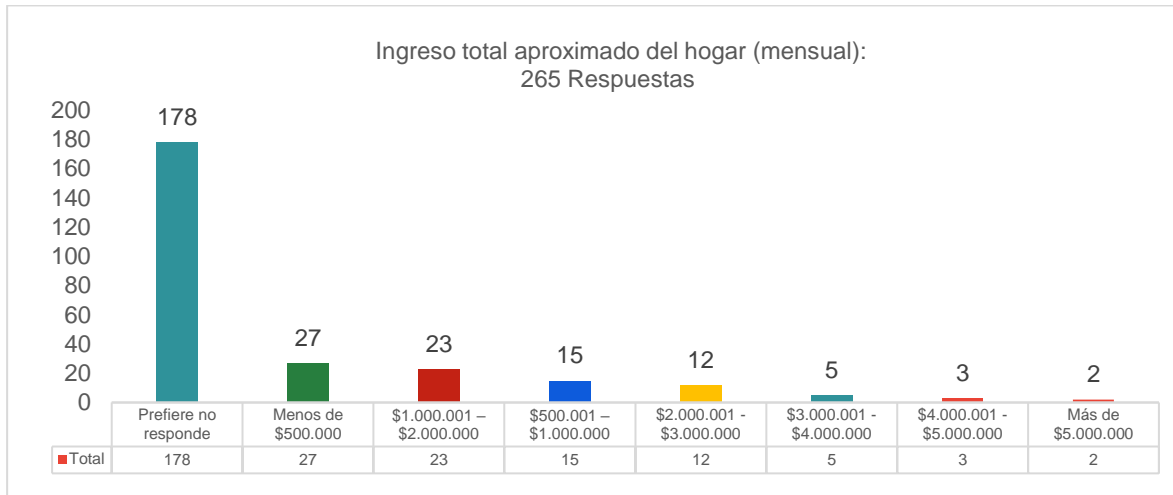
mientras que una proporción menor continúa su formación académica. Este patrón refleja una baja participación en procesos educativos activos entre la población adulta del municipio.

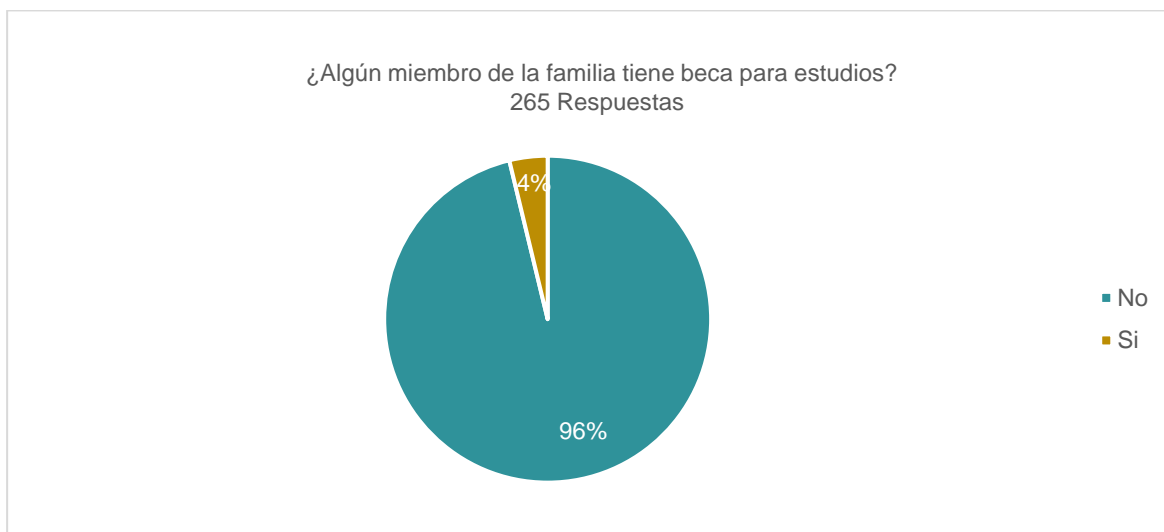
De manera general, los resultados permiten caracterizar a la población estudiada como un grupo con nivel educativo predominantemente medio y con reducida continuidad en la formación académica formal.

Empleo e ingresos

El propósito de este bloque es identificar las condiciones laborales y los niveles de ingreso de los hogares del Departamento de Vichada, con el fin de comprender cómo los determinantes económicos influyen en el acceso, la continuidad y la calidad de los servicios de salud. Las condiciones de empleo e ingresos constituyen un eje central en los determinantes sociales de la salud, ya que inciden en la seguridad alimentaria, la vivienda, el acceso a la educación y el bienestar integral, factores clave para el diseño de un modelo de salud equitativo y sostenible.







Los resultados muestran que la actividad principal del jefe o jefa del hogar se concentra mayoritariamente en labores domésticas no remuneradas, seguidas por situaciones de desempleo y, en menor proporción, por trabajos formales en el sector público o privado. Este patrón permite identificar una limitada vinculación de los hogares a actividades laborales formales.

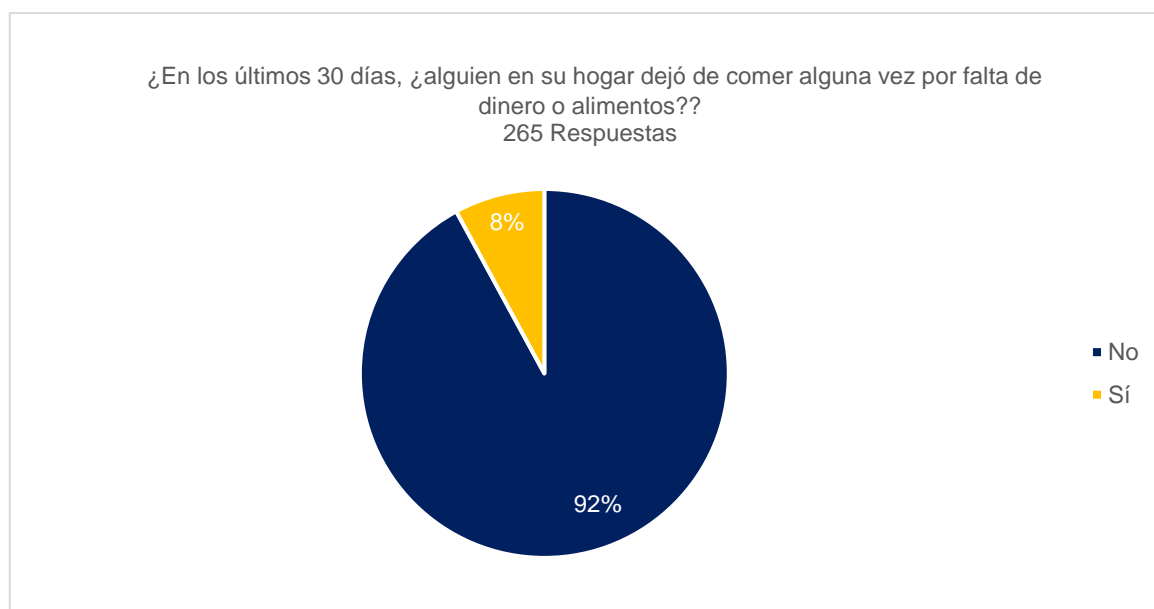
En relación con la generación de ingresos, se evidencia que una parte importante de la población no cuenta con ingresos económicos regulares. Entre quienes sí reportan ingresos, estos se perciben con distintas periodicidades, lo que refleja la coexistencia de ingresos mensuales, semanales o diarios, asociados principalmente a dinámicas laborales informales.

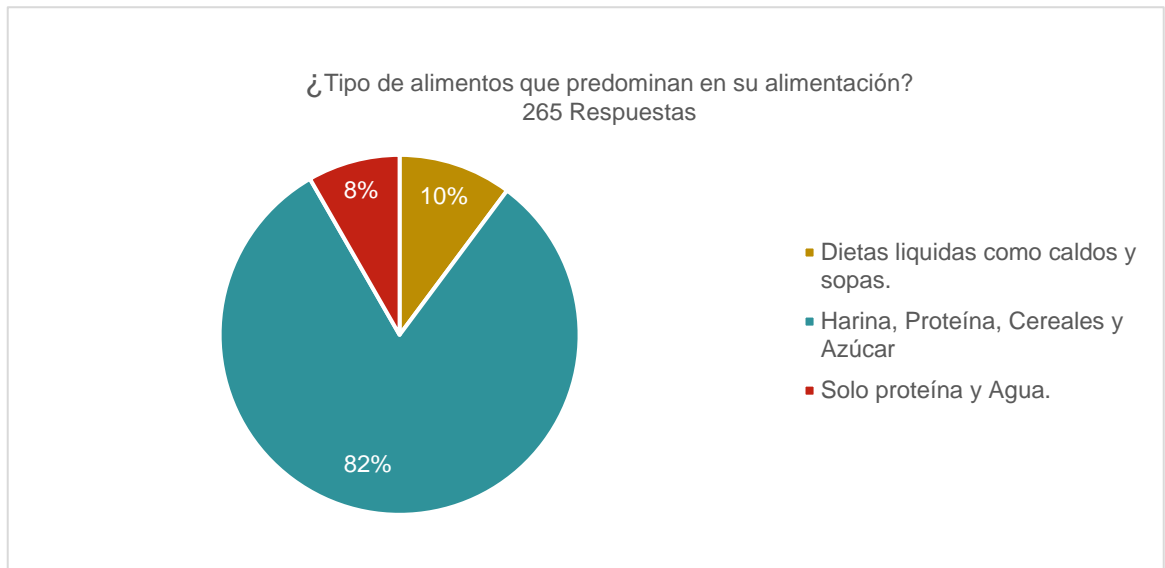
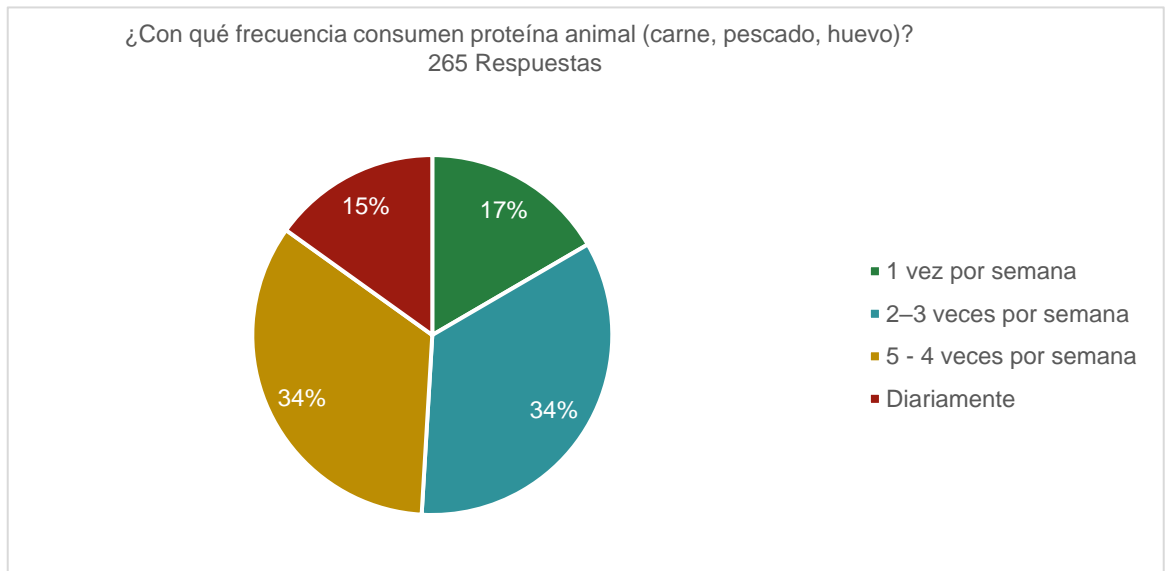
Respecto al acceso a programas de apoyo económico, los hallazgos indican que la mayoría de los hogares no recibe subsidios ni transferencias monetarias del Estado, y que el acceso a becas u otros apoyos económicos para estudios es reducido. En cuanto al nivel de ingresos, se observa una alta proporción de encuestados que optó por no declarar esta información, así como la presencia de hogares con ingresos bajos entre quienes sí respondieron.

De manera general, los resultados permiten caracterizar un contexto económico marcado por la baja estabilidad laboral, la informalidad en la generación de ingresos y el limitado acceso a apoyos económicos institucionales.

Seguridad Alimentaria

El propósito de este bloque es identificar las condiciones de seguridad alimentaria y los hábitos nutricionales de los hogares encuestados, con el fin de analizar cómo la disponibilidad, el acceso y la calidad de los alimentos inciden en el bienestar y la salud de la población del Departamento de Vichada. Este componente es clave dentro de los determinantes sociales de la salud, ya que la alimentación adecuada contribuye a la prevención de enfermedades, al desarrollo infantil y a la calidad de vida general de las comunidades.





Los resultados indican que la mayoría de los encuestados no reportó haber experimentado privación alimentaria reciente; sin embargo, se identifican hogares que manifestaron haber dejado de consumir alimentos por falta de dinero o disponibilidad, lo que evidencia la presencia de situaciones de vulnerabilidad alimentaria dentro del territorio.

En relación con la frecuencia de consumo de proteína de origen animal, se observa un patrón de consumo regular pero no diario en una parte importante de la población, que

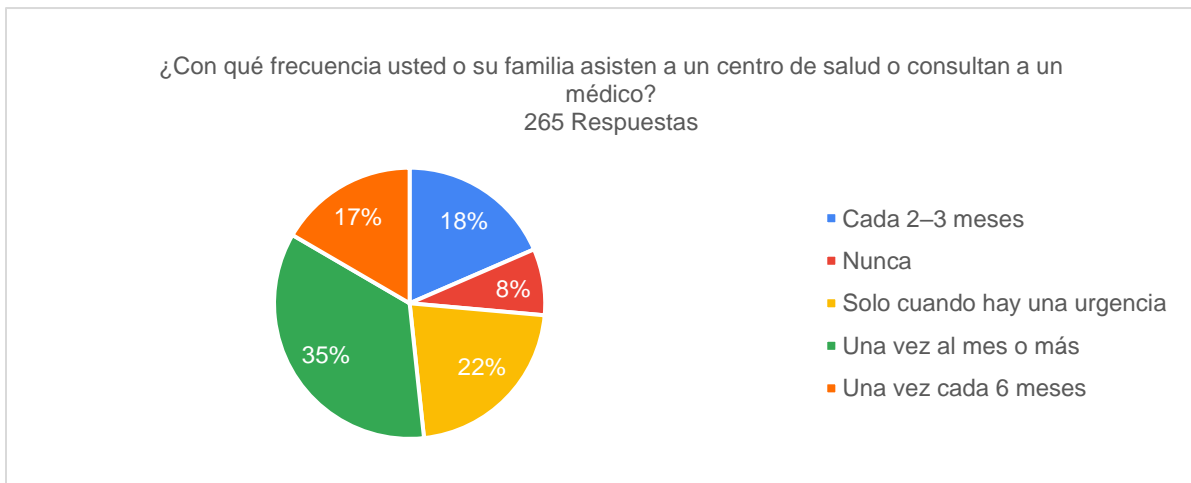
coexiste con hogares que la consumen de manera ocasional o esporádica. Este comportamiento alimentario refleja una diversidad en los hábitos de consumo de proteína animal entre los hogares encuestados.

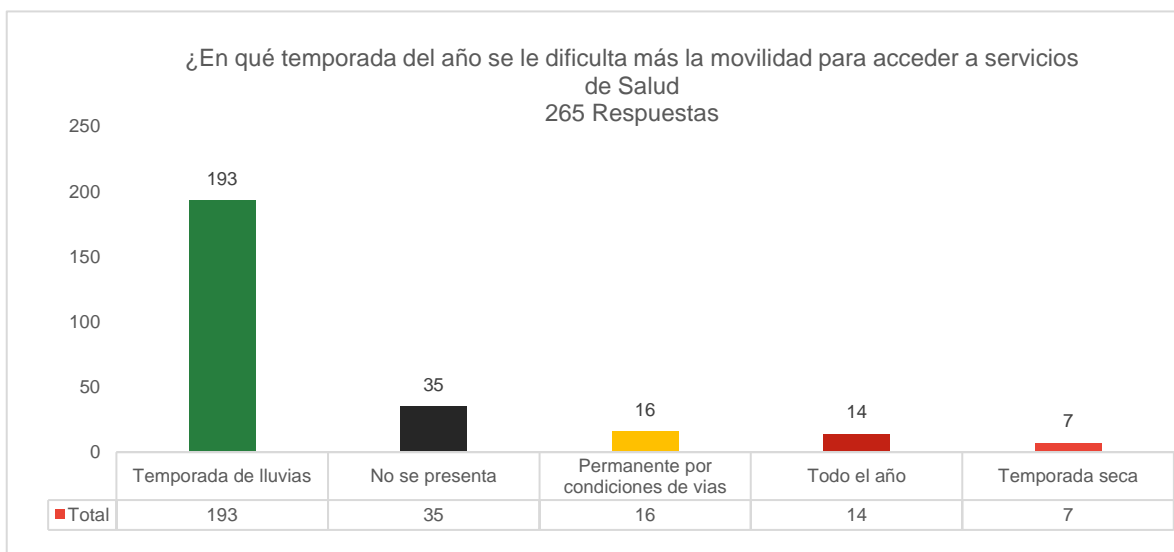
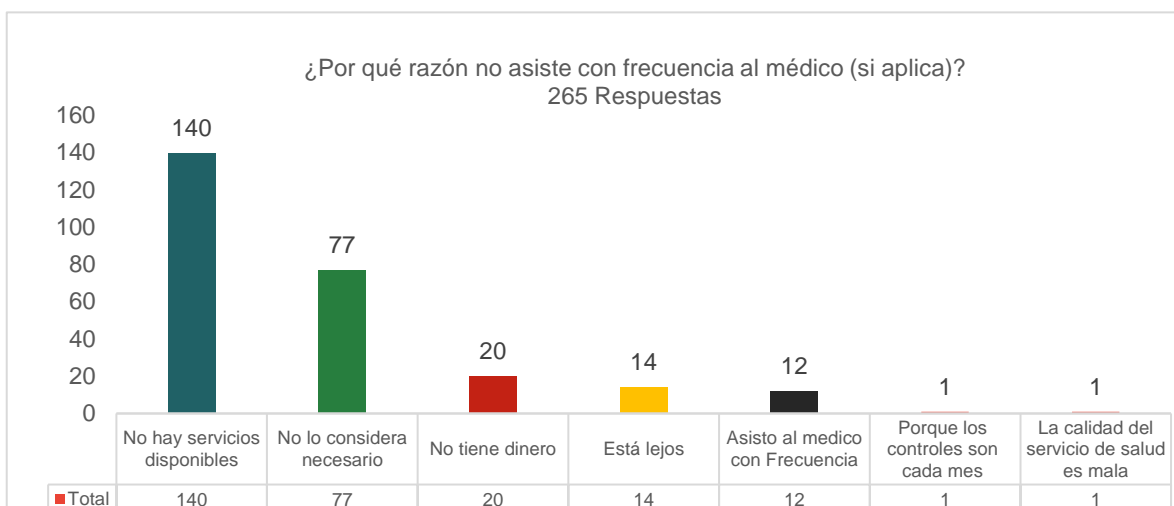
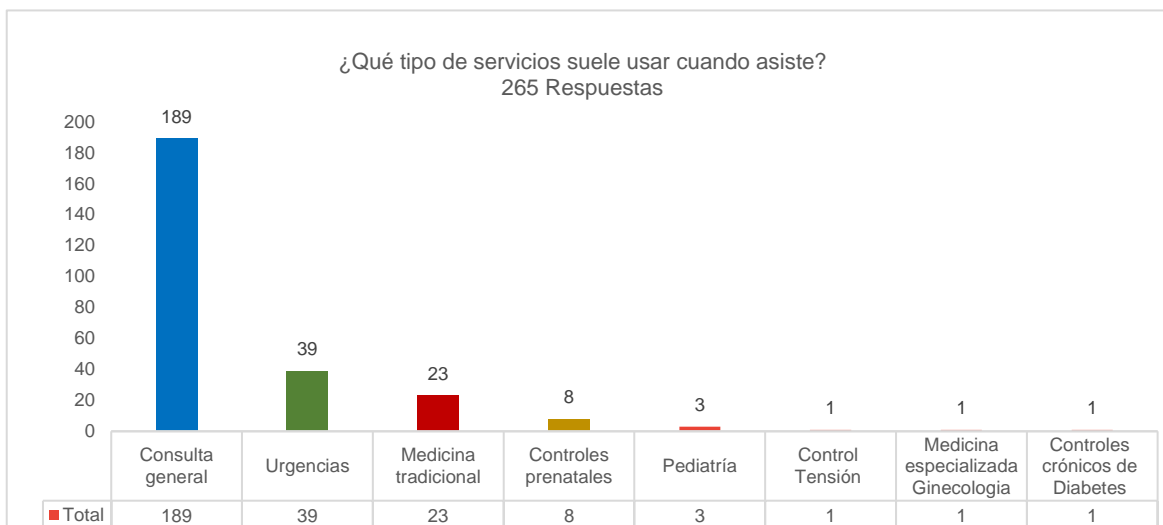
Respecto al tipo de alimentos que predominan en la dieta, los hallazgos muestran que la alimentación cotidiana se basa principalmente en harinas, cereales, proteínas y alimentos con alto contenido de azúcares. De forma complementaria, se identifican hogares cuya dieta se compone fundamentalmente de preparaciones líquidas, como caldos y sopas.

De manera general, los resultados permiten caracterizar patrones alimentarios con predominio de alimentos básicos y una limitada diversidad nutricional en parte de la población estudiada.

Acceso a Servicios de Salud

El propósito de este bloque es identificar las condiciones de acceso y utilización de los servicios de salud por parte de la población del Departamento de Vichada, con el fin de analizar las barreras geográficas, culturales, económicas y de disponibilidad institucional que inciden en la oportunidad y continuidad de la atención en salud. Este componente resulta esencial para el diseño del modelo integral de atención en salud, dado que permite comprender los factores que limitan la cobertura efectiva y la equidad en la prestación de los servicios.







Los resultados muestran que una parte de la población acude de manera periódica a los servicios de salud, mientras que otro grupo significativo solo lo hace en situaciones de urgencia o de forma esporádica. Este patrón evidencia una utilización de los servicios centrada principalmente en la atención de eventos agudos, con menor frecuencia de consultas preventivas o de seguimiento.

En cuanto al tipo de servicios utilizados, se identifica un predominio de la consulta de medicina general como principal forma de atención. Asimismo, se registra el uso de servicios de urgencias en determinados casos y la recurrencia a prácticas de medicina tradicional por parte de algunos hogares, lo que refleja la coexistencia de diferentes formas de atención en salud dentro del territorio.

Respecto a las razones de la baja frecuencia de asistencia a los servicios de salud, los hallazgos indican que una parte importante de la población refiere limitaciones relacionadas con la disponibilidad de servicios en su zona, mientras que otros manifiestan no percibir la necesidad de acudir a consulta médica de manera regular.

Las condiciones geográficas y climáticas emergen como un factor relevante en el acceso a los servicios de salud. Los encuestados reportan que, durante la temporada de

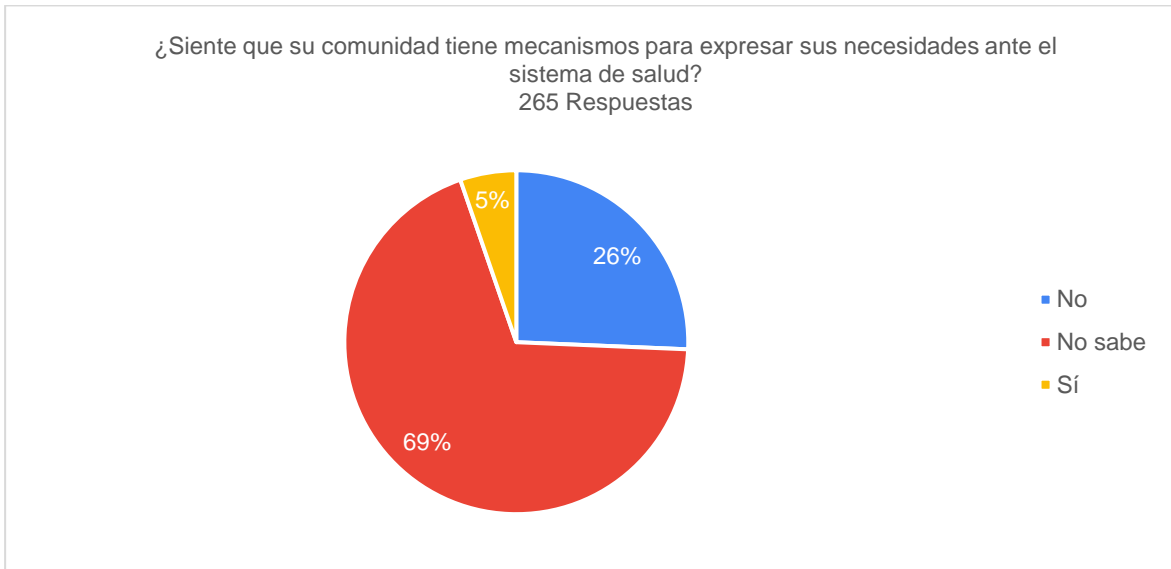
lluvias, el desplazamiento hacia los centros de atención se ve significativamente dificultado debido al estado de las vías, el aumento de los caudales de los ríos y el aislamiento temporal de algunas comunidades.

Finalmente, en relación con la movilidad territorial, los resultados evidencian que la posibilidad de salir de las comunidades para acceder a servicios básicos es variable y no siempre frecuente, dependiendo de factores externos como el clima, el transporte y la ubicación geográfica. Este comportamiento refleja un acceso intermitente a los servicios de salud y otros recursos esenciales en el territorio estudiado.

Participación comunitaria y organización social

El propósito de este bloque es analizar el nivel de participación comunitaria y la existencia de mecanismos organizativos en las comunidades del Departamento de Vichada, con el fin de identificar el grado de empoderamiento social, la articulación comunitaria y la capacidad de incidencia en los procesos de gestión en salud. Este aspecto es esencial para fortalecer el enfoque territorial e intercultural del modelo de atención, dado que la participación activa de la comunidad permite garantizar la pertinencia, sostenibilidad y legitimidad de las acciones en salud.





Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados no participa en grupos comunitarios, asociaciones u otras formas de organización social, mientras que una proporción menor reporta algún tipo de vinculación a estos espacios. Este hallazgo refleja una participación comunitaria limitada dentro del territorio estudiado.

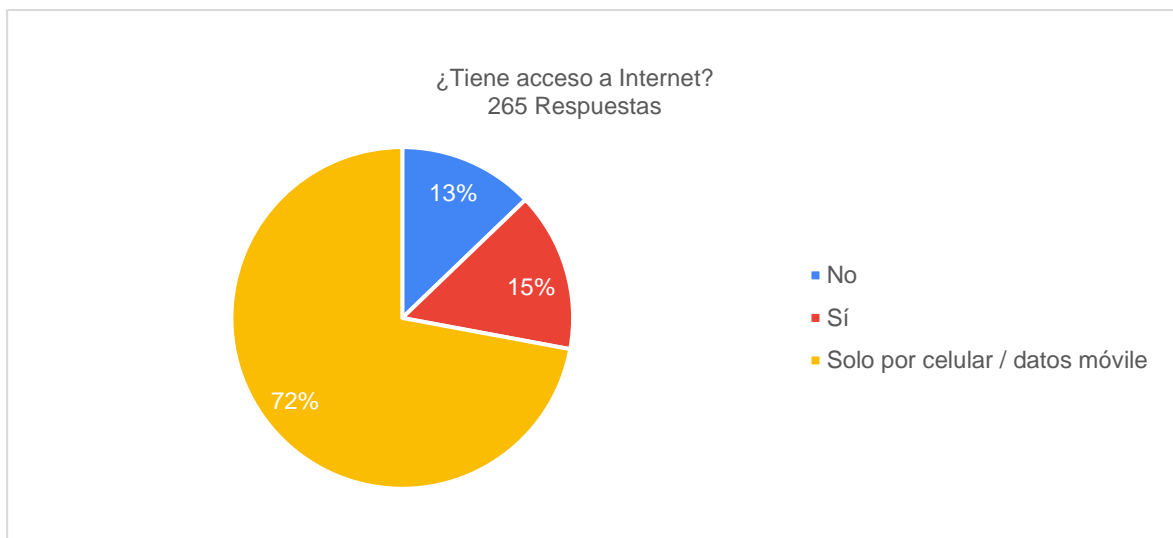
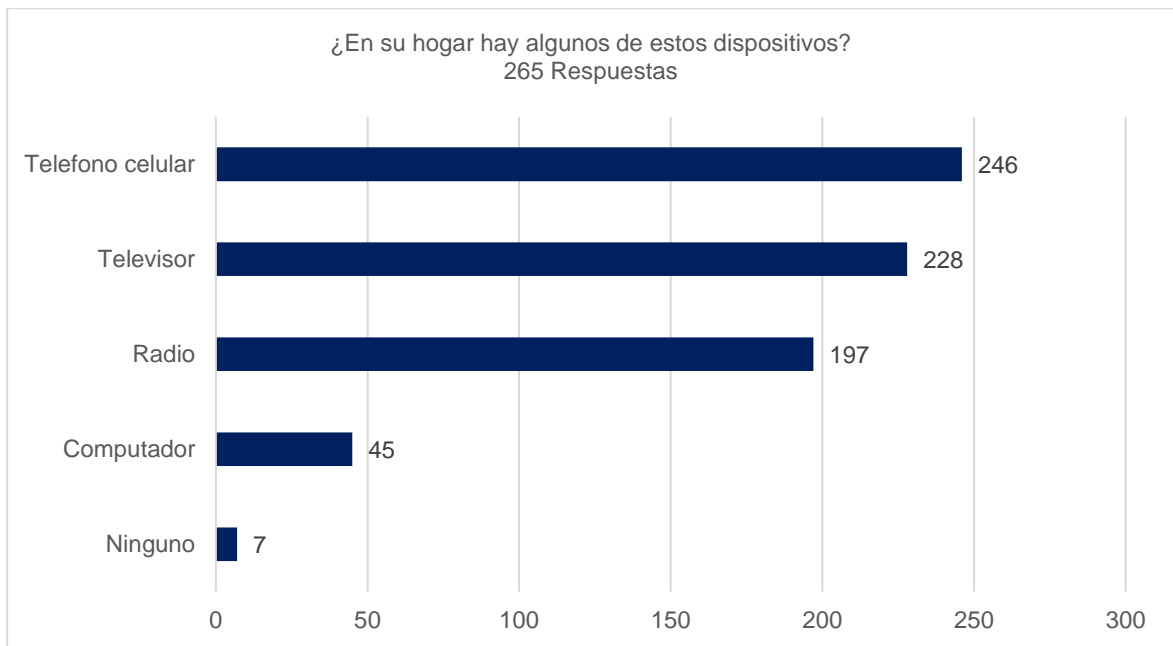
En relación con los mecanismos disponibles para que la comunidad exprese sus necesidades ante el sistema de salud, los resultados evidencian que una parte significativa de la población desconoce la existencia de dichos mecanismos, y otro grupo señala que estos no se encuentran disponibles en su contexto. De manera general, se observa una baja apropiación y utilización de los espacios formales de participación ciudadana en salud.

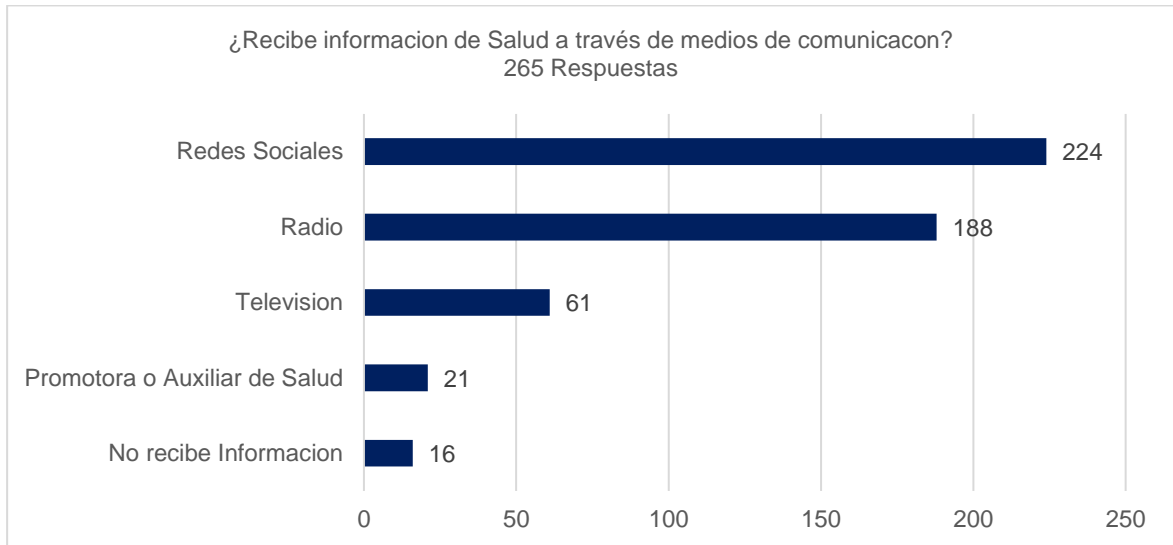
En conjunto, los hallazgos permiten caracterizar un escenario en el que la organización comunitaria y el acceso a mecanismos de participación en salud son reducidos entre la población encuestada.

Acceso a tecnología y medios de información

El propósito de este bloque es identificar el nivel de acceso a tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los hogares del Departamento de Vichada, así

como los canales más frecuentes para la recepción de información en salud. Este análisis busca comprender las posibilidades reales de conectividad y comunicación, aspectos fundamentales para la implementación de estrategias de educación sanitaria, telemedicina y tele monitoreo dentro del modelo de salud territorial propuesto.





Los resultados muestran que la mayoría de los hogares cuenta con dispositivos básicos de comunicación, siendo el teléfono celular el recurso más ampliamente disponible. De igual manera, se identifica una presencia significativa de otros medios tradicionales como el televisor y la radio en los hogares encuestados. En contraste, el acceso a computadores es limitado, lo que evidencia diferencias en la disponibilidad de herramientas tecnológicas más avanzadas.

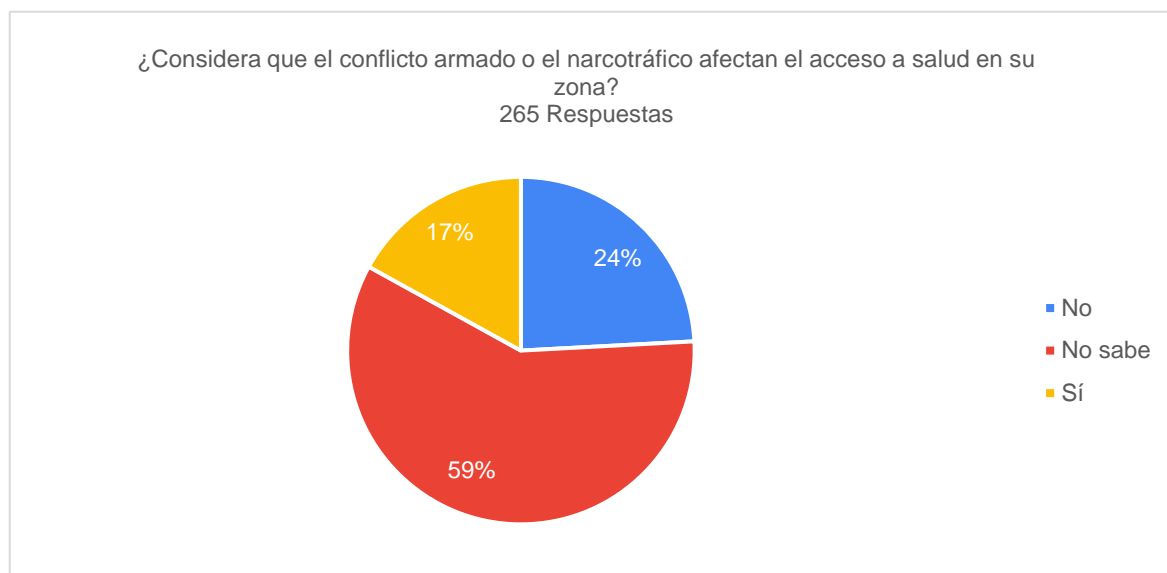
En relación con la conectividad a internet, los hallazgos indican que el acceso se realiza principalmente a través de datos móviles en teléfonos celulares, mientras que un grupo reducido de hogares dispone de conexión fija o estable. Asimismo, se identifican personas que no cuentan con ningún tipo de acceso a internet, lo que refleja condiciones desiguales de conectividad en el territorio.

Respecto a los canales utilizados para recibir información relacionada con la salud, los resultados evidencian un uso frecuente de redes sociales y medios radiales, seguidos por la televisión. Estos medios se configuran como las principales fuentes de información sanitaria para la población encuestada.

De manera general, los hallazgos permiten caracterizar un contexto en el que existe un acceso amplio a dispositivos móviles y medios tradicionales, acompañado de limitaciones en la conectividad digital y en el acceso a tecnologías informáticas.

Condición de seguridad

El propósito de este bloque es analizar la percepción de seguridad de los hogares en el Departamento de Vichada, así como identificar posibles situaciones de violencia, amenaza o presencia de factores asociados al conflicto armado o al narcotráfico que puedan influir directa o indirectamente en el acceso y la prestación de los servicios de salud. Este análisis resulta fundamental, dado que la seguridad territorial constituye un determinante social de la salud y afecta la movilidad, el bienestar psicológico y la confianza comunitaria hacia las instituciones del Estado.





Los resultados muestran que una parte considerable de los encuestados optó por no responder a la pregunta relacionada con haber sido víctima de violencia o amenazas en su territorio durante los últimos años. De manera paralela, otro grupo significativo manifestó no haber experimentado situaciones de violencia directa. Este comportamiento evidencia una reserva importante frente al abordaje de temas asociados a la seguridad personal.

En relación con la percepción general de seguridad en la comunidad, los hallazgos indican que la mayoría de las personas se siente solo parcialmente segura en su

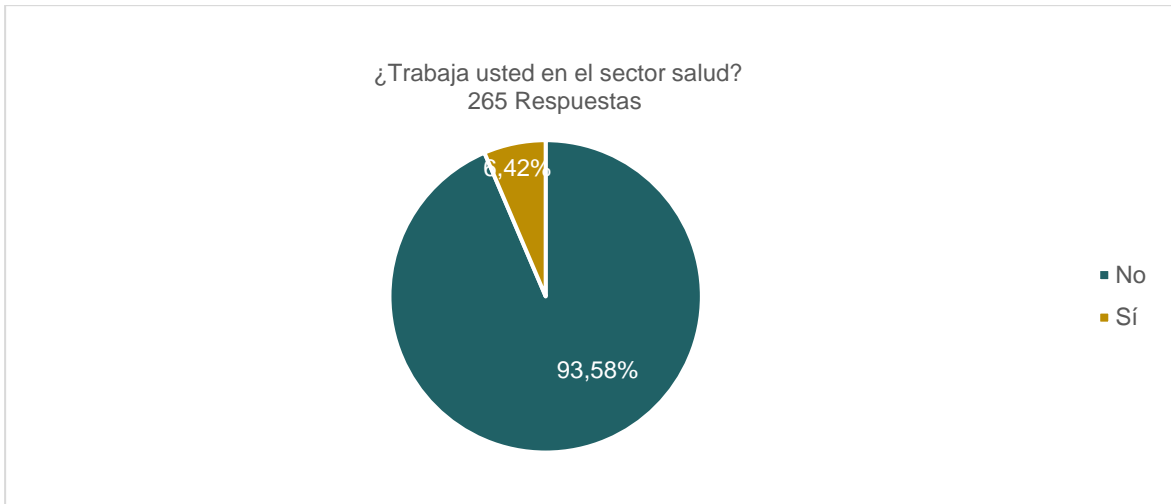
entorno, mientras que un grupo relevante expresó no sentirse seguro. En contraste, una proporción menor manifestó sentirse plenamente segura en su comunidad.

Respecto a la percepción sobre la influencia del conflicto armado o del narcotráfico en el acceso a los servicios de salud, los resultados muestran que una parte importante de la población expresó no tener claridad sobre este impacto. Otros encuestados consideran que dichas dinámicas no afectan el acceso a la atención, mientras que un grupo más reducido señaló que sí existe una afectación. En conjunto, los hallazgos permiten caracterizar un contexto territorial en el que la percepción de seguridad es variable y en el que existe cautela al abordar temas relacionados con la violencia y el conflicto.

Variable acceso y oportunidad

El bloque de preguntas correspondiente a la variable de acceso y oportunidad en la atención en salud tiene como propósito identificar las condiciones bajo las cuales la población logra ingresar al sistema de salud y recibir atención oportuna frente a sus necesidades. Este apartado busca explorar aspectos relacionados con la disponibilidad de servicios, los tiempos de espera para la asignación de citas, las barreras geográficas, administrativas o económicas que puedan limitar el acceso, así como la facilidad para obtener medicamentos, remisiones o servicios especializados.

De igual manera, este bloque permite analizar la percepción de la población frente a la oportunidad en la atención, entendida como la capacidad del sistema para responder de manera adecuada y en tiempos razonables a las demandas de salud. La información obtenida resulta fundamental para identificar brechas en la prestación de servicios, especialmente en contextos territoriales con alta dispersión poblacional y limitaciones de infraestructura, como el Departamento de Vichada.

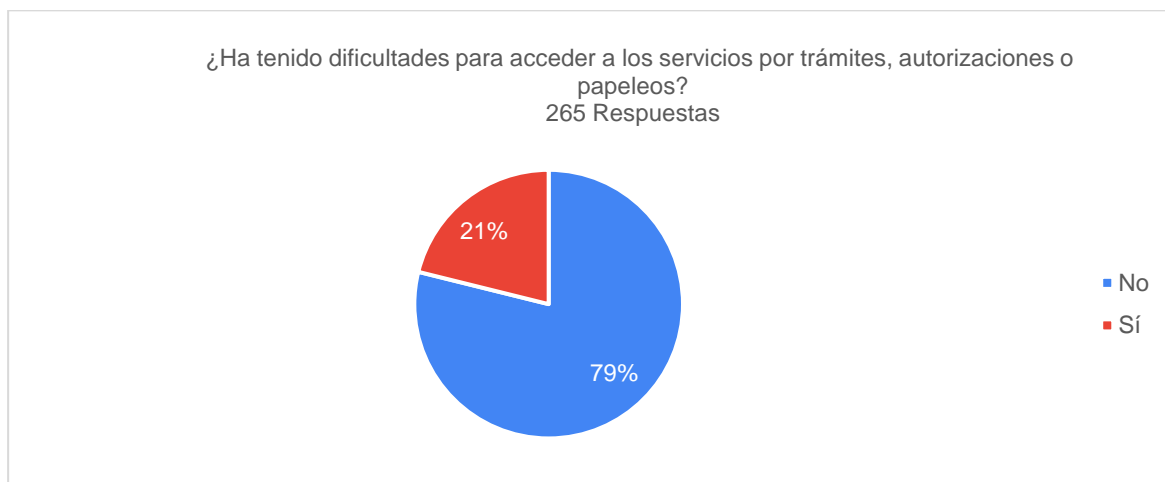


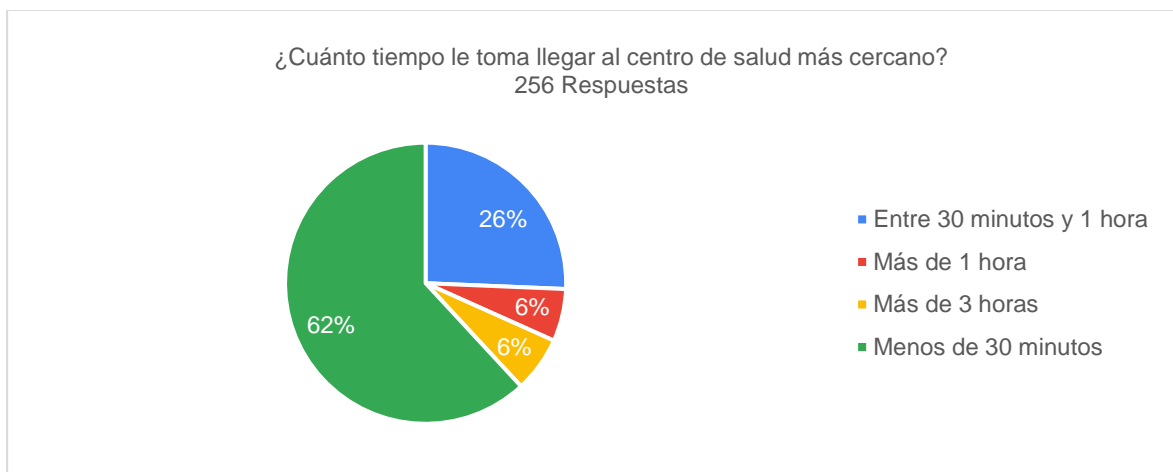
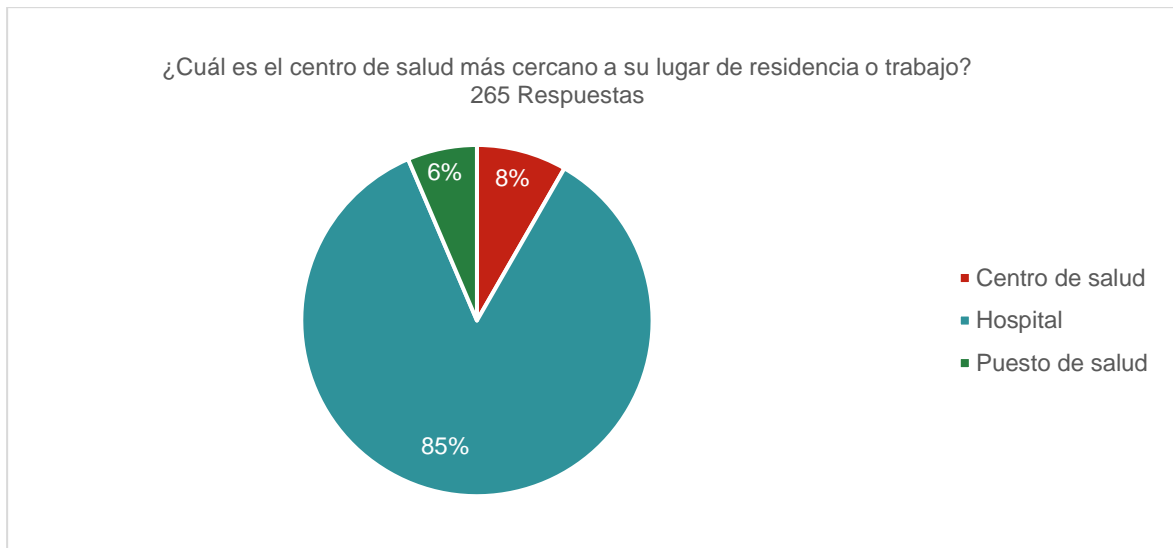
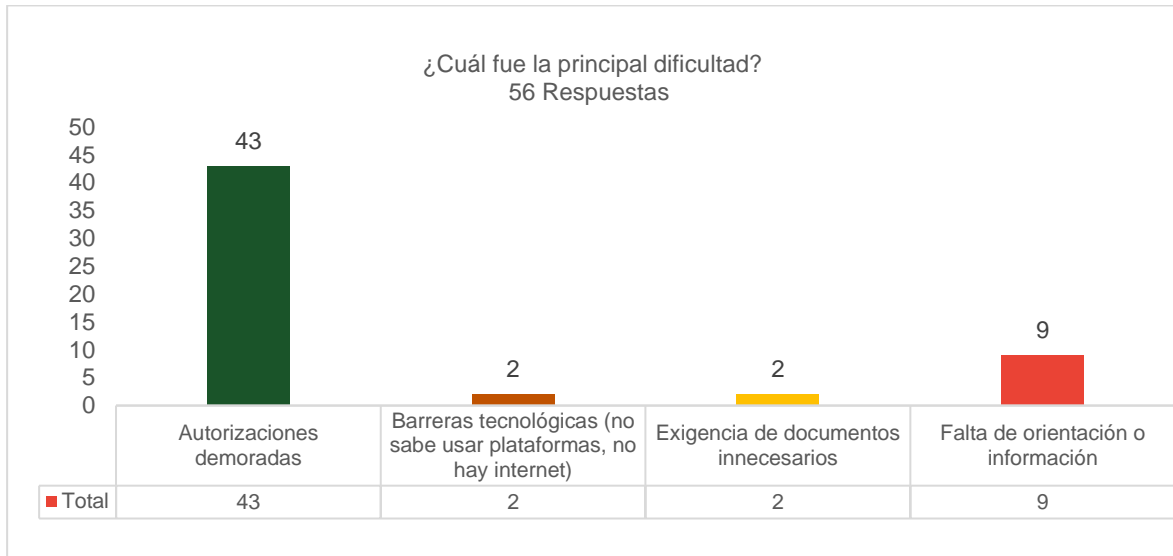
Los resultados evidencian que la población encuestada corresponde mayoritariamente a residentes del municipio de La Primavera, lo que permite que la información recolectada refleje las condiciones reales de acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud en el territorio. Asimismo, se identifica que la mayoría de los participantes no se encuentra vinculada laboralmente al sector salud, lo cual aporta una visión basada en la experiencia directa de los usuarios y no en el conocimiento técnico o institucional del sistema. En este sentido, los hallazgos permiten analizar el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la población general,

considerando las barreras territoriales, organizativas y de disponibilidad que inciden en la oportunidad de la atención en el municipio.

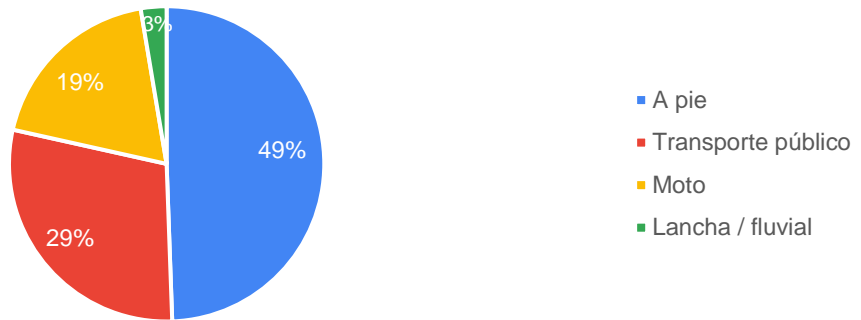
Acceso a los servicios de salud

Los resultados correspondientes a este bloque permiten identificar las condiciones bajo las cuales la población del municipio de La Primavera accede a los servicios de salud disponibles en el territorio, así como las principales barreras que limitan la oportunidad y continuidad de la atención. El análisis integra información sobre la frecuencia de uso de los servicios, los tipos de atención recibida, los tiempos de desplazamiento, las dificultades de acceso geográfico y administrativo, y la percepción general de la población frente a la disponibilidad y suficiencia de la oferta institucional en salud. Esta información resulta esencial para comprender las brechas existentes entre la oferta de servicios y las necesidades reales de la población, y constituye un insumo fundamental para el diseño del modelo de salud territorial e intercultural propuesto para el Departamento de Vichada.

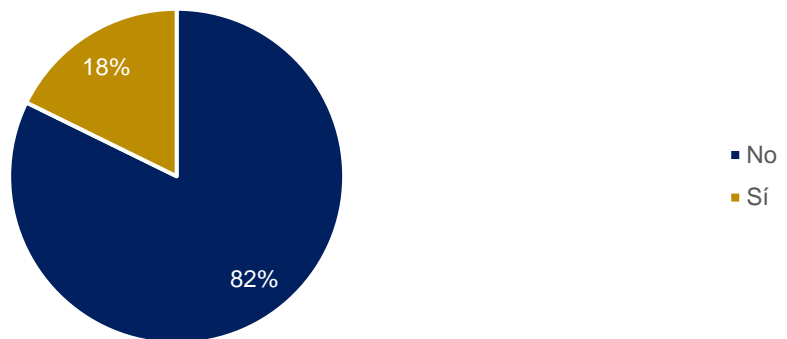




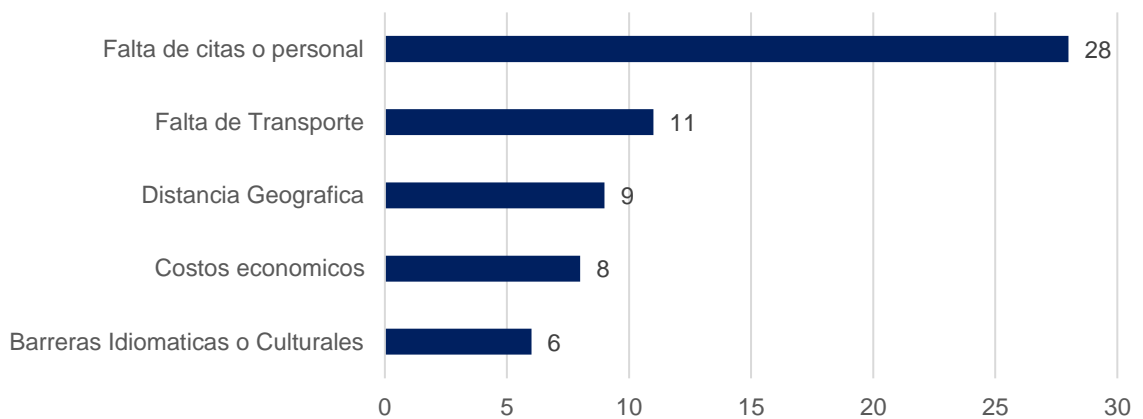
¿Qué medio de transporte utiliza con mayor frecuencia para llegar a un centro de salud?
256 Respuestas



¿Ha tenido dificultades para acceder a servicios de salud en el último año?
256 Respuestas



¿Cuáles son las Principales dificultades?
47 Respuestas



Los resultados de la encuesta evidencian que una proporción de la población encuestada ha enfrentado dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud, asociadas principalmente a barreras administrativas relacionadas con procesos de autorización, trámites documentales y gestión de servicios. Aunque estas situaciones no afectan a la totalidad de los participantes, su presencia refleja limitaciones en la gestión administrativa del sistema que pueden generar demoras en la continuidad de la atención y en el inicio de los tratamientos requeridos.

En relación con la disponibilidad de servicios, los resultados indican que para la mayoría de los encuestados el hospital constituye el establecimiento de salud más cercano. Este hallazgo sugiere una concentración de la oferta de servicios en niveles de mayor complejidad, así como una presencia limitada de puntos de atención primaria cercanos a las comunidades, lo cual puede generar una mayor presión sobre los servicios hospitalarios y limitar el acceso oportuno a intervenciones preventivas y de primer nivel.

Desde la perspectiva del acceso geográfico, se observa una situación heterogénea. Aunque parte de la población reporta tiempos de desplazamiento relativamente cortos hacia los servicios de salud, un número importante de personas realiza estos trayectos a pie, situación asociada a la ausencia de medios de transporte o a limitaciones económicas para asumir los costos de movilización. De igual manera, se identifican casos en los que el acceso requiere desplazamientos prolongados o dependientes del transporte fluvial, especialmente para las comunidades ubicadas en zonas rurales dispersas o en áreas ribereñas del territorio.

Adicionalmente, los resultados muestran que durante el último año algunos encuestados han enfrentado dificultades para obtener atención médica, siendo la falta de disponibilidad de citas o de personal de salud uno de los obstáculos más reportados. A

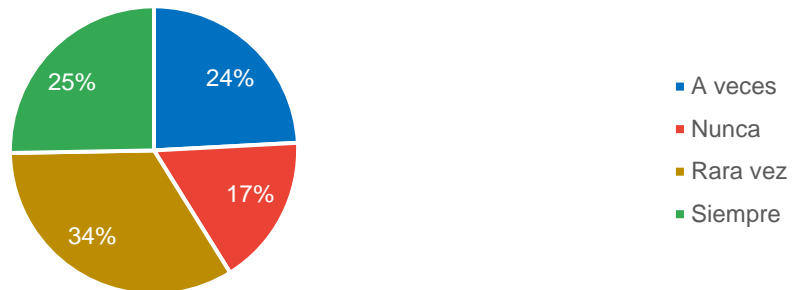
estas barreras se suman factores como la distancia geográfica, los costos asociados al transporte o a la atención, y en algunos casos, barreras culturales o idiomáticas que pueden afectar la interacción con los servicios de salud.

En conjunto, estos hallazgos permiten identificar que el acceso a los servicios de salud en el territorio se encuentra condicionado por factores administrativos, geográficos, económicos y socioculturales, los cuales pueden presentarse de manera simultánea y generar escenarios de acceso limitado para determinados grupos poblacionales. Este panorama refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de Atención Primaria en Salud con enfoque territorial, ampliando la presencia de servicios en el primer nivel, fortaleciendo las acciones extramurales y mejorando la organización de la red de atención para garantizar mayor oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud en el Departamento de Vichada.

Oportunidad en la atención

Los resultados correspondientes a este bloque permiten analizar la percepción de la población encuestada frente a la oportunidad en la atención en salud, entendida como la capacidad del sistema para responder de manera oportuna y adecuada a las necesidades de salud de la población en el momento en que estas se presentan. El análisis integra información sobre los tiempos de espera para la asignación de citas, la disponibilidad de personal de salud, la continuidad en los procesos de atención y la percepción general sobre la agilidad y eficiencia del sistema. Estos aspectos resultan especialmente relevantes en el contexto del Departamento de Vichada, donde las condiciones geográficas, la dispersión poblacional y las limitaciones de infraestructura pueden incidir de manera significativa en la capacidad del sistema para garantizar una atención oportuna, continua y de calidad para todos los habitantes del territorio.

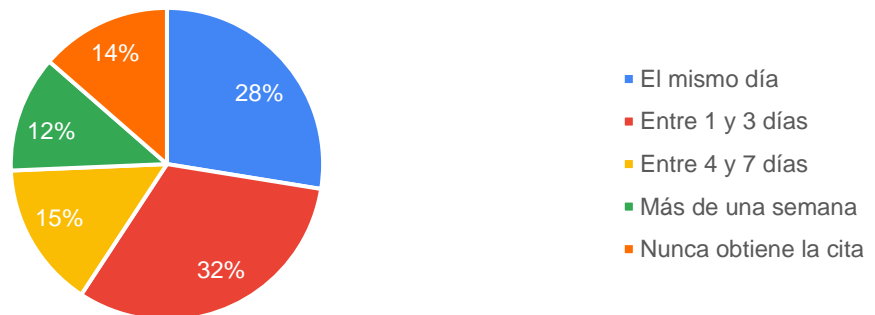
Quando necesita atención médica, ¿con qué frecuencia puede conseguir una cita en menos de 3 días?
256 Respuestas



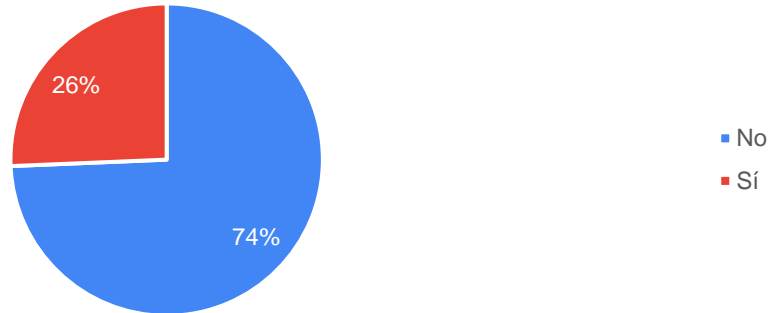
¿Cuánto tiempo tarda usualmente en ser atendido por un médico general desde que solicita la cita?
256 Respuestas



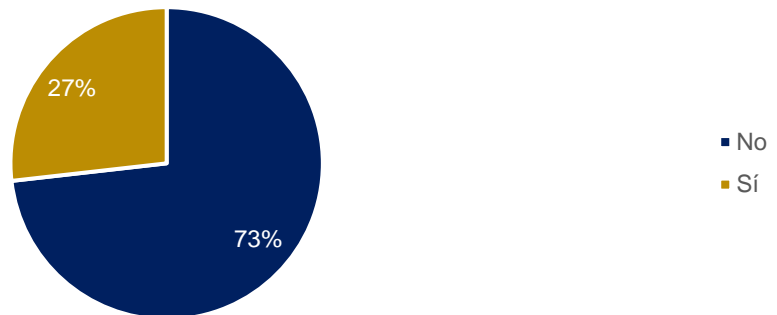
¿En cuánto tiempo le dan una cita médica cuando la solicita?
256 Respuestas



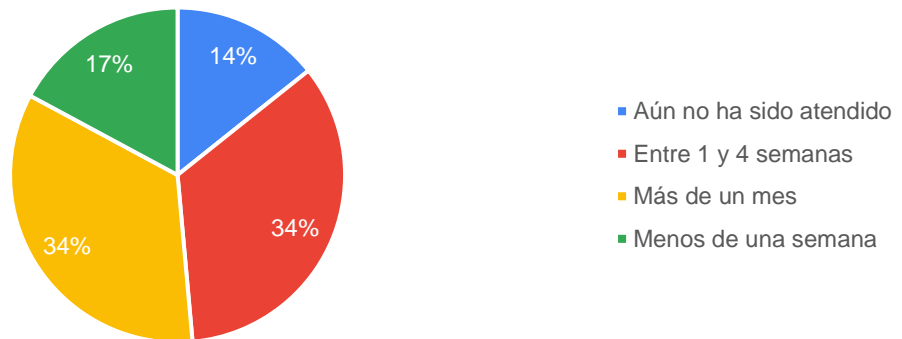
¿Ha tenido dificultades para acceder a servicios de salud especializados?
256 Respuestas

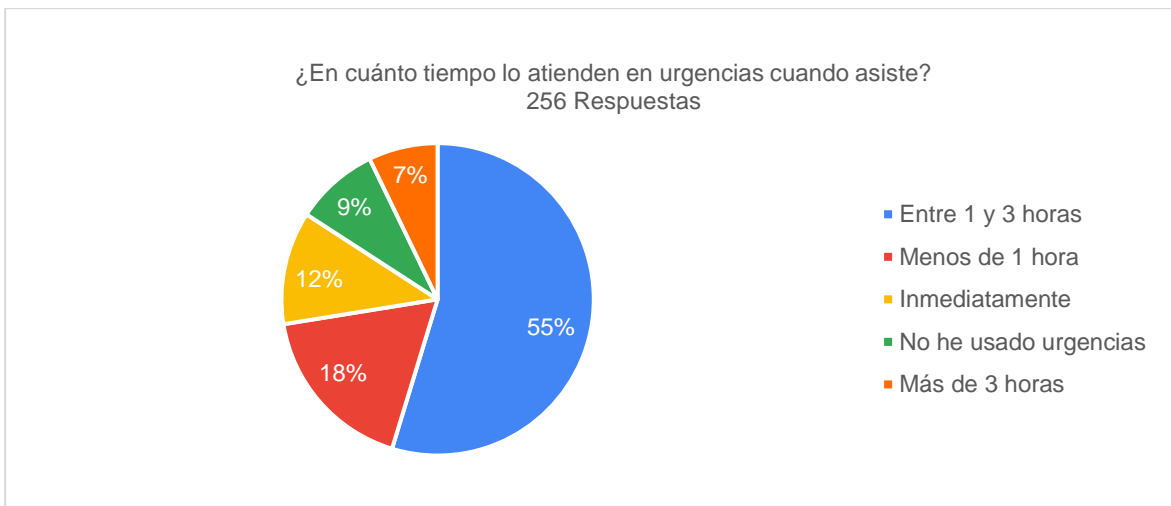
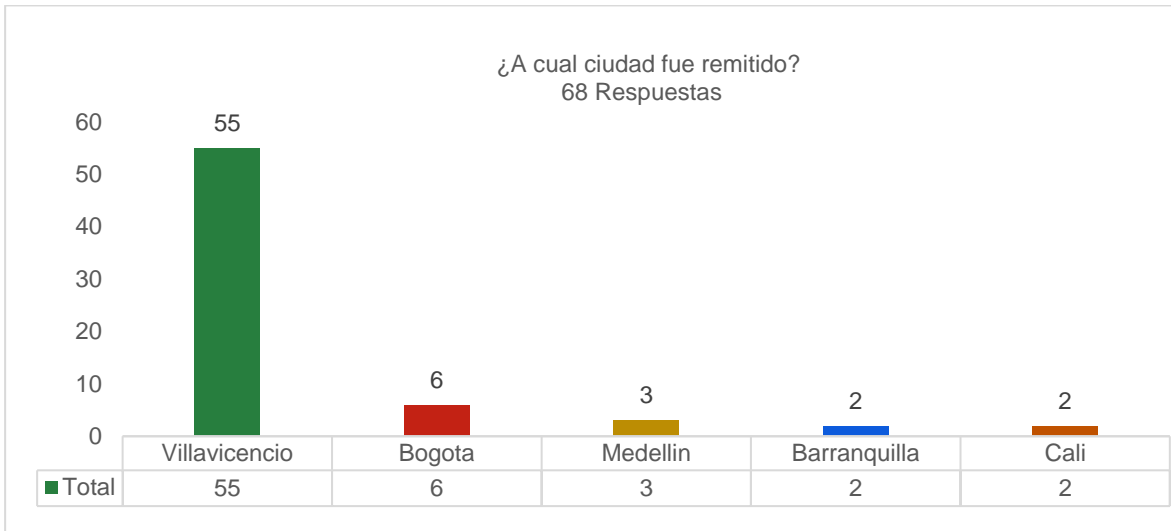


¿Ha sido remitido a otro municipio o ciudad para recibir atención especializada?
256 Respuestas



¿Cuánto tiempo esperó la remisión?
70 Respuestas





Los resultados sobre oportunidad en la atención se presentan a continuación con sus distribuciones de frecuencia y su contraste con los estándares establecidos por la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, norma que fija en tres (3) días hábiles el tiempo máximo para la asignación de citas de medicina general.

Frente al tiempo de desplazamiento al centro de salud más cercano (n=264). La mayoría de la población (62%) reportó un tiempo de desplazamiento menor a 30 minutos, mientras que el 26% tarda entre 30 minutos y 1 hora, el 6% más de 1 hora y el 6% más de 3 horas. Esto indica que el 12% de la población enfrenta barreras geográficas severas, con tiempos de desplazamiento que superan la hora, situación

especialmente crítica en un contexto de atención de urgencias o seguimiento de enfermedades crónicas.

Respecto al tiempo de agendamiento de citas de medicina general (n=256). El 28% de los encuestados reportó obtener cita el mismo día de la solicitud y el 32% entre 1 y 3 días, para una frecuencia acumulada del 60% que accede dentro del plazo máximo de 3 días hábiles establecido por la Resolución 1552 de 2013. Sin embargo, el 40% restante supera dicho estándar: el 15% espera entre 4 y 7 días, el 15% más de una semana y, de manera crítica, el 14% reportó nunca obtener la cita, lo que constituye una vulneración directa al derecho a la oportunidad en la atención consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En cuanto al tiempo de atención por médico general desde la solicitud de cita (n=256). El 34% de los encuestados fue atendido en menos de 3 días y el 31% entre 3 y 7 días, acumulando un 65% dentro de la primera semana. No obstante, el 18% esperó más de una semana y el 16% más de un mes, evidenciando demoras que exceden ampliamente el estándar normativo y que representan un riesgo real para la continuidad del cuidado en la población.

En el tiempo de espera para atención especializada posterior a remisión (n=70), se evidencia que de los usuarios que requirieron remisión, el 17% fue atendido en menos de una semana, el 34% entre 1 y 4 semanas y el 34% esperó más de un mes. Preocupa especialmente que el 14% aún no había sido atendido al momento de la recolección de la información. En conjunto, el 48% de los usuarios remitidos superó el mes de espera o no había recibido atención, lo que refleja una ruptura severa en la continuidad asistencial. La Resolución 1552 de 2013 no establece un plazo perentorio para citas especializadas, reconociendo las limitaciones estructurales de oferta en regiones apartadas; no obstante, este hallazgo es consistente con lo señalado por el ASIS

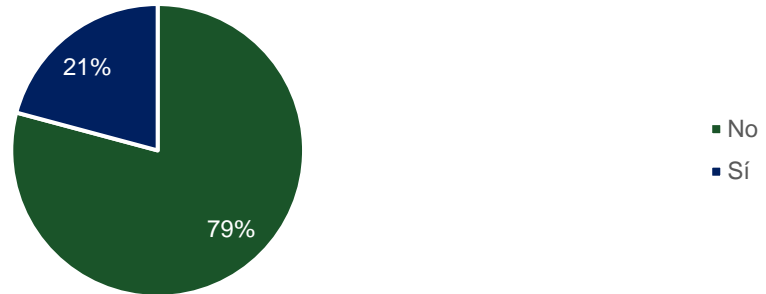
Vichada 2024 sobre la dependencia de redes externas al departamento para la resolución de necesidades de mayor complejidad.

Finalmente, en el tiempo de atención en urgencias (n=256), el 12% fue atendido de forma inmediata y el 18% en menos de 1 hora, para una frecuencia acumulada del 30% atendido en menos de 1 hora. El 55% fue atendido entre 1 y 3 horas y el 7% esperó más de 3 horas. El 9% reportó no haber utilizado el servicio de urgencias durante el período de referencia. Estos resultados son coherentes con los criterios de clasificación de Triage establecidos en la Resolución 5596 de 2015, que diferencia los tiempos de atención según la gravedad clínica del paciente.

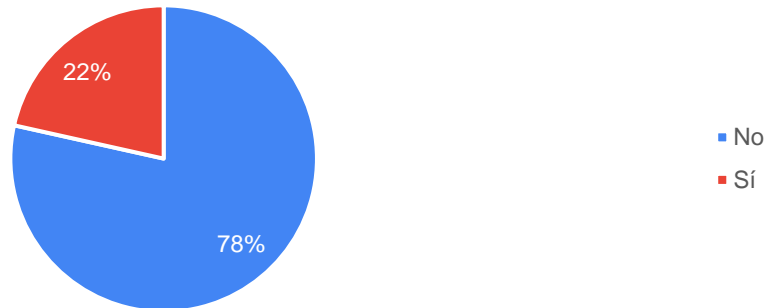
Acceso económico

Los resultados correspondientes a este bloque permiten analizar la dimensión económica como determinante del acceso a los servicios de salud en el municipio de La Primavera, Departamento de Vichada. El análisis integra información sobre los costos asociados a la atención en salud, la capacidad de pago de los hogares, el impacto de los gastos en salud sobre la economía familiar y la percepción de la población frente a las barreras económicas que limitan el uso oportuno de los servicios. Este componente resulta especialmente relevante en un territorio caracterizado por altos índices de pobreza, informalidad laboral y limitado acceso a mecanismos de protección económica, factores que pueden condicionar de manera significativa la decisión de consultar, la adherencia a los tratamientos y la continuidad en la atención en salud.

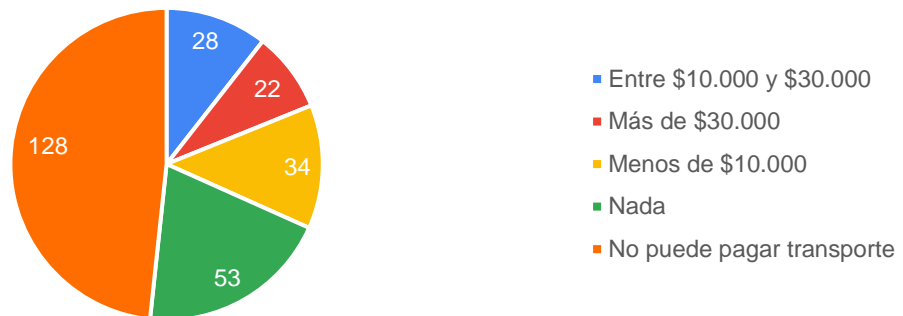
¿Ha dejado de acudir a un servicio de salud por falta de dinero?
256 Respuestas



¿Ha tenido que pagar por servicios que deberían estar cubiertos por el sistema de salud?
256 Respuestas



¿Cuánto gasta en promedio en transporte para acudir a un centro de salud?
256 Respuestas



Los resultados evidencian que una parte de la población encuestada ha dejado de acudir a los servicios de salud debido a limitaciones económicas, mientras que otro grupo manifestó no haber enfrentado este tipo de dificultad. Este hallazgo permite identificar la presencia de barreras económicas que afectan el acceso a la atención en salud para algunos hogares del territorio.

De manera complementaria, los resultados muestran que algunos encuestados reportaron haber asumido pagos directos por servicios de salud que deberían estar cubiertos por el sistema, mientras que otros indicaron no haber tenido que realizar este tipo de pagos. Este comportamiento refleja la existencia de gastos de bolsillo asociados a la atención en salud dentro de la población estudiada.

En conjunto, los hallazgos permiten caracterizar un escenario en el que las limitaciones económicas y la necesidad de realizar pagos directos por servicios de salud constituyen obstáculos para el acceso efectivo a la atención en una parte de la población.

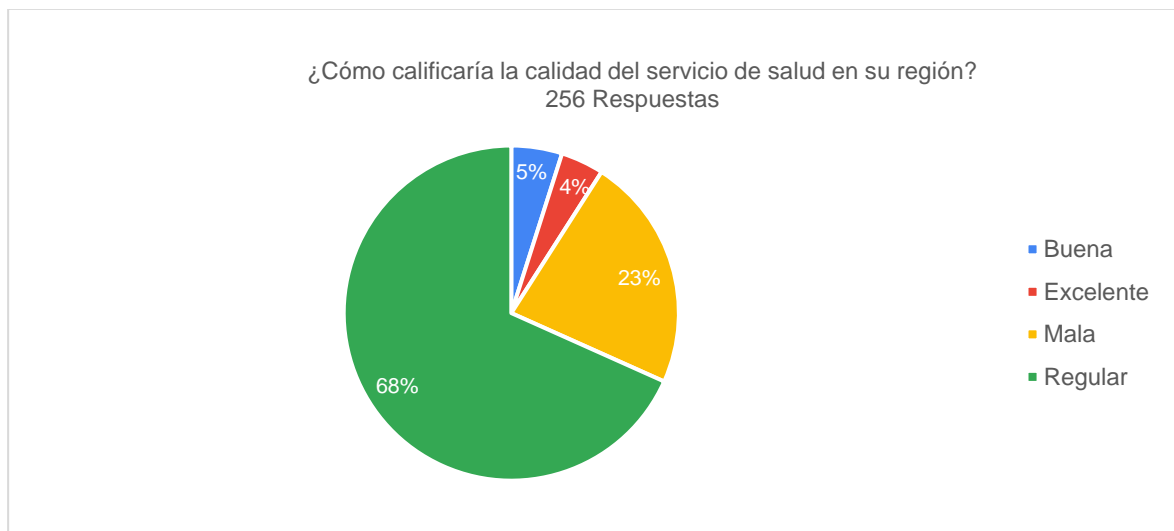
Los resultados muestran que existen diferencias importantes entre los hogares en relación con los gastos asociados al transporte para acudir a los servicios de salud. Una parte de la población reporta no incurrir en gastos de transporte, mientras que otros hogares manifiestan asumir distintos niveles de gasto para desplazarse hacia los centros de atención.

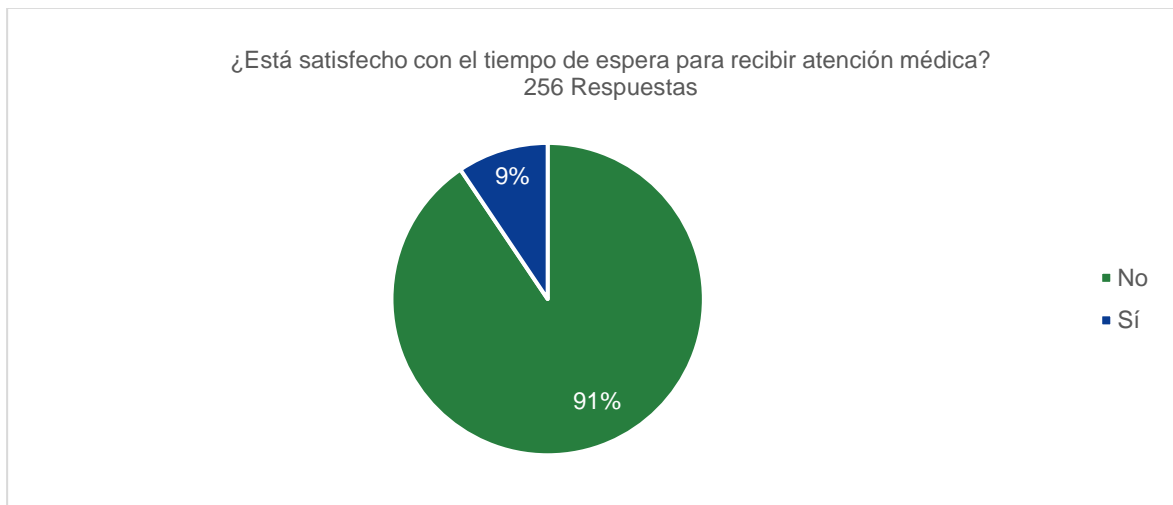
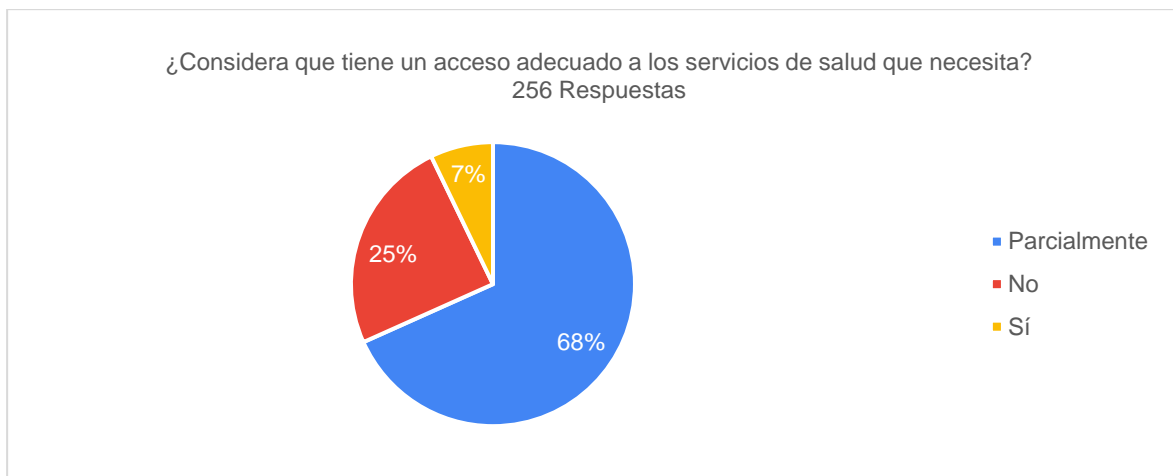
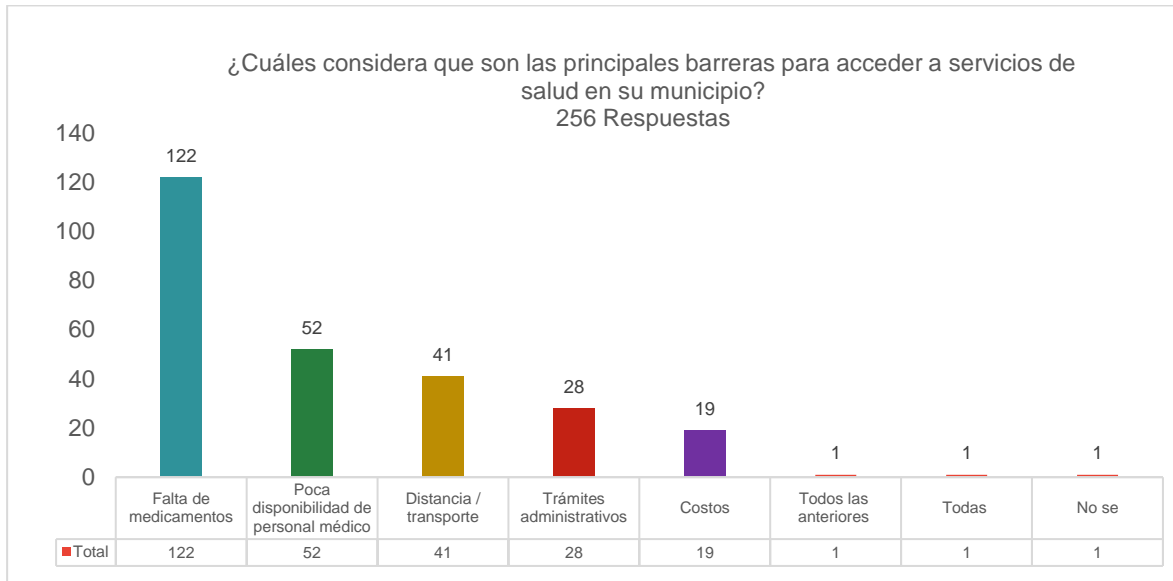
Los hallazgos evidencian que un grupo significativo de personas indica no contar con la capacidad económica para cubrir los costos de transporte necesarios para acceder a los servicios de salud. Esta situación pone de manifiesto una limitación material para el desplazamiento hacia los puntos de atención, independientemente de la necesidad del servicio requerido.

En conjunto, los resultados permiten caracterizar un escenario en el que los costos y la capacidad de pago del transporte representan un obstáculo para el acceso efectivo a los servicios de salud en una parte importante de la población, especialmente en un contexto territorial donde el desplazamiento constituye un componente necesario para recibir atención.

Percepción de calidad y barreras

Los resultados correspondientes a este bloque permiten identificar y caracterizar las principales barreras que enfrenta la población del municipio de La Primavera para acceder de manera oportuna y continua a los servicios de salud. El análisis abarca barreras de naturaleza geográfica, administrativa, económica, cultural e idiomática, reconociendo que estas pueden presentarse de manera simultánea y acumulativa, agravando las condiciones de exclusión de determinados grupos poblacionales.





Los resultados evidencian una percepción mayoritariamente desfavorable sobre la calidad del servicio de salud entre la población encuestada. La mayoría de los participantes califica la atención como regular y un grupo importante como mala, mientras que solo una proporción reducida la considera buena o excelente. Estos resultados reflejan un nivel significativo de insatisfacción con los servicios de salud disponibles en el territorio.

En relación con las barreras de acceso, la falta de medicamentos es identificada como el principal obstáculo para recibir atención en salud en el municipio. A esto se suman la limitada disponibilidad de personal médico y las dificultades asociadas a la distancia y el transporte, especialmente para las poblaciones que residen en zonas rurales. Otros factores, como los trámites administrativos y los costos de acceso, también son mencionados, aunque con menor frecuencia. En conjunto, estos hallazgos evidencian limitaciones en la disponibilidad de recursos y en la organización de los servicios de salud.

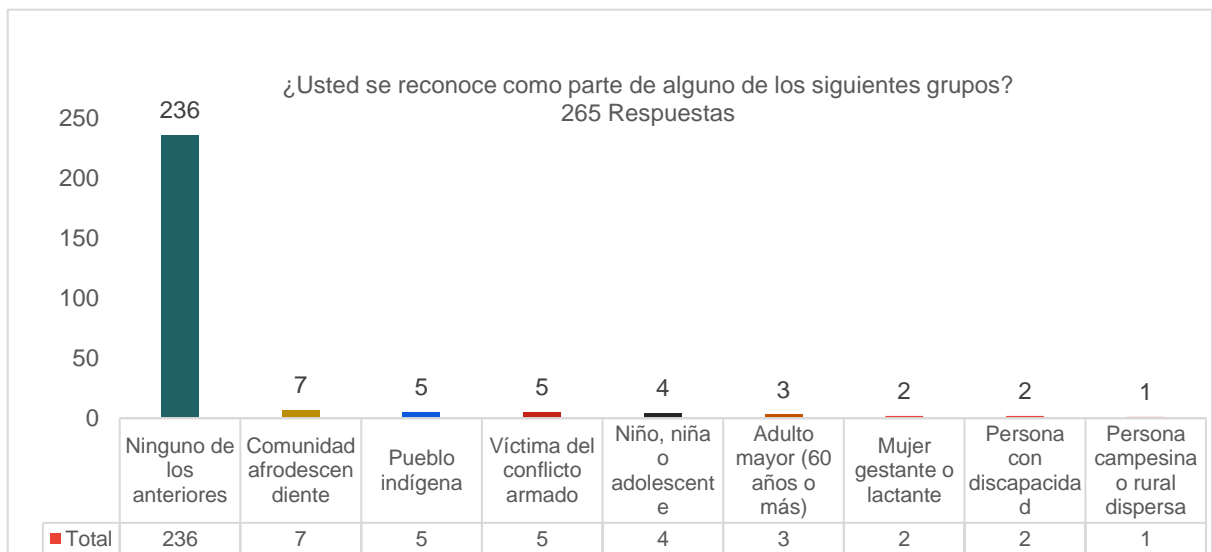
Asimismo, los resultados muestran que una parte importante de la población percibe que solo logra acceder parcialmente a los servicios de salud que requiere, mientras que otro grupo manifiesta no contar con un acceso adecuado. En contraste, solo una proporción minoritaria considera que tiene acceso satisfactorio. Esta situación refleja la persistencia de barreras estructurales que afectan la cobertura, la oportunidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud local.

Finalmente, se evidencia una alta insatisfacción frente a los tiempos de espera para recibir atención médica. La mayoría de los encuestados manifestó inconformidad con la oportunidad en la atención, mientras que solo un grupo reducido expresó satisfacción. Este hallazgo sugiere debilidades en la gestión de los servicios y en la capacidad

operativa del sistema, lo que afecta la percepción de calidad y la confianza de los usuarios en la institución.

Enfoque Diferencial

El propósito de este bloque es identificar la composición poblacional del Departamento de Vichada en relación con los grupos con enfoque diferencial, así como reconocer la percepción de la población frente al respeto y la inclusión de sus prácticas culturales en la atención en salud. Este componente permite analizar el grado de pertinencia cultural del sistema de salud y la medida en que los servicios responden a las diversidades étnicas, sociales y culturales del territorio, aspecto clave para la construcción de un modelo de salud intercultural e inclusivo.



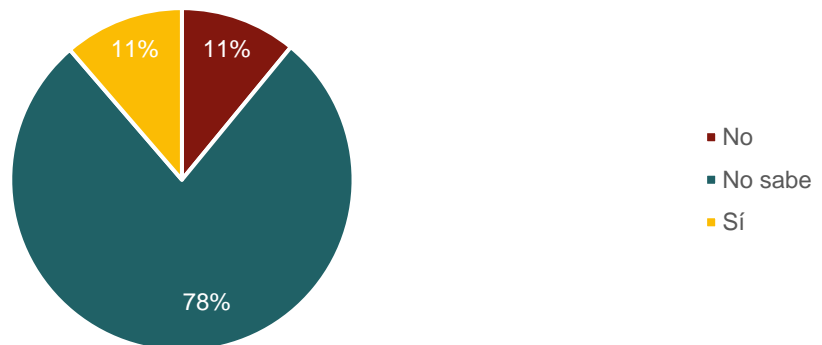
¿Ha sentido que sus prácticas culturales o creencias no son tenidas en cuenta al recibir atención en salud?
256 Respuestas

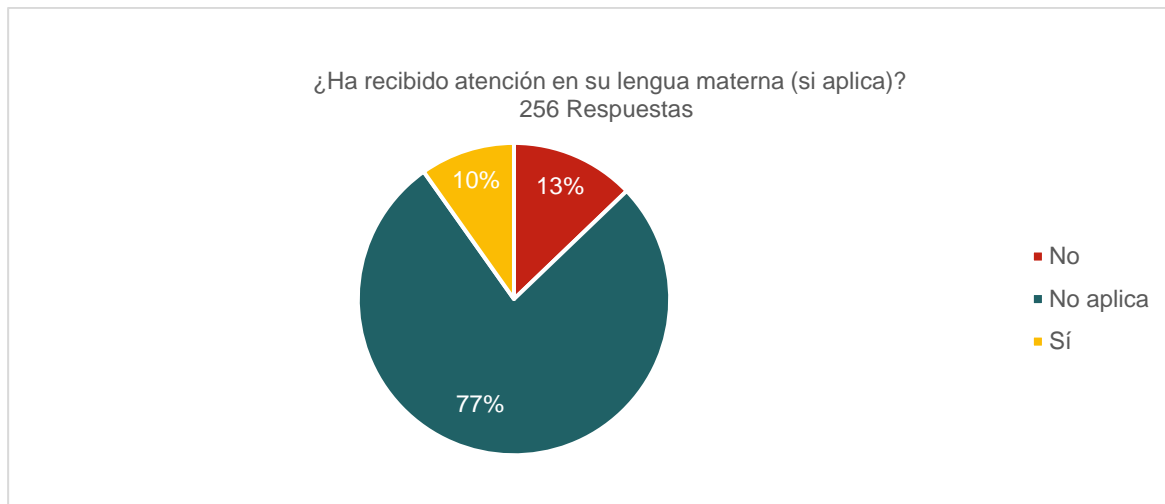


¿En su comunidad hay sabedores, parteras, curanderos u otros actores de la medicina tradicional?
256 Respuestas



¿Cree que los servicios de salud deberían articular medicina ancestral y occidental?
256 Respuestas





Los resultados muestran que la mayoría de las personas encuestadas no se reconoce como parte de un grupo poblacional diferencial. No obstante, se identifica la presencia de comunidades indígenas, afrodescendientes, víctimas del conflicto armado, personas mayores y otros grupos minoritarios, lo que evidencia la diversidad social y cultural del territorio y la existencia de necesidades específicas en materia de atención en salud.

En relación con el reconocimiento de prácticas culturales y creencias durante la atención, la mayoría de los encuestados indicó que esta situación no les resulta aplicable o que no ha percibido desconocimiento cultural en la atención recibida. Sin embargo, el alto número de respuestas que considera que la pregunta no aplica puede reflejar una limitada apropiación del enfoque diferencial, tanto por parte de la población como de las instituciones de salud.

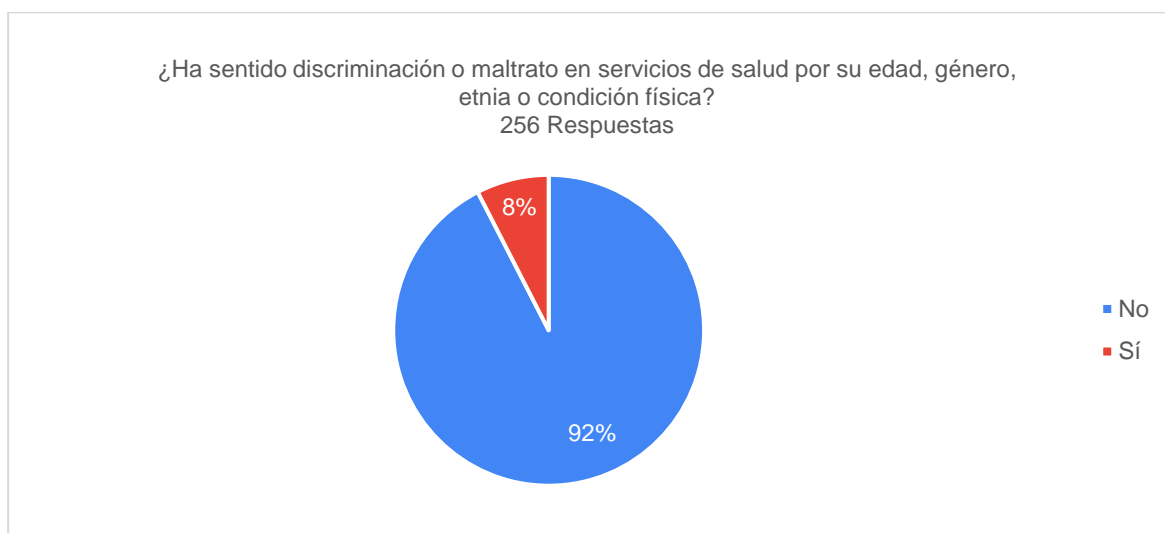
En conjunto, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la incorporación del enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud, promoviendo el reconocimiento de las prácticas culturales, los saberes tradicionales y la participación de los grupos poblacionales diferenciales en los procesos de atención y gestión del sistema de salud.

Atención con enfoque diferencial

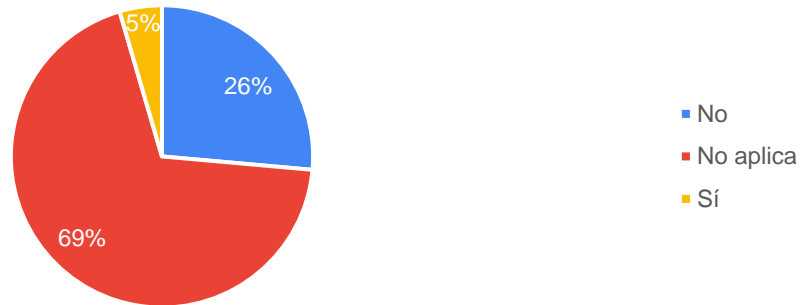
El propósito de este bloque es identificar la percepción de la población frente a la inclusión del enfoque diferencial e intercultural en la atención en salud, explorando si los servicios reconocen las prácticas culturales, las lenguas y los saberes ancestrales, y si existe articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental. Asimismo, busca determinar si se presentan situaciones de discriminación o barreras culturales que afecten la calidad y la pertinencia de la atención, aspectos esenciales para la formulación de un modelo de salud equitativo, humanizado e inclusivo en el territorio del Vichada.

Barreras por género, edad o discapacidad

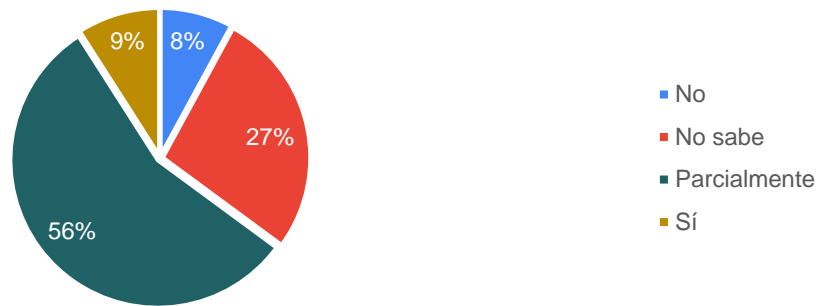
El propósito de este bloque es identificar las posibles barreras de acceso y el trato diferencial que enfrentan las personas por razones de género, edad, etnia o condición de discapacidad dentro del sistema de salud del Departamento de Vichada. Este análisis busca determinar si los servicios de salud garantizan la equidad y la atención inclusiva, principios fundamentales en la construcción de un modelo integral de salud territorial e intercultural que responda a la diversidad poblacional del territorio.



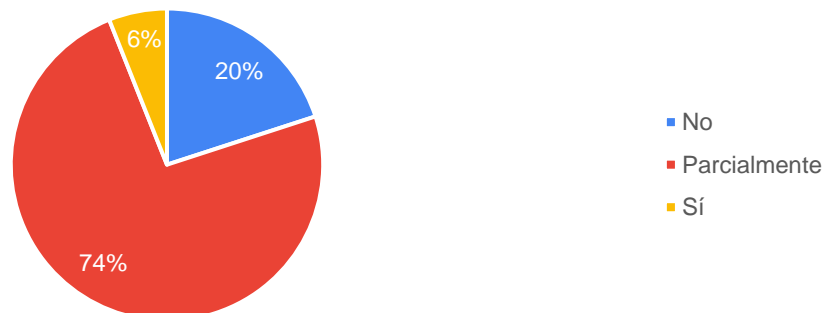
¿Los servicios están adaptados para personas con discapacidad (física, visual, auditiva)?
256 Respuestas



¿Las mujeres de su comunidad tienen acceso regular a controles prenatales y planificación familiar?
256 Respuestas



¿Cree que los niños, niñas y adolescentes reciben atención adecuada según sus necesidades?
256 Respuestas



En relación con la percepción de discriminación o maltrato en los servicios de salud por motivos de edad, género, etnia o condición física, la mayoría de los encuestados manifestó no haber experimentado este tipo de situaciones. Este resultado sugiere, en términos generales, una percepción de trato respetuoso por parte del personal de salud. No obstante, esta percepción no debe interpretarse como ausencia absoluta de prácticas discriminatorias, ya que también puede estar influenciada por el desconocimiento de los derechos en salud, la normalización de tratos inadecuados o la baja capacidad de reconocimiento de situaciones de discriminación estructural o simbólica.

En cuanto a la adecuación de los servicios para personas con discapacidad física, visual o auditiva, los resultados evidencian limitaciones importantes. Una proporción significativa de los encuestados considera que los servicios no están adaptados o no identifica condiciones que garanticen la accesibilidad universal. Este hallazgo pone de manifiesto deficiencias en la infraestructura, la señalización, la comunicación y los apoyos técnicos necesarios para asegurar una atención inclusiva, lo cual restringe el acceso efectivo de las personas con discapacidad a los servicios de salud.

Respecto al acceso de las mujeres a controles prenatales y servicios de planificación familiar, la percepción predominante es que este acceso se da de manera parcial. Adicionalmente, un grupo relevante de encuestados manifestó no tener claridad sobre la regularidad de estos servicios, lo que sugiere debilidades tanto en la cobertura como en la continuidad de la atención en salud sexual y reproductiva. Estas brechas pueden estar asociadas a barreras geográficas, culturales, administrativas y de oferta de servicios, especialmente en comunidades rurales e indígenas del territorio.

Finalmente, en relación con la atención brindada a niños, niñas y adolescentes, la mayoría de los encuestados considera que esta es solo parcialmente adecuada, mientras que una proporción no menor percibe que no responde a las necesidades

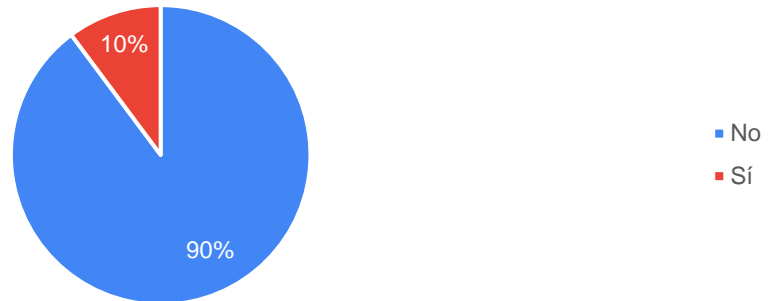
específicas de esta población. Este resultado evidencia falencias en la implementación de un enfoque diferencial etario, así como debilidades en la atención integral, la prevención y el seguimiento de los eventos de salud que afectan a la infancia y la adolescencia.

En conjunto, los hallazgos de este bloque indican que, aunque no se perciben altos niveles de discriminación directa, persisten barreras estructurales, de accesibilidad y de enfoque diferencial que afectan de manera particular a poblaciones prioritarias como las personas con discapacidad, las mujeres y los niños, niñas y adolescentes. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer un modelo de salud territorial con enfoque de derechos, equidad e inclusión, que incorpore acciones concretas en accesibilidad universal, salud sexual y reproductiva, atención integral a la infancia y formación del talento humano en enfoques diferenciales y de género, con el fin de garantizar una atención oportuna, pertinente y libre de desigualdades en el Departamento del Vichada.

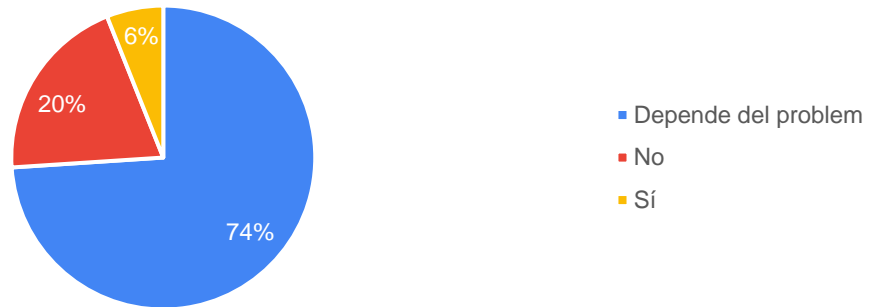
Participación, confianza y percepción del sistema

El propósito de este bloque es evaluar la percepción de la población respecto a la equidad, la accesibilidad y la adaptabilidad del sistema de salud, considerando variables relacionadas con la confianza en los servicios, la no discriminación, la inclusión de personas con discapacidad y la atención diferencial para mujeres, niños, niñas y adolescentes. Además, se busca identificar el grado de satisfacción y de confianza institucional que tiene la comunidad frente a la respuesta del sistema de salud a sus necesidades específicas, en coherencia con los principios de humanización, equidad y participación ciudadana.

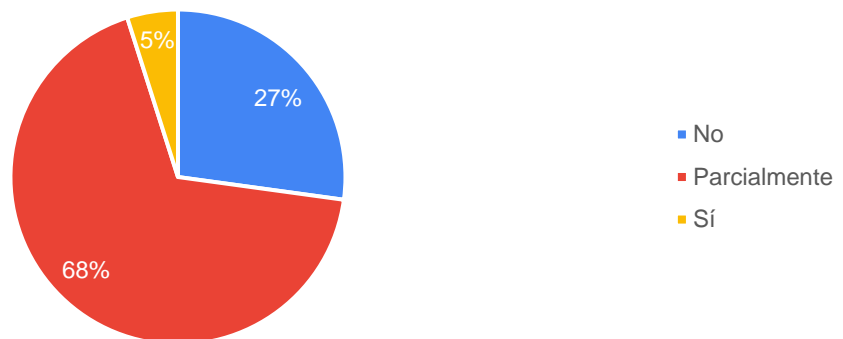
¿Ha participado en reuniones o espacios donde se discuta la organización de servicios de salud?
256 Respuestas

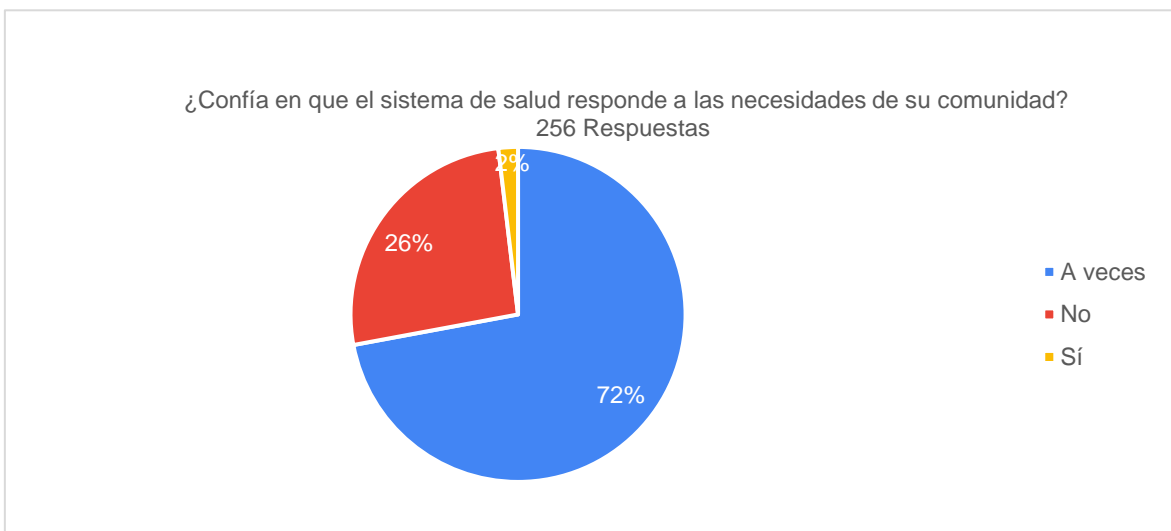
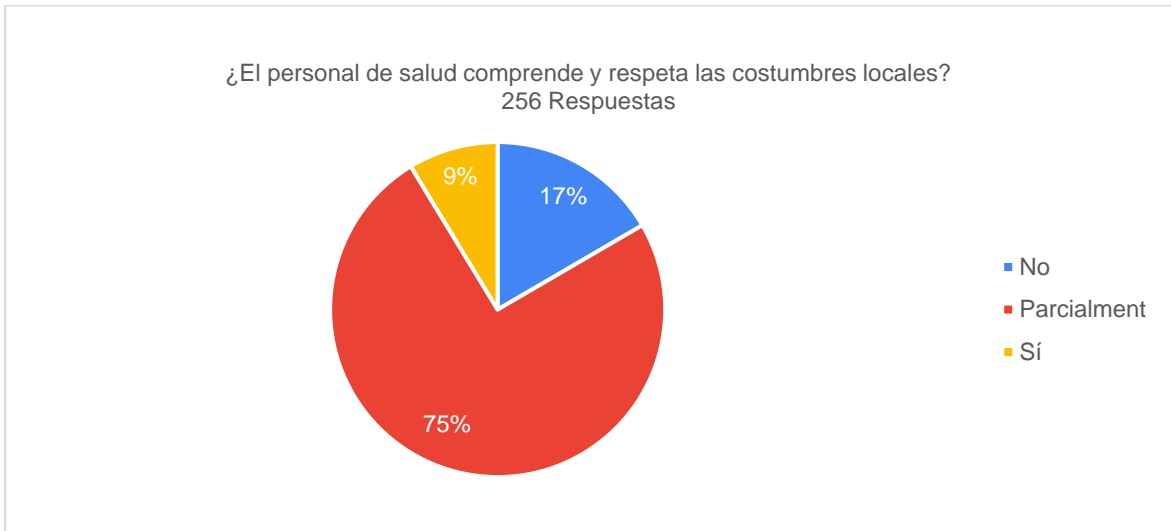


¿Prefiere acudir a medicina tradicional antes que a un centro médico?
256 Respuestas



¿Considera que la comunidad tiene voz en las decisiones sobre salud?
256 Respuestas





Los resultados evidencian una baja participación de la comunidad en los espacios de deliberación y organización de los servicios de salud. La mayoría de los encuestados manifestó no haber participado en reuniones o escenarios donde se discutan temas relacionados con la planeación, la gestión o la evaluación de los servicios sanitarios, lo que refleja una limitada apropiación social de los procesos de salud y una escasa corresponsabilidad comunitaria. Esta ausencia de participación restringe la posibilidad de construir modelos de atención ajustados a las necesidades reales del territorio y debilita el control social sobre el sistema de salud.

En concordancia con lo anterior, una proporción significativa de la población percibe que la comunidad solo tiene voz de manera parcial o no la tiene en las decisiones relacionadas con la salud. Este hallazgo sugiere que, si bien pueden existir mecanismos formales de participación, estos no resultan plenamente efectivos, accesibles o representativos, especialmente para comunidades rurales e indígenas. La percepción de una participación limitada refuerza la sensación de distancia entre las instituciones y la comunidad, y reduce la legitimidad de las decisiones adoptadas en materia de salud pública.

Respecto a la confianza en el sistema de salud, los resultados muestran una confianza moderada y frágil. La mayoría de los encuestados considera que el sistema responde a las necesidades de la comunidad solo de manera ocasional, mientras que una proporción relevante manifiesta desconfianza. Esta percepción puede estar asociada a experiencias previas de atención tardía, barreras de acceso, deficiencias en la calidad del servicio o incumplimiento de expectativas frente a la respuesta institucional, factores que inciden directamente en la relación entre la población y el sistema de salud.

En relación con las prácticas de atención, se evidencia una coexistencia entre la medicina tradicional y la medicina occidental. La mayoría de los encuestados señaló que

la preferencia por acudir a una u otra depende del tipo de problema de salud, lo que refleja un uso complementario de saberes y prácticas. Este resultado resalta la importancia de reconocer la medicina ancestral como un componente legítimo del cuidado de la salud, especialmente en territorios con presencia de comunidades indígenas y saberes tradicionales arraigados.

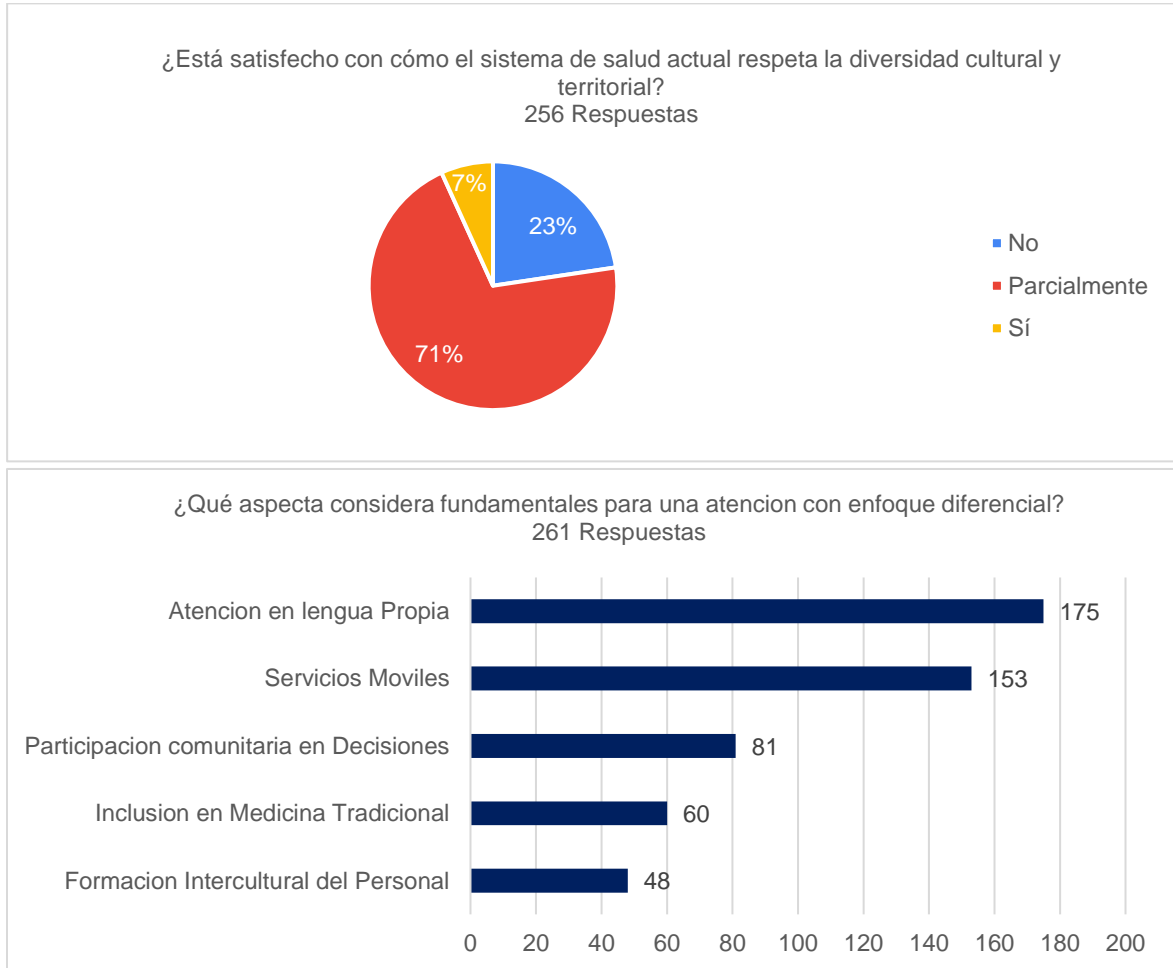
Finalmente, la percepción sobre el respeto y la comprensión de las costumbres locales por parte del personal de salud es predominantemente parcial o negativa. Esto indica limitaciones en la formación intercultural del talento humano y en la capacidad del sistema para brindar una atención culturalmente pertinente. La falta de sensibilidad cultural puede generar barreras de comunicación, desconfianza y menor adherencia a los tratamientos, afectando la efectividad de las intervenciones en salud.

En conjunto, los resultados de este bloque ponen de manifiesto una débil participación comunitaria, una confianza institucional limitada y desafíos persistentes en materia de interculturalidad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación social en salud, como los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), promover el diálogo intercultural y consolidar estrategias de corresponsabilidad entre la comunidad y las instituciones de salud. Estos elementos son fundamentales para la implementación de un modelo de atención territorial y diferencial en el Departamento de Vichada, orientado al reconocimiento de la diversidad cultural, la inclusión social y la construcción colectiva del derecho a la salud.

Satisfacción y recomendaciones

El propósito de este bloque fue evaluar el nivel de satisfacción de la población frente al respeto por la diversidad cultural y territorial dentro del sistema de salud, así como recoger percepciones y sugerencias para fortalecer la atención con enfoque diferencial. Este bloque permite comprender la valoración ciudadana del sistema de salud en

contextos multiculturales, identificando oportunidades de mejora desde la voz de los usuarios para la construcción de un modelo más inclusivo y humanizado.



Los resultados muestran que la población percibe un nivel de satisfacción predominantemente parcial frente al respeto de la diversidad cultural y territorial por parte del sistema de salud. Esta valoración intermedia indica que, aunque se reconocen algunos esfuerzos institucionales orientados a la inclusión cultural, estos aún resultan insuficientes para responder de manera integral a las realidades sociales, geográficas y culturales del Departamento de Vichada. La presencia de un grupo significativo de personas que expresa insatisfacción sugiere la persistencia de brechas estructurales en la adaptación del modelo de atención, particularmente en zonas rurales dispersas y en

comunidades indígenas, donde las diferencias culturales y las barreras territoriales son más marcadas.

Al indagar sobre los elementos considerados prioritarios para una atención con enfoque diferencial, la población enfatiza la necesidad de garantizar la comunicación en lengua propia, el acceso a servicios móviles o itinerantes y el fortalecimiento de la participación comunitaria. Estos hallazgos evidencian que la accesibilidad no se limita únicamente a la disponibilidad física de los servicios, sino que también depende de la capacidad del sistema para comunicarse de manera efectiva y respetuosa, así como de reconocer los saberes y las prácticas tradicionales en salud. La mención, aunque menor, de la articulación con la medicina tradicional reafirma la coexistencia de distintos sistemas de cuidado en el territorio y la necesidad de integrarlos de forma complementaria.

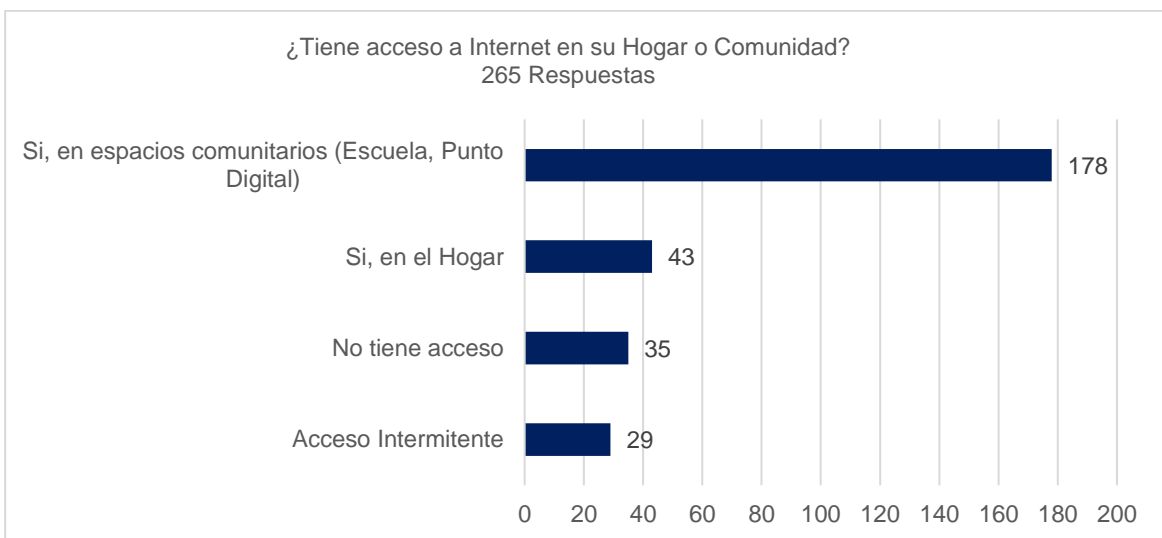
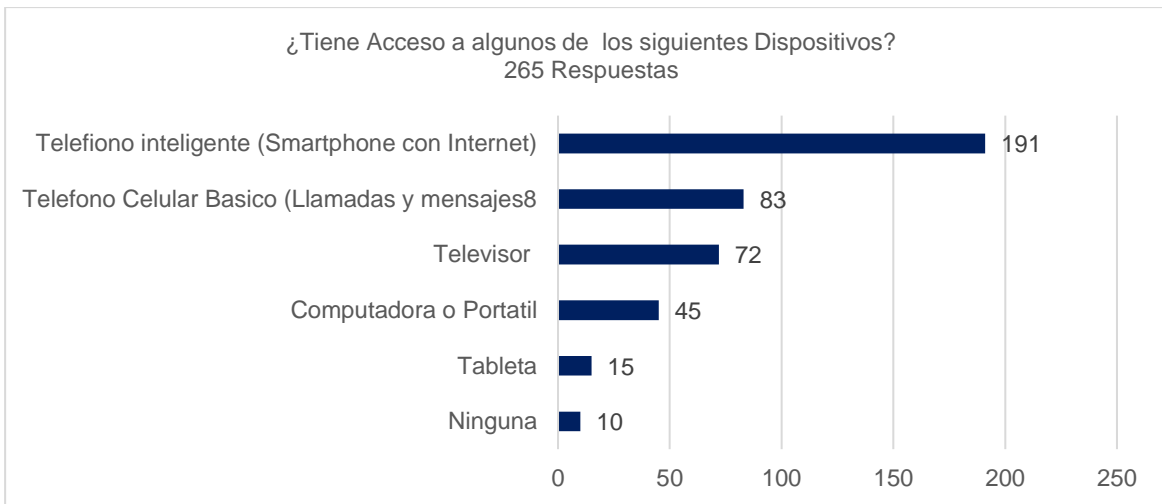
Las recomendaciones expresadas por la comunidad refuerzan esta lectura analítica, al destacar demandas relacionadas con el trato digno y respetuoso, la presencia de traductores o intérpretes, la mejora en la oportunidad de acceso a citas especializadas y un mayor respaldo institucional por parte del Estado. Estas sugerencias reflejan la expectativa de un sistema de salud más cercano, humano y alineado con las particularidades socioculturales del territorio, capaz de reducir las barreras que actualmente limitan el ejercicio pleno del derecho a la salud.

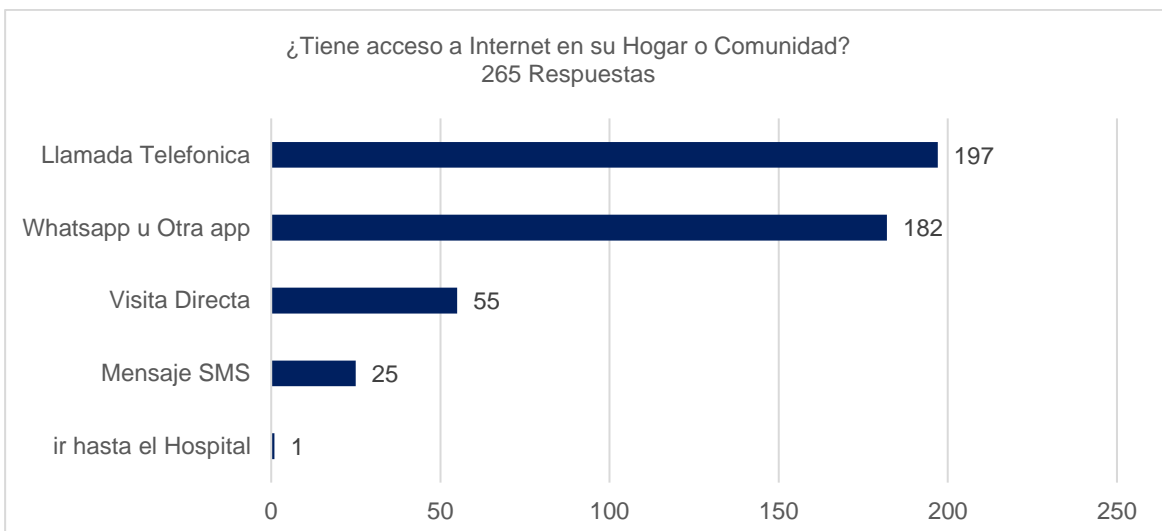
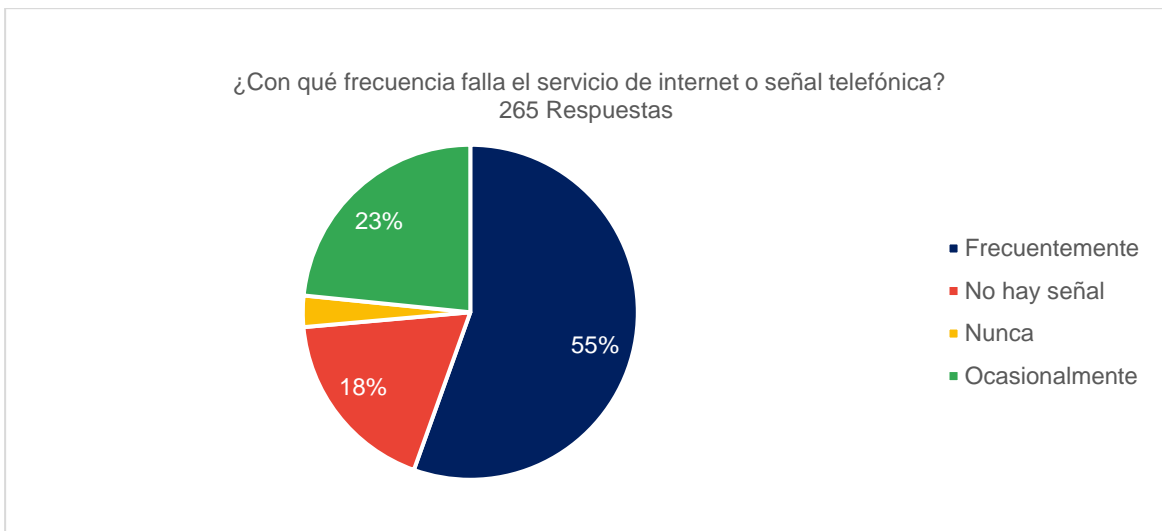
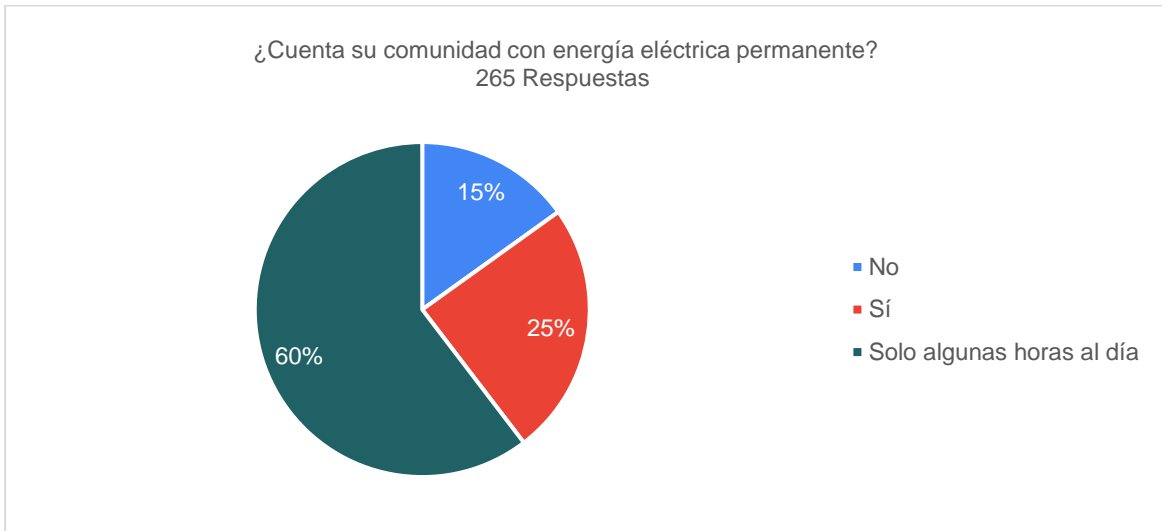
En conjunto, los resultados de este bloque evidencian que, si bien la población del Vichada reconoce avances incipientes en el reconocimiento de la diversidad cultural, persiste la necesidad de transitar hacia un modelo de atención más flexible, accesible y culturalmente competente. La integración efectiva de la voz comunitaria, la atención en lengua propia, los servicios itinerantes y la articulación con la medicina ancestral se consolidan como componentes fundamentales para el fortalecimiento de un modelo de

salud territorial e intercultural, orientado a la equidad y a la garantía efectiva del derecho a la salud en contextos rurales y multiculturales.

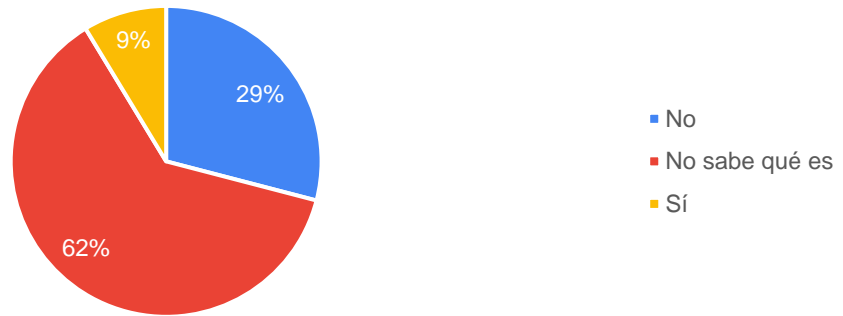
Tipos de Tecnología en Salud (Usuarios)

El objetivo de este bloque fue analizar el nivel de acceso, uso y percepción de las tecnologías en salud por parte de los usuarios en el Departamento de Vichada, con el fin de identificar las principales barreras, oportunidades y necesidades para la implementación de herramientas tecnológicas que contribuyan a mejorar el acceso, la continuidad y la calidad de la atención en el territorio.

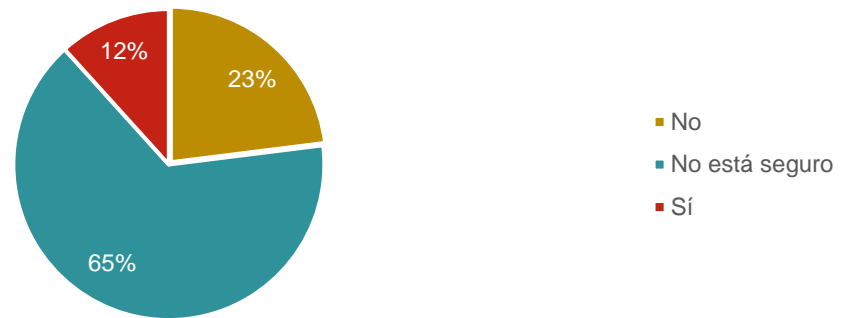




¿Le han programado o atendido por telemedicina (consulta médica virtual)?
265 Respuestas



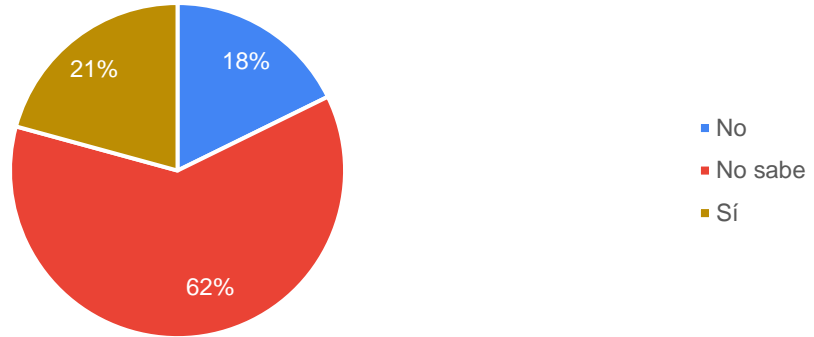
¿Le gustaría acceder a servicios médicos por celular o internet?
265 Respuestas



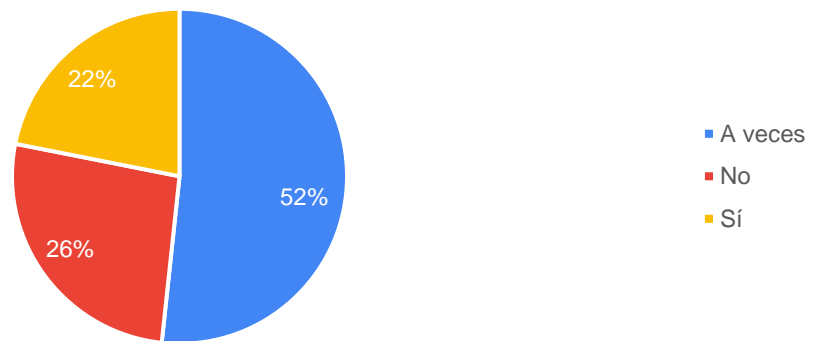
¿Confía en recibir atención médica virtual si no hay médico disponible en su comunidad?
265 Respuestas



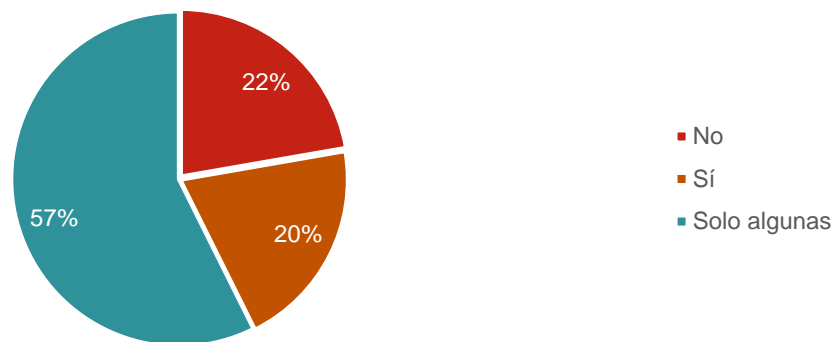
¿Considera que la tecnología puede mejorar el acceso a salud en su comunidad?
265 Respuestas



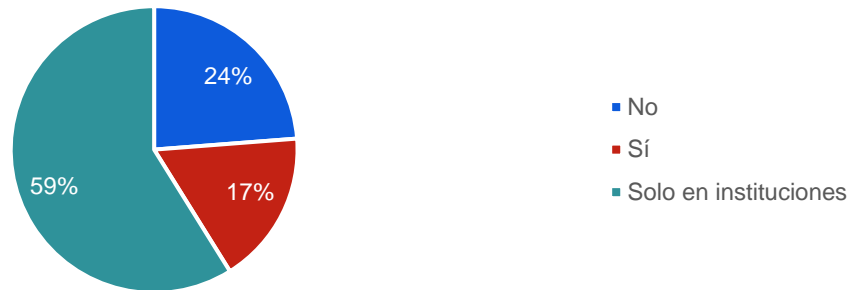
¿Sabe usar internet para buscar información sobre salud?
265 Respuestas



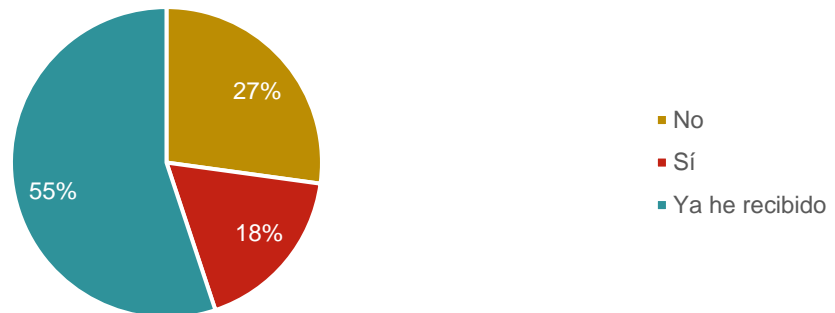
¿Sabe usar aplicaciones como WhatsApp, Zoom o Google Meet?
265 Respuestas



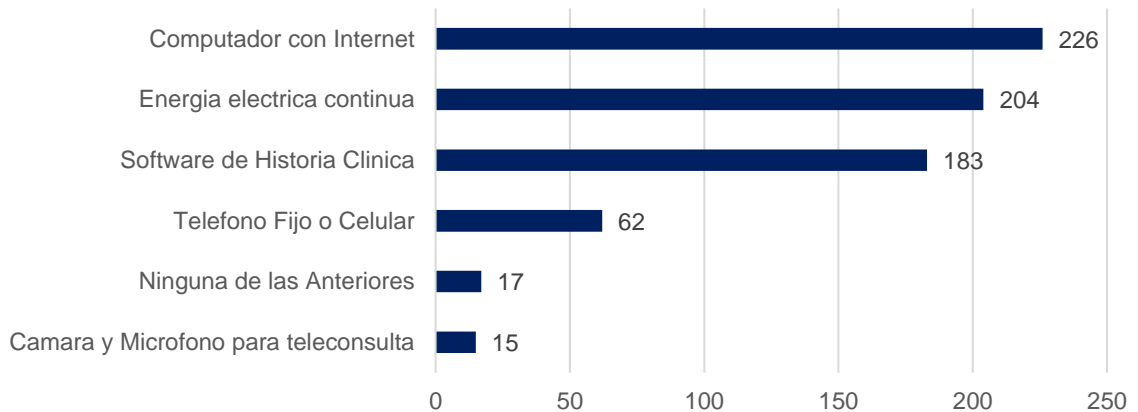
¿Hay personas en su comunidad que ayudan a otros a usar celular, internet o aplicaciones?
265 Respuestas



¿Le gustaría recibir capacitación para usar celular o internet con fines de salud?
265 Respuestas



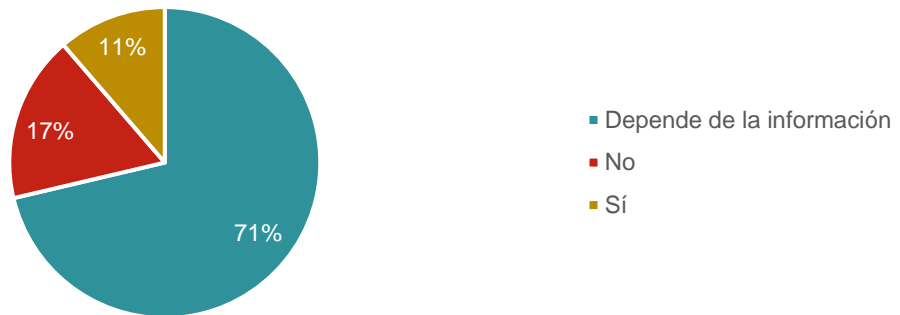
¿Tiene acceso a Internet en su Hogar o Comunidad?
265 Respuestas



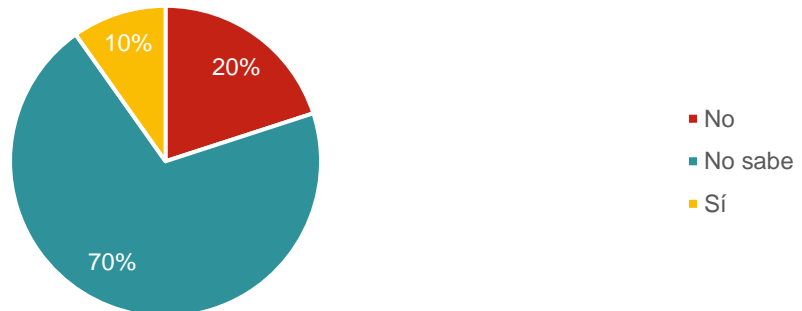
¿El personal de salud lo ha sido capacitado para usar tecnología (historia clínica digital, telemedicina, apps)?
265 Respuestas

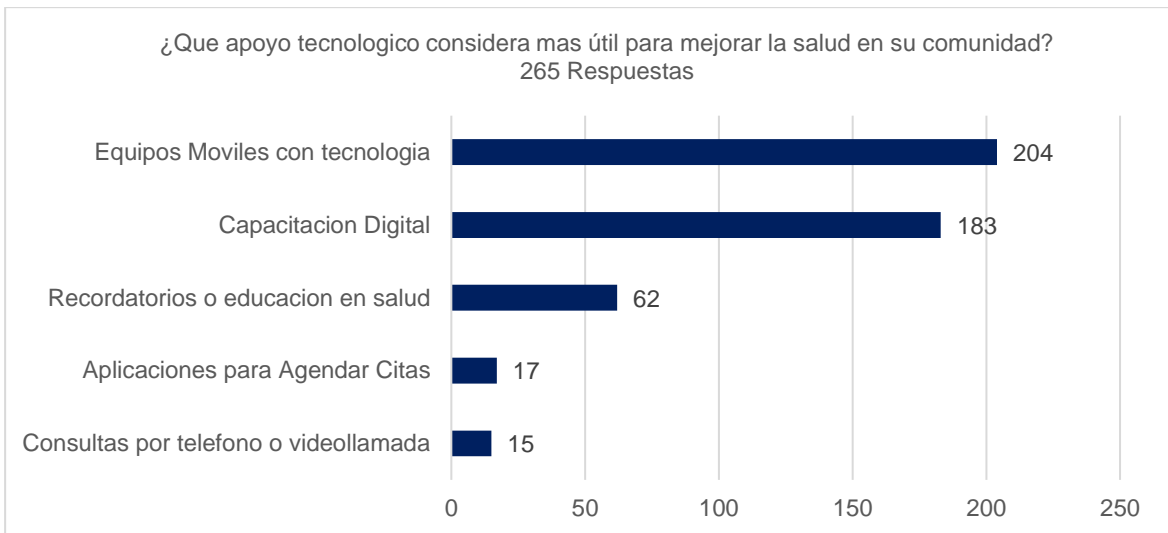
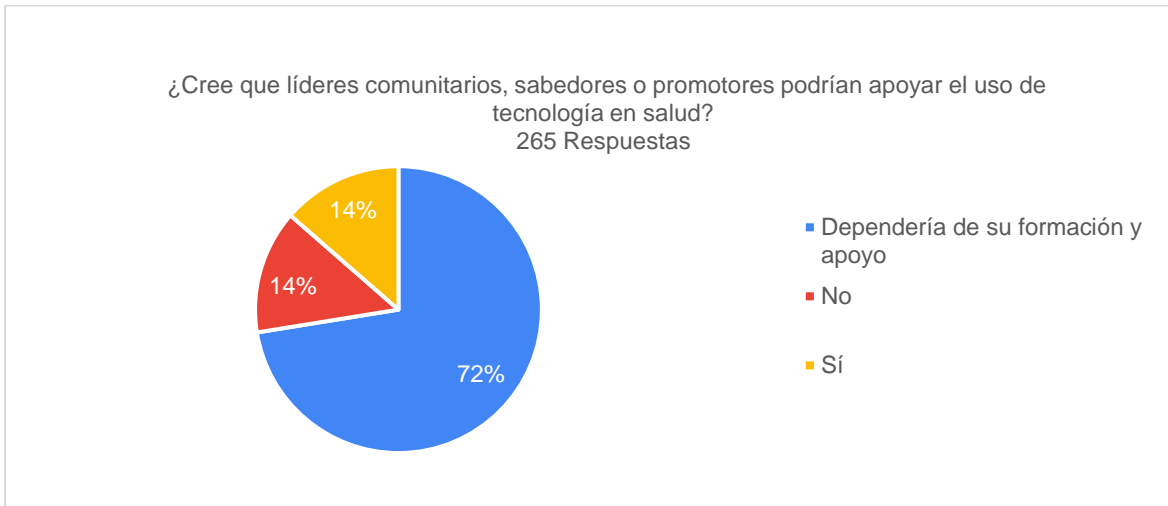


¿ ¿Le preocupa compartir información de salud por teléfono o internet?
265 Respuestas



¿Confía en que sus datos estarán seguros si se usan tecnologías en salud?
265 Respuestas





El diagnóstico de la infraestructura tecnológica en la comunidad revela una marcada dependencia del teléfono celular como herramienta principal de comunicación. Sin embargo, se observa una brecha de acceso crítica: mientras un sector cuenta con conectividad a internet, una proporción considerable de la población se limita al uso de dispositivos básicos destinados exclusivamente a la voz, con un acceso casi nulo a computadores o tabletas. Esta disparidad tecnológica no solo refleja una carencia material, sino que condiciona la capacidad de respuesta de los habitantes ante servicios de salud que requieren mediación digital. El Vichada, como territorio alejado, se caracteriza por una conectividad predominante colectiva; el acceso a internet suele estar

supeditado a espacios comunitarios o instituciones educativas, lo que convierte la conexión domiciliaria como un recurso excepcional. Este panorama se ve agravado por la inestabilidad estructural en el suministro de energía eléctrica, lo cual interrumpe cualquier posibilidad de uso continuo de las tecnologías de la información.

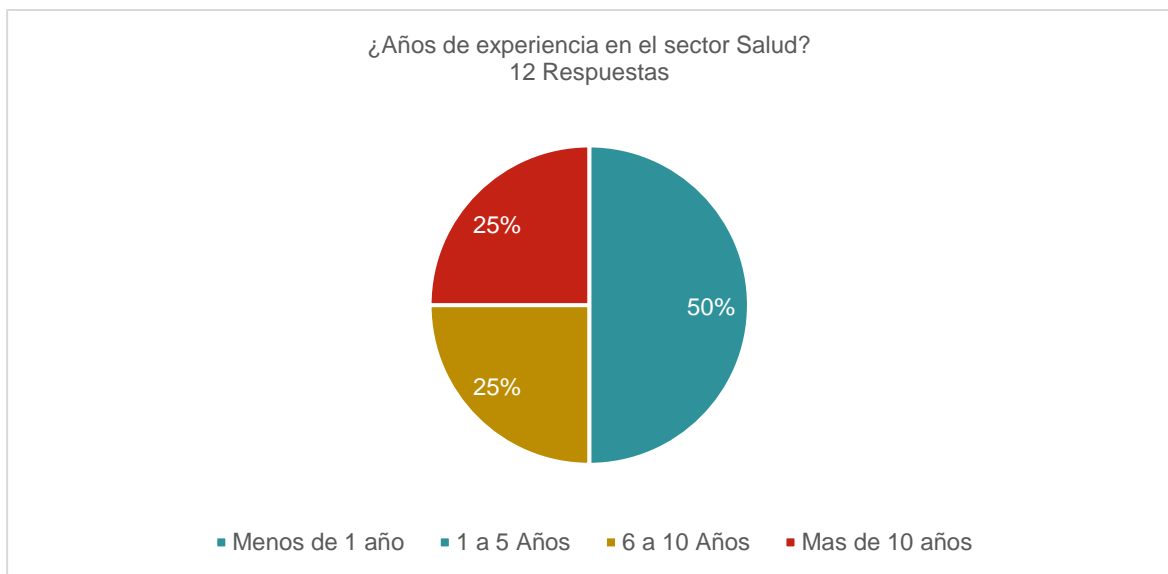
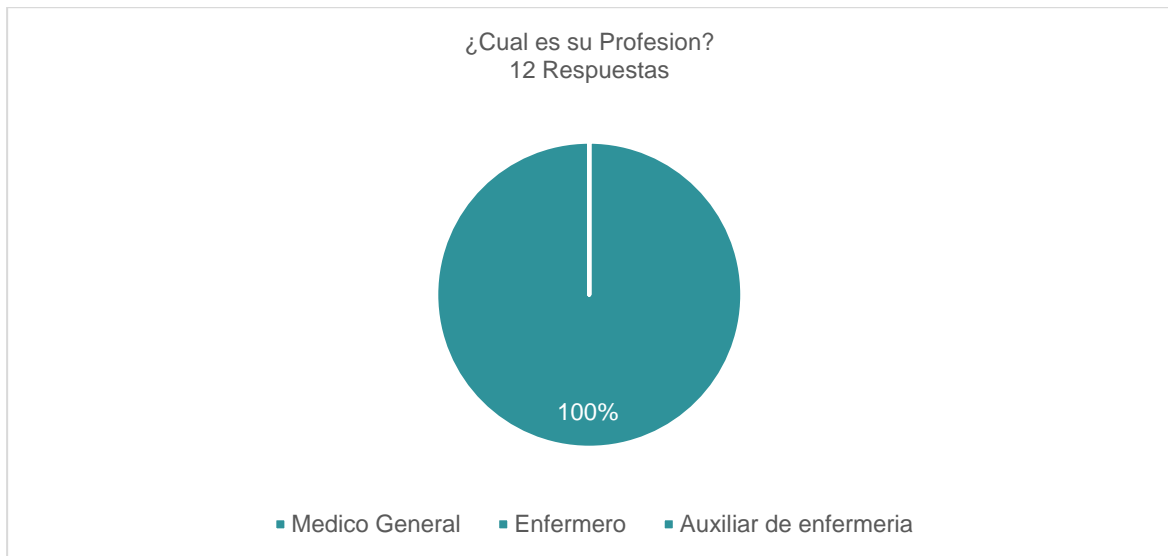
La precariedad del servicio eléctrico se traduce, en la práctica, en periodos prolongados de desconexión que aíslan a la población y limitan la operatividad de los programas de salud digital. Ante la inestabilidad de las redes de datos y la telefonía móvil, la llamada telefónica convencional persiste como el canal más confiable para la gestión de servicios sanitarios, desplazando a un segundo plano el uso de aplicaciones de mensajería o plataformas web. En definitiva, la realidad del territorio impone la necesidad de diseñar estrategias de salud que no dependan exclusivamente de la conectividad permanente, sino que reconozcan las limitaciones de energía y señal como factores determinantes en la atención al paciente.

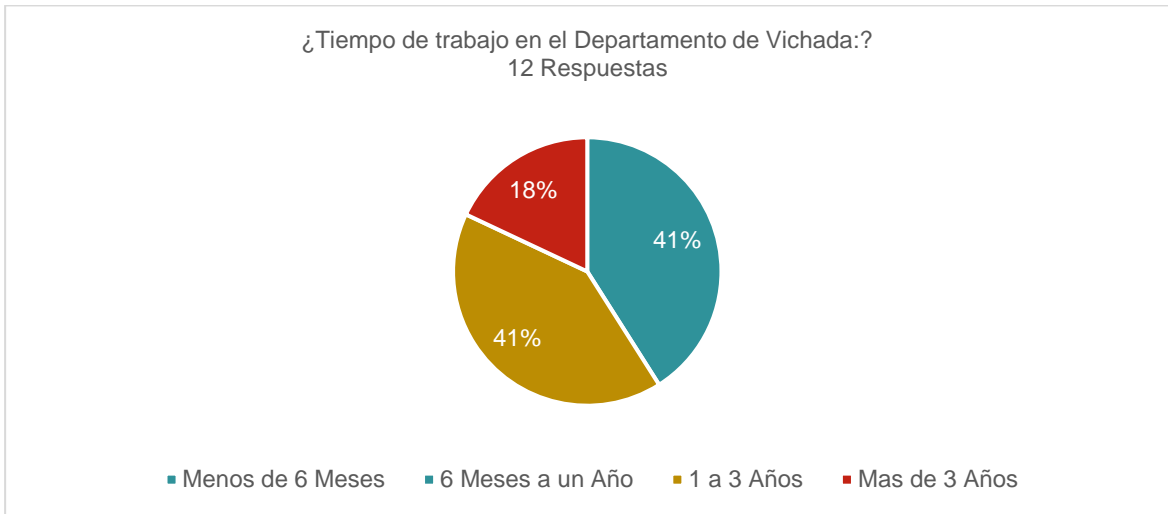
Tipos de Tecnología en Salud (Profesionales de Salud)

Finalmente, se incluyó dentro del instrumento de recolección de datos un bloque de preguntas dirigido al personal de salud que presta sus servicios en el Departamento de Vichada. La participación de estos profesionales permitió obtener una perspectiva interna del funcionamiento del sistema de salud en el territorio, considerando su experiencia directa en la atención a la población y en la operación de los servicios sanitarios.

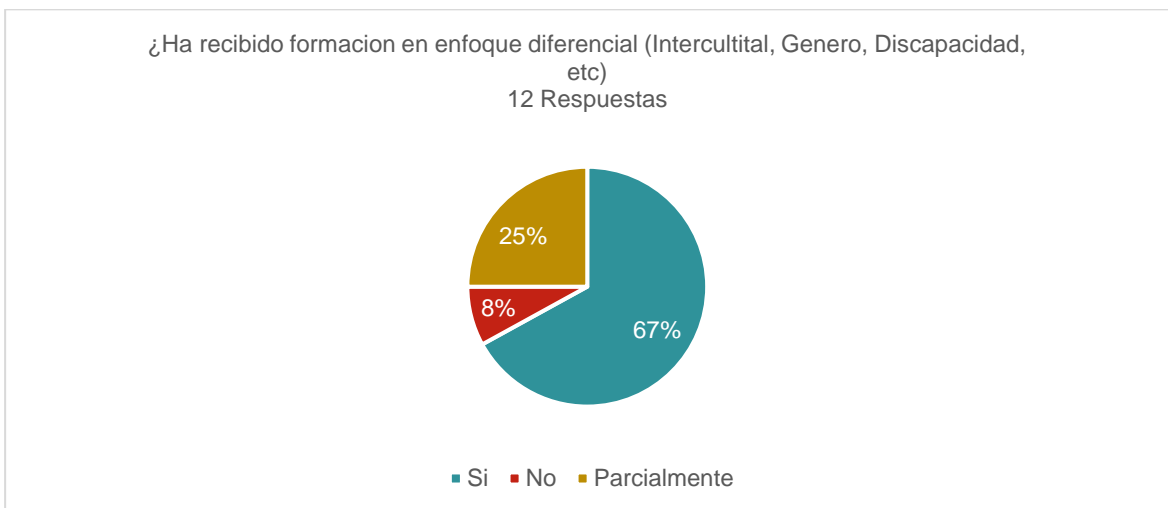
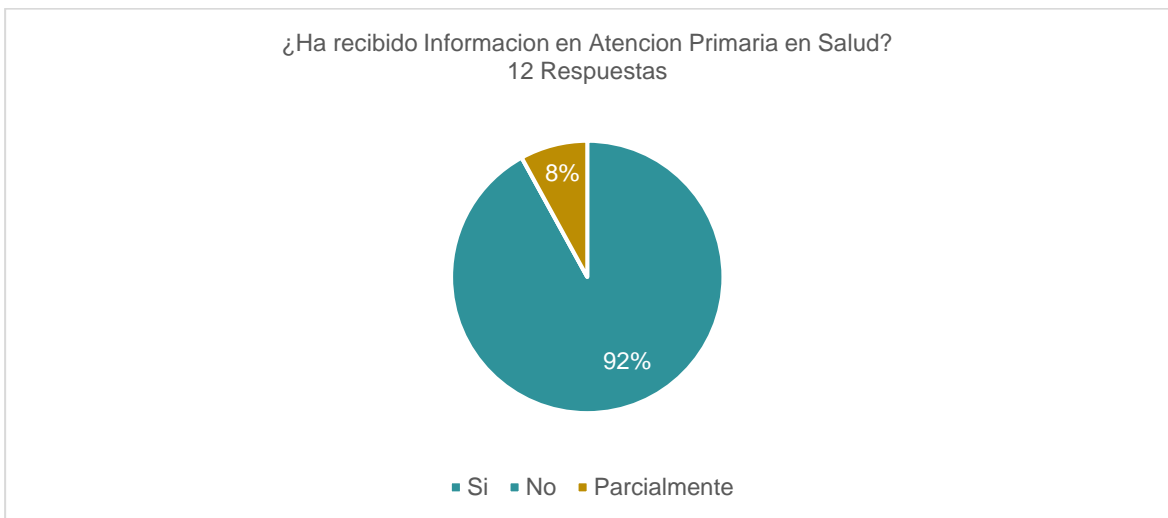
A través de este bloque de preguntas se buscó identificar las percepciones del talento humano en salud frente a diferentes aspectos relacionados con la prestación de los servicios, tales como las condiciones de acceso a la atención, las principales dificultades operativas del sistema, la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, y los retos asociados a la atención de comunidades rurales, dispersas e interculturales.

La información recopilada a partir de las respuestas del personal de salud constituye un insumo relevante para comprender las dinámicas reales de la prestación de servicios en el territorio y para contrastar dichas percepciones con las experiencias reportadas por los usuarios del sistema. De esta manera, el análisis de estos resultados contribuye a fortalecer la formulación de propuestas orientadas al mejoramiento de la atención en salud en el Departamento de Vichada.

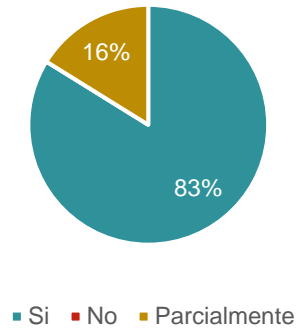




Formación y Capacitación

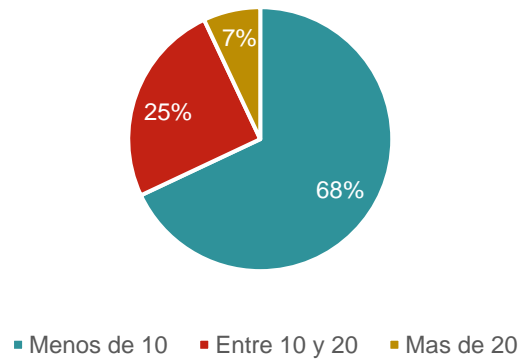


¿Ha recibido formación en el Uso de tecnologías en Salud(Historia clinica digital. Telemedicina, APPS)
12 Respuestas

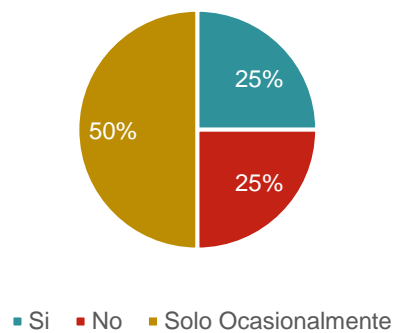


Carga Laboral y Condiciones del entorno

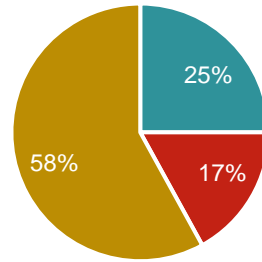
¿Cuantos pacientes atiende diariamente en promedio?
12 Respuestas



¿Realiza actividades extramurales (Visitas Domiciliarias, Brigadas, Comunidades alejadas?)
12 Respuestas

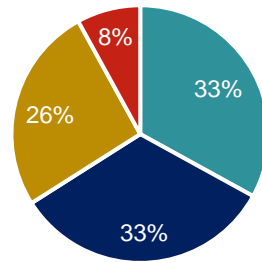


¿Cuenta con el tiempo necesario para brindar atención adecuada?
12 Respuestas



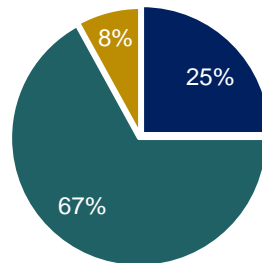
■ Si ■ No ■ Depende de la Jornada

¿Que barreras enfrenta en su labor Diaria en este Territorio?
12 Respuestas



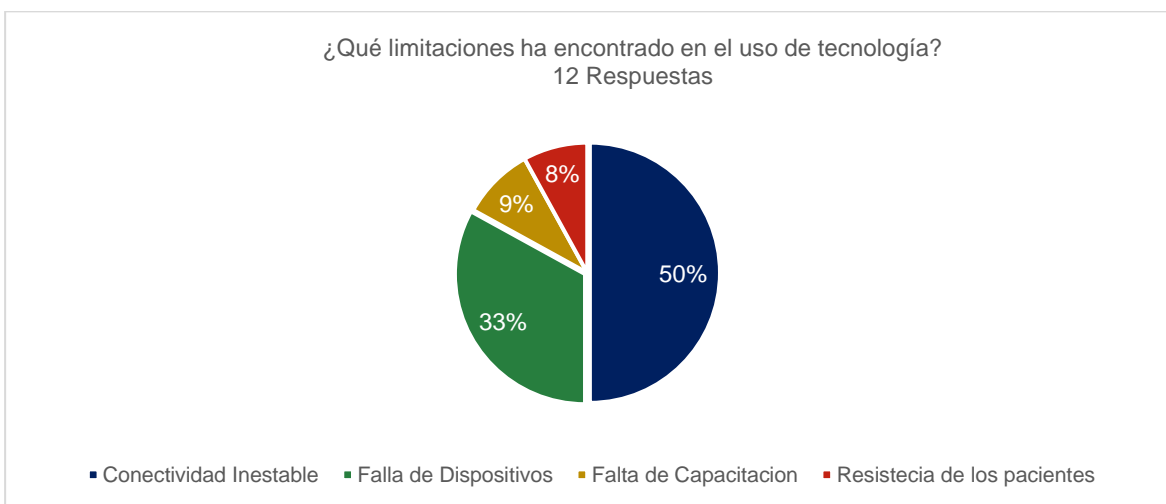
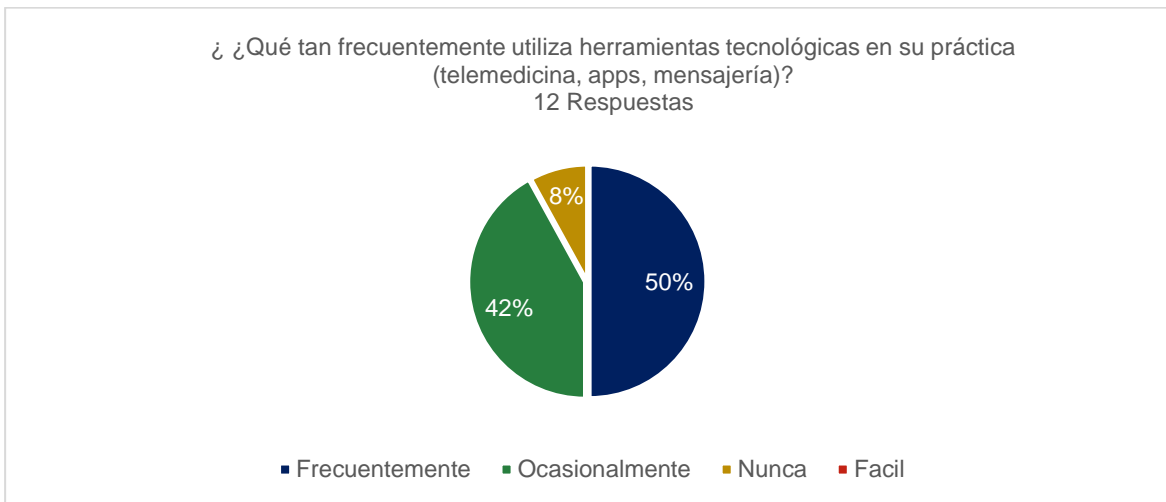
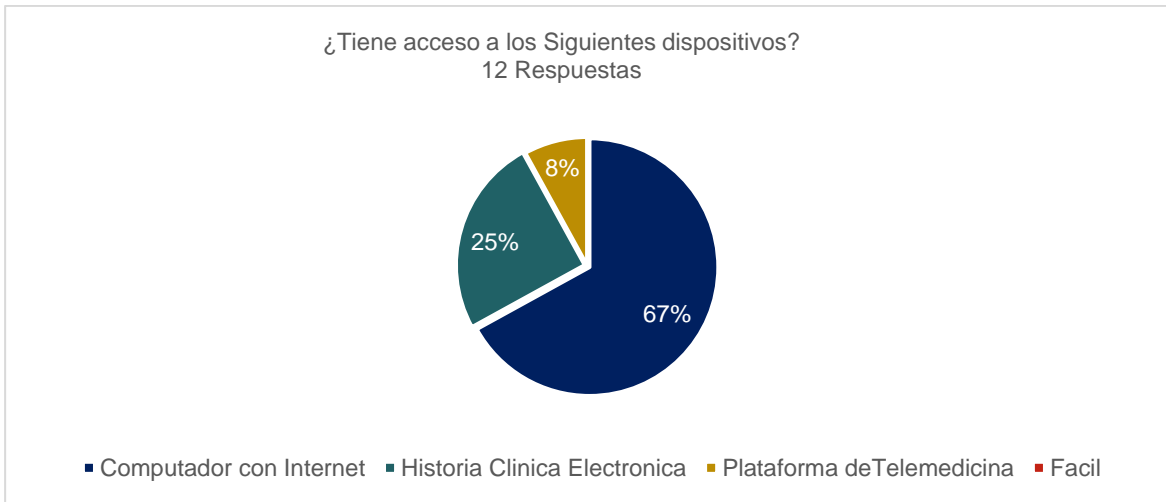
■ Faltan Insumos y Medicamentos ■ Infraestructura deficiente ■ Aislamiento geografico ■ Otro

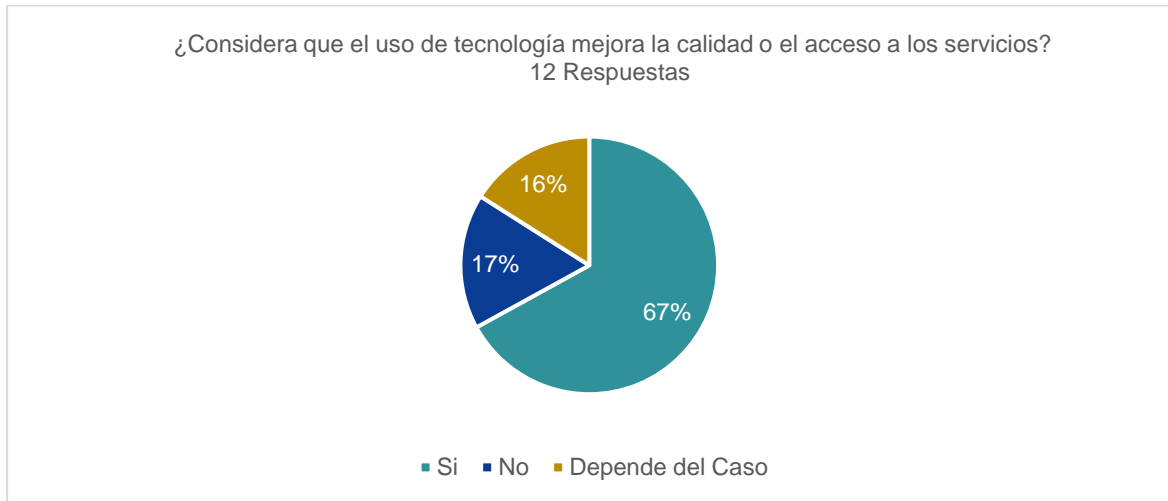
¿Que tan dificil es referir un paciente a otro Nivel de Atencion?
12 Respuestas



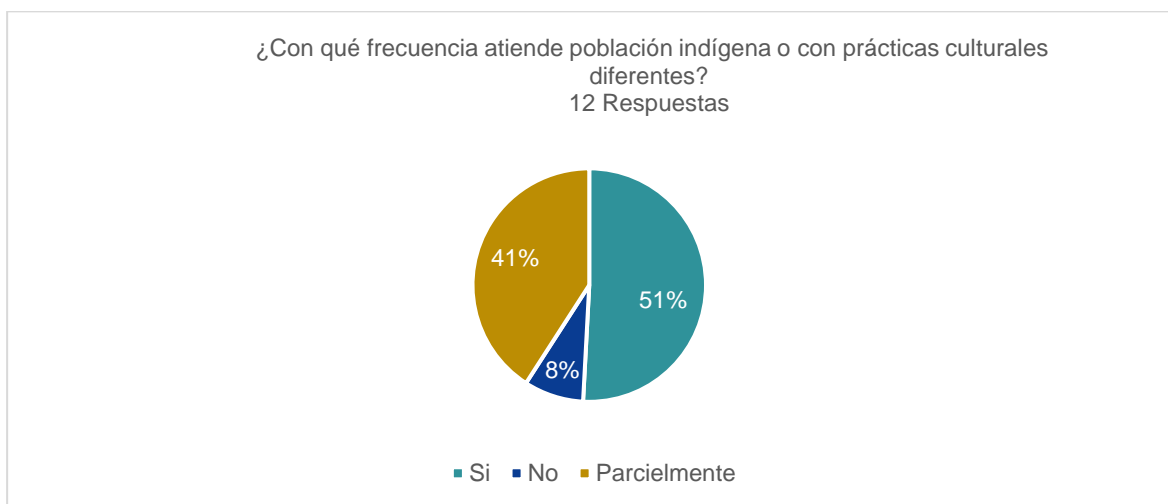
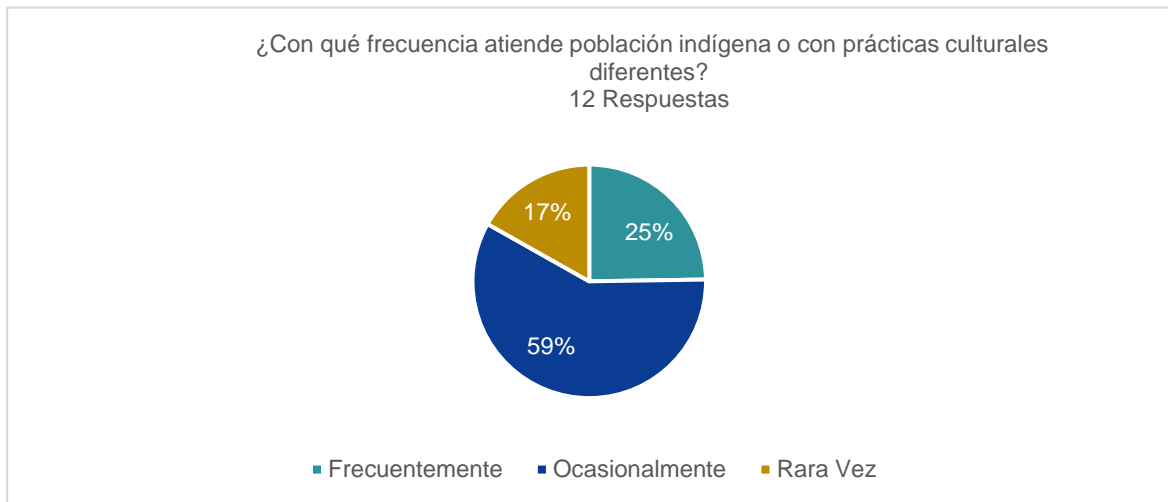
■ Muy Dificvil ■ Dificil ■ A veces facil ■ Facil

Uso de Tecnología en Salud

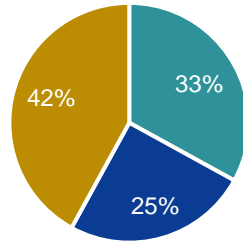




Atención con enfoque diferencial

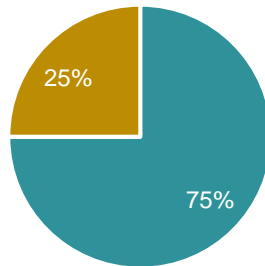


¿Ha tenido experiencias de articulación con sabedores, parteras o promotores tradicionales?
12 Respuestas



■ Si ■ No ■ Solo en Casos especificos

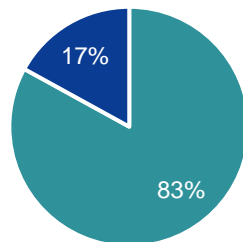
¿¿Cree que integrar los saberes tradicionales mejoraría la atención en salud?
12 Respuestas



■ Si ■ No ■ Depende de la Integracion

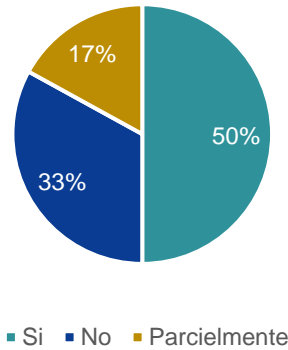
Participación, Motivación y Propuestas

¿Ha participado en procesos de planeación, diagnóstico o evaluación del sistema de salud en su territorio?
12 Respuestas

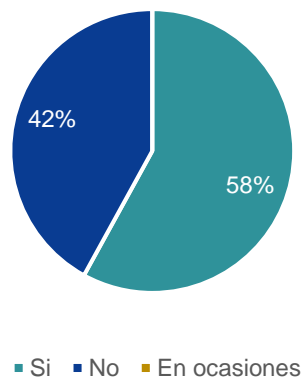


■ Si ■ No

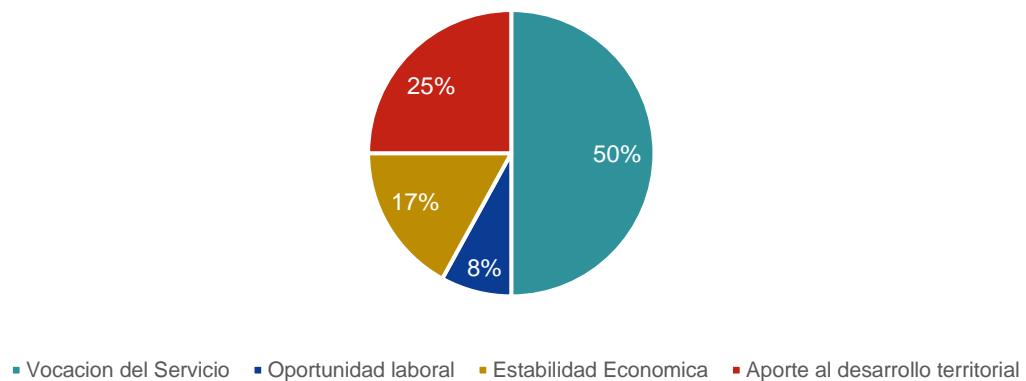
¿Considera que la comunidad tiene participación en la organización del modelo actual de atención?
12 Respuestas

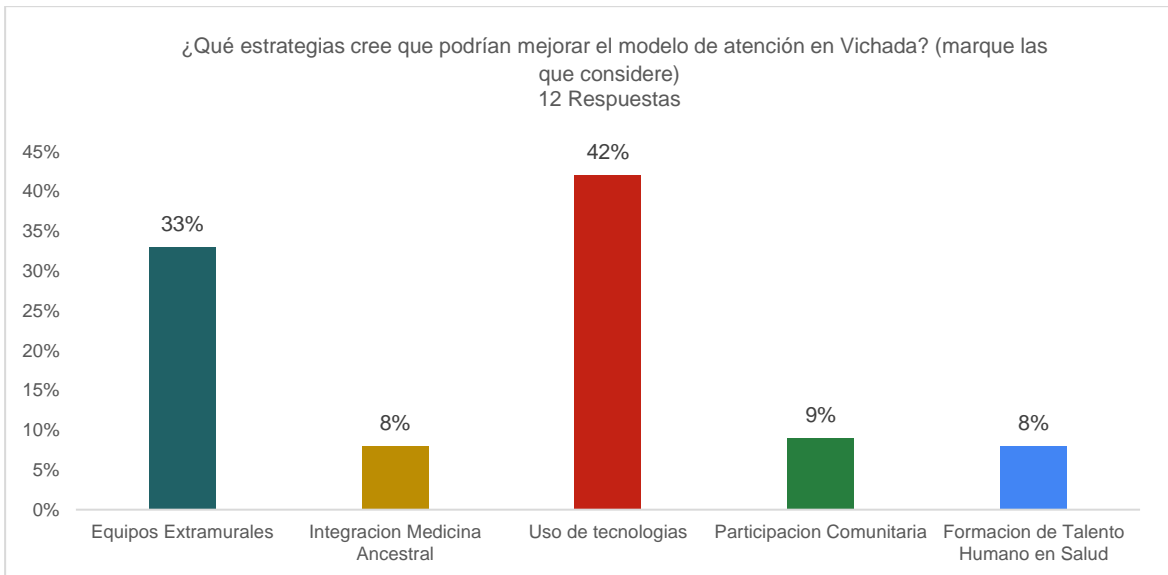
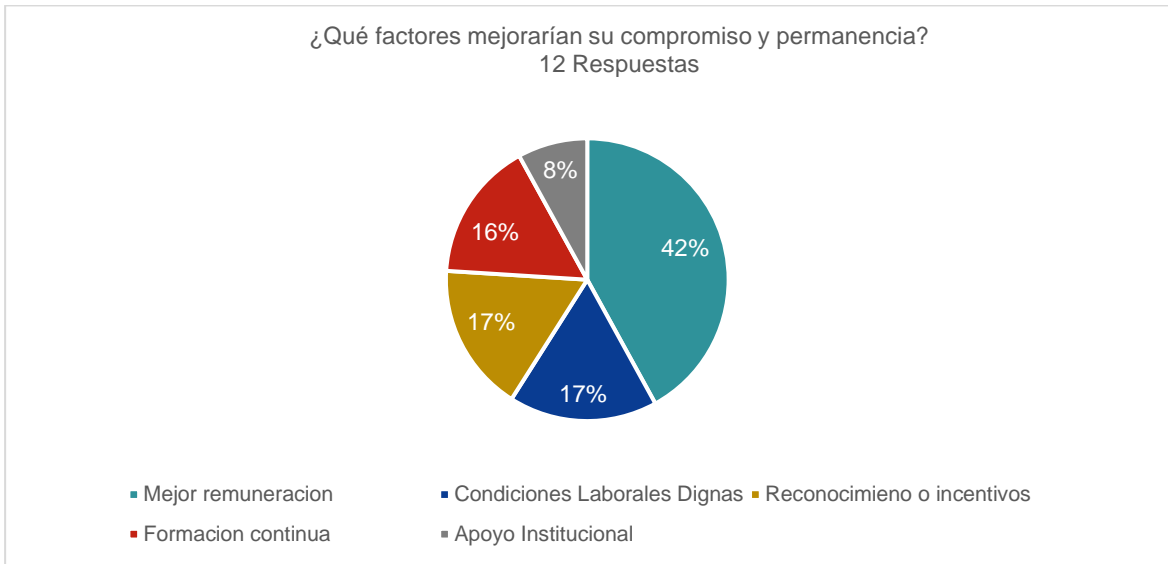


¿Se siente motivado para seguir trabajando en el territorio?
12 Respuestas



¿Cuál es su principal motivación para trabajar en Vichada?
12 Respuestas





El análisis de las encuestas revela una realidad compleja en el Departamento del Vichada. Si bien se cuenta con profesionales con formación académica sólida y experiencia en el sector, se identifican tres ejes críticos que condicionan la calidad del servicio:

- **Inestabilidad del talento humano:** aunque los médicos poseen experiencia general, su permanencia en el territorio es alarmantemente corta. Esta alta

rotación interrumpe la continuidad asistencial y dificulta el fortalecimiento de los vínculos entre el sistema de salud y las comunidades locales.

- **Brechas en la formación integral:** existe una preparación adecuada en Atención Primaria en Salud y en el uso de tecnología; sin embargo, la formación en enfoques diferenciales, interculturalidad y género es heterogénea. Esto limita la capacidad del sistema para responder con pertinencia a la diversidad poblacional propia de la región.
- **Sobrecarga y limitaciones operativas:** la labor médica se ve presionada por un alto volumen de consultas y la exigencia de actividades extramurales brigadas y visitas domiciliarias. No obstante, este esfuerzo se ve limitado por barreras estructurales críticas: deficiencias en infraestructura, escasez de insumos básicos y una gestión ineficiente de las remisiones.

Análisis

La presente investigación tuvo como propósito analizar las condiciones de acceso, oportunidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud en el Departamento de Vichada, con el fin de sustentar la formulación de un modelo de salud territorial e intercultural. Los resultados obtenidos muestran una alta coherencia con la pregunta de investigación y con los objetivos planteados, al evidenciar barreras estructurales, territoriales, culturales, tecnológicas y administrativas que limitan la garantía efectiva del derecho a la salud.

De manera general, los hallazgos permiten validar la hipótesis de investigación, en tanto confirman que el modelo de atención vigente no responde adecuadamente a las particularidades geográficas, sociales, culturales y étnicas del territorio, y que se requiere

un enfoque diferencial, territorializado e intercultural para reducir inequidades y mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud.

En relación con los resultados sociodemográficos, estos muestran una población mayoritariamente residente en el municipio de La Primavera, con baja movilidad territorial, limitada pertenencia a grupos étnicos autoidentificados y predominio de hogares unipersonales o con estructuras familiares pequeñas. Este patrón sugiere una población dispersa, con redes de apoyo limitadas y alta vulnerabilidad social, lo cual incide directamente en la capacidad de las personas para enfrentar eventos de salud y acceder oportunamente a los servicios.

La literatura ha señalado que, en territorios rurales dispersos, la fragmentación social y la ausencia de redes familiares sólidas incrementan el riesgo de exclusión en salud y dificultan la continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones con pobreza estructural (OPS, 2018; Marmot et al., 2008). En este sentido, los resultados refuerzan la necesidad de modelos comunitarios y extramurales que compensen la debilidad de las redes sociales y familiares.

Respecto al acceso geográfico, uno de los hallazgos más consistentes del estudio es la presencia de barreras en el territorio y económicas combinadas que configuran un patrón de exclusión estructural. Aunque una parte de la población se encuentra relativamente cerca del hospital municipal, la ausencia de una red sólida de primer nivel, la dependencia del desplazamiento a pie y la incapacidad económica para costear el transporte transforman la cercanía física en una barrera encubierta.

Este patrón es coherente con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud, que señala que el acceso geográfico no debe medirse únicamente en términos de distancia, sino en función de la capacidad real de las personas para llegar a los servicios sin incurrir en costos desproporcionados (OMS, 2010). En el Vichada, la dependencia del

hospital como único punto de atención refuerza un modelo hospitalocéntrico que contradice los principios de la Atención Primaria en Salud (APS).

En términos de oportunidad, los resultados muestran que el acceso oportuno es un privilegio de una minoría, mientras que una proporción significativa de la población enfrenta demoras prolongadas o incluso exclusión total del sistema. La coexistencia de personas que obtienen citas el mismo día con otras que nunca logran acceder evidencia una inequidad en la gestión del sistema, más que una falta absoluta de capacidad instalada.

Este hallazgo valida el objetivo específico orientado a analizar la oportunidad en la prestación de los servicios y confirma que el problema central no es únicamente la escasez de recursos, sino su distribución inequitativa y la debilidad en los sistemas de gestión de la demanda (Starfield, 2011).

En cuanto al análisis de las barreras administrativas, los resultados demuestran que los trámites y las autorizaciones siguen siendo un obstáculo relevante para una parte de la población, lo cual resulta especialmente grave en un contexto donde la dispersión geográfica y la limitada conectividad amplifican cualquier retraso administrativo. Estos resultados contradicen el marco normativo colombiano, particularmente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que establece la eliminación de barreras administrativas como principio fundamental del derecho a la salud.

De manera complementaria, las barreras económicas, especialmente los costos de transporte y los pagos de bolsillo por servicios cubiertos muestran que la cobertura formal del sistema no se traduce en acceso efectivo. La incapacidad de una proporción significativa de la población para costear el transporte confirma que los costos indirectos constituyen uno de los principales determinantes de exclusión en territorios periféricos, como lo ha documentado la OPS (2019).

Este conjunto de resultados permite identificar un patrón de pobreza sanitaria en el que la condición socioeconómica limita la utilización real de los servicios, aun cuando exista afiliación al sistema.

Por otra parte, los resultados sobre acceso a atención especializada muestran que la mayoría de la población enfrenta dificultades sistemáticas para acceder a estos servicios y debe ser remitida a ciudades lejanas. Los tiempos de espera prolongados y la existencia de personas que nunca logran ser atendidas evidencian una alta probabilidad de abandono terapéutico, progresión de la enfermedad y deterioro de la calidad de vida.

Desde el enfoque de sistemas de salud, este fenómeno refleja una red fragmentada, sin centros de referencia regionales fortalecidos y con baja articulación interinstitucional (WHO, 2016). La dependencia de ciudades distantes para la atención especializada incrementa los costos económicos y sociales, reforzando la inequidad territorial.

Desde el enfoque diferencial se observó que, aunque una parte de la población no percibe discriminación directa, los resultados muestran un alto desconocimiento sobre la incorporación de prácticas culturales, medicina ancestral y atención en lengua propia. Este desconocimiento no debe interpretarse como ausencia de exclusión cultural, sino como una señal de invisibilización de la diversidad y de baja apropiación del enfoque diferencial.

La literatura sobre salud intercultural advierte que la falta de reconocimiento explícito de las diferencias culturales genera modelos homogéneos que reproducen inequidades, incluso sin prácticas discriminatorias manifiestas (Menéndez, 2003; Walsh, 2010). En el Vichada, la coexistencia práctica entre medicina tradicional y occidental no ha sido suficientemente institucionalizada, lo que limita su potencial como estrategia de acceso y de generación de confianza en el sistema.

En cuanto a la tecnología en salud, los resultados evidencian un escenario ambivalente. Por un lado, existe acceso generalizado a teléfonos celulares y una percepción positiva sobre el potencial de la tecnología para mejorar el acceso. Por otro, persisten brechas significativas en conectividad, alfabetización digital, estabilidad eléctrica y confianza en el uso de datos personales.

Este patrón confirma que la telesalud no puede implementarse como una solución aislada, sino como parte de un modelo integral que fortalezca simultáneamente la infraestructura, las capacidades comunitarias y la formación del talento humano (OMS, 2022). La dependencia de espacios comunitarios para acceder a internet y la inestabilidad de la conectividad refuerzan la necesidad de soluciones tecnológicas adaptadas al contexto rural.

Finalmente, los resultados del personal médico coinciden ampliamente con la percepción comunitaria, validando los hallazgos desde una segunda fuente de información. La alta rotación del talento humano, la sobrecarga laboral, las dificultades para remitir pacientes y las limitaciones en infraestructura y conectividad confirman que las barreras no son individuales, sino estructurales.

La disposición del personal médico a integrar saberes tradicionales y a fortalecer los equipos extramurales representa una oportunidad clave para la implementación del modelo propuesto. Sin embargo, la permanencia del talento humano depende de condiciones laborales dignas, estabilidad contractual y apoyo institucional, tal como lo señalan estudios sobre retención de personal en zonas rurales (WHO, 2010).

En conjunto, los resultados permiten identificar cuatro patrones centrales:

1. Exclusión territorial estructural, asociada a dispersión geográfica y pobreza.
2. Inequidad en el acceso y la oportunidad, más relacionada con la gestión que con la capacidad absoluta.

3. Débil pertinencia cultural, con reconocimiento limitado de la diversidad.
4. Potencial tecnológico no aprovechado, condicionado por brechas estructurales.

Estos cuatro patrones, sustentados en los hallazgos empíricos del estudio, permiten argumentar con solidez la hipótesis propositiva de trabajo planteada en esta investigación. A continuación, se detallan los hallazgos concretos que la sustentan en cada una de sus dimensiones:

En materia de **acceso y oportunidad**, los resultados evidencian que el 40% de la población encuestada supera el tiempo máximo de tres días hábiles establecido por la Resolución 1552 de 2013 para la asignación de citas de medicina general, y que el 14% nunca logra obtener una cita. Adicionalmente, el 12% de la población tarda más de una hora en desplazarse al centro de salud más cercano, y el 48% de los usuarios remitidos a atención especializada esperó más de un mes o aún no había sido atendido al momento de la recolección. Estos datos confirman la existencia de barreras estructurales de acceso que el modelo actual no logra superar y que justifican el diseño de un modelo territorial con estrategias extramurales y de territorialización de servicios.

En materia de **calidad en la prestación**, la mayoría de los encuestados calificó la atención recibida como regular o mala, y solo una proporción reducida la consideró buena o excelente. La falta de medicamentos fue identificada como la principal barrera de acceso, seguida de la limitada disponibilidad de personal médico. Asimismo, el personal de salud reportó alta rotación, sobrecarga laboral y limitaciones en infraestructura y conectividad, factores que confirman que las deficiencias en calidad son de naturaleza estructural y no atribuibles exclusivamente a la demanda. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud como eje del modelo propuesto.

En materia de **interculturalidad y enfoque diferencial**, los resultados muestran un bajo reconocimiento de las prácticas culturales y saberes tradicionales en la atención en salud, una disponibilidad limitada de intérpretes o traductores en los centros de salud y una participación comunitaria reducida en los procesos de planeación sanitaria. Aunque la mayoría de los encuestados no reportó experiencias directas de discriminación, la invisibilización de la diversidad cultural en los servicios constituye una forma de exclusión que afecta la confianza y la adherencia al sistema de salud, particularmente en las comunidades indígenas del departamento.

En conjunto, estos hallazgos no solo confirman las deficiencias del modelo de atención vigente, sino que señalan con precisión las dimensiones sobre las cuales debe actuar el modelo propuesto, dotando a la hipótesis de trabajo de un sustento empírico concreto y verificable.

Propuesta del Modelo: Problemáticas identificadas y estrategias de intervención

El análisis de la situación de salud del Departamento de Vichada, la revisión de la red de prestación de servicios, las condiciones territoriales y los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a la población permitieron identificar un conjunto de problemáticas estructurales que afectan el acceso, la oportunidad y la continuidad en la atención en salud. Estos cuatro patrones constituyen el fundamento diagnóstico sobre el cual se construye la propuesta del modelo de atención, organizados en seis problemáticas estructurales que se desarrollan a continuación con sus respectivas estrategias de intervención.

Problemática 1. Fragmentación en la gestión del aseguramiento y la gobernanza del sistema de salud.

El análisis del sistema evidenció la presencia de múltiples actores en la gestión del

aseguramiento, lo que genera procesos administrativos complejos, dificultades en la coordinación de la atención y limitaciones para garantizar la continuidad del cuidado de la población.

Propuesta del modelo.

Se plantea la implementación de un esquema de aseguramiento con responsabilidad poblacional integral, mediante la selección de un asegurador único con capacidad operativa, financiera y técnica para gestionar el riesgo en salud en el territorio. Este esquema se complementa con un modelo de gobernanza articulado entre el nivel departamental, los municipios, los prestadores de servicios de salud, las comunidades y las autoridades indígenas.

Problemática 2. Barreras geográficas y dificultades de acceso a los servicios de salud.

La gran extensión territorial del departamento, la dispersión poblacional y las limitaciones en infraestructura vial generan dificultades significativas para el acceso oportuno a los servicios de salud, particularmente para la población rural y las comunidades indígenas ubicadas en zonas de difícil acceso.

Propuesta del modelo.

El modelo propone la territorialización de la prestación de servicios mediante la organización del departamento en micro territorios sanitarios y el fortalecimiento de estrategias extramurales, como visitas domiciliarias y Equipos Básicos en Salud, orientados a acercar la oferta de servicios a las comunidades y mejorar la cobertura efectiva.

Problemática 3. Baja capacidad resolutive del primer nivel de atención.

El diagnóstico evidenció que gran parte de la demanda de servicios se concentra en el hospital, debido a la limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención y a la

insuficiente implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Propuesta del modelo.

El modelo fortalece la Atención Primaria en Salud (APS) como eje estructural del sistema, priorizando la gestión integral del riesgo, la captación temprana de la población, el seguimiento de cohortes priorizadas y la implementación de rutas integrales de atención en salud.

Problemática 4. Limitada disponibilidad de servicios especializados en el territorio.

La oferta de servicios especializados en el departamento es reducida, lo que genera una alta dependencia de remisiones hacia otras ciudades, incrementando los costos del sistema y afectando la oportunidad en la atención.

Propuesta del modelo.

Se propone fortalecer la telemedicina resolutive, apoyada en tecnologías de la información y la comunicación, con el fin de facilitar el acceso a la atención especializada, mejorar la capacidad diagnóstica del primer nivel y reducir la necesidad de remisiones fuera del departamento.

Problemática 5. Débil articulación institucional y limitada participación comunitaria.

El análisis territorial evidenció limitaciones en la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud y una participación comunitaria limitada en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud.

Propuesta del modelo.

El modelo promueve el fortalecimiento de mecanismos de participación social y

articulación intersectorial, mediante la consolidación de Comités de Salud Comunitarios y Comités de Participación Indígena (COPAI), así como la coordinación con otros sectores responsables de los determinantes sociales de la salud.

Problemática 6. Necesidad de incorporar un enfoque intercultural en la atención en salud.

La presencia significativa de pueblos indígenas en el departamento exige modelos de atención que reconozcan la diversidad cultural, los saberes tradicionales y las prácticas propias de cuidado de la salud.

Propuesta del modelo.

El modelo adopta un enfoque territorial e intercultural que incorpora el diálogo de saberes, la participación de autoridades indígenas en la toma de decisiones y la formación del talento humano con competencias interculturales.

Como resultado del análisis territorial, del diagnóstico del sistema de salud y del desarrollo conceptual del modelo de atención, se elaboró una propuesta integral orientada a fortalecer la organización y la prestación de los servicios de salud en el Departamento de Vichada.

En este sentido, el Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión se presenta como una propuesta estructurada de política pública territorial, orientada a mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud, fortalecer la Atención Primaria en Salud, optimizar la organización de la red de prestadores y promover un enfoque territorial e intercultural en la atención.

Dada la extensión y el nivel de detalle del modelo, el documento completo se presenta en el Anexo H, titulado “Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión, como propuesta de política pública para la Gobernación del Vichada”, en el

cual se desarrollan de manera integral los componentes estratégicos, operativos y de gobernanza que sustentan la propuesta.

Tabla 3 Plan básico de implementación del Modelo Integral de Salud para Vichada

Propuesta	Fase	Responsables Principales	Recursos Requeridos	Indicador	Meta 2 años
1. Esquema de aseguramiento con responsabilidad poblacional integral y gobernanza articulada	Corto plazo (0-12 meses)	Secretaría Departamental de Salud / Ministerio de Salud / EPS habilitadas en el territorio	Recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) / Asistencia técnica del Minsalud	Número de actores del sistema articulados en espacios formales de gobernanza territorial	Al menos 1 instancia de gobernanza departamental activa con participación de EPS, municipios y autoridades indígenas
2. Territorialización de servicios y fortalecimiento de estrategias extramurales	Corto o mediano plazo (6-18 meses)	Secretaría Departamental de Salud / IPS habilitadas / Alcaldías municipales	SGP salud / Recursos propios de la Gobernación / Cooperación internacional	Número de micro territorios sanitarios definidos y operando con Equipos Básicos en Salud	Al menos 4 micro territorios activos, uno por municipio
3. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud como eje estructural	Mediano plazo (12-24 meses)	IPS de primer nivel / Secretaría Departamental de Salud / SENA / universidades con presencia regional	SGP / Recursos de formación del talento humano / Convenios docencia-servicio	Porcentaje de atenciones resueltas en el primer nivel sin necesidad de remisión	Incremento del 20% en la resolución en primer nivel respecto a la línea base

INCLUSIÓN

Propuesta	Fase	Responsables Principales	Recursos Requeridos	Indicador	Meta 2 años
4. Telemedicina resolutiva para atención especializada	Mediano plazo (12-24 meses)	MinTIC / Minsalud / IPS habilitadas / operadores de telecomunicaciones	Recursos de conectividad (MinTIC) / Equipos tecnológicos / Capacitación del talento humano	Número de consultas resueltas por telemedicina / Porcentaje de reducción de remisiones fuera del departamento	Reducción del 15% en remisiones externas y al menos 500 consultas por telemedicina al año
5. Mecanismos de participación social y articulación intersectorial	Corto plazo (0-12 meses)	Secretaría Departamental de Salud / autoridades indígenas / organizaciones comunitarias / alcaldías	Recursos de funcionamiento de la Secretaría / Apoyo de organizaciones de cooperación	Número de Comités de Salud Comunitarios COPAI activos y con actas de reunión	Al menos 1 comité activo por municipio con reuniones trimestrales documentadas
6. Incorporación del enfoque intercultural en la atención	Mediano-largo plazo (18-36 meses)	IPS / Secretaría Departamental de Salud / autoridades indígenas / instituciones de educación superior	Recursos de capacitación / Convenios con universidades / Apoyo de organizaciones indígenas	Porcentaje del talento humano en salud capacitado en competencias interculturales / Disponibilidad de intérpretes en centros de salud	80% del personal de salud capacitado / Intérprete disponible en el 100% de los centros con población indígena

Nota. Elaboración propia. Este plan tiene carácter orientador y corresponde a una propuesta de referencia para la fase de implementación. Su desarrollo operativo detallado, incluyendo la asignación presupuestal específica y los mecanismos de evaluación de impacto, se plantea como línea de trabajo futuro en el marco de experiencias piloto en los cuatro municipios del departamento.

Discusión

Los resultados de esta investigación confirman que el acceso, la oportunidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud en el Departamento de Vichada se encuentran condicionados por barreras estructurales de tipo territorial, económico, administrativo, tecnológico y cultural. Estos hallazgos son consistentes con la pregunta de investigación y con el objetivo general orientado a proponer un modelo de salud territorial e intercultural, y permiten validar la hipótesis de que el modelo de atención vigente resulta insuficiente para responder a las particularidades del territorio y de su población diversa.

En primer lugar, los resultados relacionados con el acceso geográfico y la oportunidad en la atención evidencian un patrón de exclusión estructural que coincide con lo reportado en estudios sobre salud en territorios rurales dispersos y periféricos. La centralización de los servicios en el hospital municipal, la ausencia de una red robusta de primer nivel de atención y la dependencia del desplazamiento a pie o fluvial refuerzan un modelo hospitalocéntrico que contradice los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), particularmente el de acercar los servicios a las comunidades (OMS, 2010; Starfield, 2011). Aunque una parte de la población logra acceder eventualmente a los servicios, la baja oportunidad en la atención y la existencia de personas que nunca obtienen citas médicas configuran una inequidad profunda en la garantía del derecho a la salud.

Este hecho no puede explicarse únicamente por la escasez de recursos, sino por deficiencias en la gestión del sistema y en la distribución equitativa de la capacidad instalada. La coexistencia de usuarios que acceden el mismo día y otros que permanecen excluidos sugiere una asignación inequitativa de los servicios, tal como lo

ha señalado la Organización Mundial de la Salud al analizar sistemas con débil gobernanza y baja planificación territorial (WHO, 2016).

En relación con las barreras administrativas y económicas, los resultados revelan una contradicción entre el marco normativo colombiano y la realidad operativa del sistema de salud en el Vichada. A pesar de que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece la eliminación de obstáculos administrativos y financieros, persisten dificultades asociadas a autorizaciones, pagos de bolsillo y costos indirectos, especialmente el transporte. Estos hallazgos coinciden con la literatura que señala que, en contextos rurales y dispersos, los costos indirectos representan uno de los principales determinantes de exclusión, incluso en sistemas con cobertura universal formal (OPS, 2019; Marmot et al., 2008).

El acceso a la atención especializada emerge como uno de los puntos más críticos del sistema. La necesidad de remisiones a ciudades lejanas, los tiempos prolongados de espera y la existencia de personas que no logran completar el proceso asistencial refuerzan la hipótesis de fragmentación de la red de servicios y aumentan el riesgo de abandono terapéutico. Este escenario ha sido ampliamente documentado en estudios sobre sistemas de salud en regiones periféricas, donde la falta de centros de referencia regionales fortalece las inequidades territoriales y aumenta la carga económica y social para los pacientes (WHO, 2016).

Desde la perspectiva intercultural, aunque la mayoría de la población no reporta experiencias directas de discriminación, los resultados muestran un bajo reconocimiento de la diversidad cultural y de la incorporación de prácticas ancestrales en la atención en salud. Este hallazgo es coherente con lo planteado por Menéndez (2003) y Walsh (2010), quienes advierten que la exclusión cultural no siempre se manifiesta como discriminación explícita, sino como invisibilización de los saberes y prácticas locales. En el caso del Vichada, la baja apropiación del enfoque diferencial sugiere la necesidad de

fortalecer procesos de formación intercultural del talento humano y de participación efectiva de las comunidades en la planeación en salud.

En cuanto al uso de tecnologías y salud digital, los resultados evidencian un escenario de oportunidad condicionada. Si bien existe una alta disponibilidad de teléfonos móviles y una percepción positiva sobre el potencial de la tecnología para mejorar el acceso, las brechas en conectividad, alfabetización digital, estabilidad energética y confianza en el manejo de datos limitan su implementación efectiva. Estos hallazgos coinciden con la estrategia global de salud digital de la OMS (2022), que señala que la telesalud solo es efectiva cuando se implementa de manera contextualizada, fortaleciendo simultáneamente la infraestructura, las capacidades comunitarias y la formación del talento humano.

La perspectiva del personal médico refuerza y valida los hallazgos comunitarios. La alta rotación del talento humano, la sobrecarga laboral, las dificultades para remitir pacientes y las limitaciones en infraestructura y conectividad confirman que las barreras identificadas son estructurales y no atribuibles únicamente a la demanda de servicios. No obstante, la disposición del personal médico a integrar saberes tradicionales y a fortalecer estrategias extramurales representa una oportunidad clave para la implementación del modelo de salud territorial e intercultural propuesto, en concordancia con las recomendaciones de la OMS sobre retención de talento humano en zonas rurales (WHO, 2010).

Si bien los resultados obtenidos aportan evidencia relevante para la formulación del modelo de salud, es necesario reconocer algunas limitaciones que pueden afectar la validez externa de los hallazgos. En primer lugar, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, la información recolectada se basa en percepciones autorreportadas, lo que puede

introducir sesgos de memoria, deseabilidad social o subregistro, especialmente en temas sensibles como la violencia, la discriminación o la seguridad. Asimismo, la muestra se concentra principalmente en un municipio, lo que limita la generalización de los resultados a todo el Departamento de Vichada, caracterizado por una alta heterogeneidad territorial y cultural.

A pesar de estas limitaciones, la triangulación de información entre la población usuaria y el personal médico, así como la coherencia interna de los hallazgos, fortalecen la validez interpretativa del estudio y permiten sustentar de manera sólida la necesidad de un modelo de salud territorial e intercultural adaptado a las condiciones reales del territorio.

Conclusiones

En correspondencia con los objetivos específicos planteados, los hallazgos de esta investigación permiten concluir lo siguiente: el análisis de la situación de salud del Departamento de Vichada permitió identificar un conjunto de condiciones estructurales que limitan el acceso oportuno, continuo y equitativo a los servicios de salud, particularmente asociadas a la dispersión geográfica de la población, las condiciones socioeconómicas del territorio y las limitaciones en la organización de la red de prestación de servicios. Estas características evidencian que los modelos tradicionales de atención, centrados principalmente en la atención intramural y hospitalaria, resultan insuficientes para responder a las particularidades territoriales, sociales y culturales del departamento.

Desde la dimensión demográfica y socioeconómica, se evidencia una población con alta presencia de comunidades indígenas y habitantes rurales dispersos, así como importantes brechas en condiciones de vida, educación y acceso a oportunidades económicas. Estas condiciones inciden directamente en el estado de salud de la población y en su capacidad para acceder a los servicios, lo que resalta la necesidad de intervenciones integrales que articulen las acciones del sector salud con otros sectores relacionados con los determinantes sociales.

En cuanto al acceso y la oportunidad en la atención, si bien se evidencia una cobertura importante de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, persisten barreras relacionadas con la distancia geográfica, las limitaciones en el transporte, la disponibilidad de talento humano y la concentración de servicios en centros urbanos. Estas condiciones afectan especialmente a la población ubicada en zonas rurales y comunidades indígenas, generando inequidades en el acceso efectivo a la atención.

Asimismo, el análisis de la calidad en la prestación de los servicios evidencia un escenario heterogéneo en el que, aunque se reconoce el compromiso del talento humano en salud, persisten limitaciones en infraestructura, disponibilidad de medicamentos y continuidad del cuidado. A esto se suma una limitada incorporación del enfoque intercultural en los procesos de atención, lo que puede generar barreras adicionales para las comunidades indígenas en términos de comunicación, pertinencia cultural y confianza en los servicios de salud.

Finalmente, el estudio evidenció un bajo nivel de incorporación de tecnologías en salud dentro de la red de servicios, especialmente en lo relacionado con la conectividad y el uso de herramientas tecnológicas, lo cual limita el potencial de estrategias como la telemedicina para mejorar el acceso a servicios especializados en territorios dispersos.

Cabe señalar que los resultados empíricos obtenidos mediante la aplicación de encuestas corresponden al municipio de La Primavera y no constituyen una muestra representativa del conjunto del Departamento de Vichada. Esta limitación es inherente a las condiciones geográficas y logísticas del territorio, que dificultan el acceso simultáneo a los cuatro municipios del departamento. No obstante, la validez del modelo propuesto se sustenta en la triangulación sistemática entre la información primaria recolectada, el análisis documental de fuentes secundarias oficiales y los marcos teóricos y normativos revisados, lo que permite fundamentar una propuesta de política pública pertinente para el departamento en su conjunto, con la recomendación de que estudios futuros amplíen la cobertura muestral a los municipios de Puerto Carreño, Santa Rosalía y Cumaribo.

En este contexto, el Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión, propuesto en esta investigación, se configura como una alternativa orientada a fortalecer la Atención Primaria en Salud, mejorar la organización territorial de los servicios, incorporar estrategias extramurales, telemedicina y enfoques interculturales,

así como promover una mayor articulación institucional y comunitaria. De esta manera, el modelo busca contribuir al cierre de brechas en salud y servir como insumo para la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar una atención en salud más equitativa, pertinente y sostenible para la población del Departamento de Vichada. Cabe precisar que las relaciones entre el modelo propuesto y la mejora en los indicadores de salud constituyen proyecciones fundamentadas en la evidencia disponible y en los marcos teóricos revisados, y no afirmaciones causales verificadas estadísticamente, dado el alcance descriptivo-explicativo del presente estudio. Su comprobación empírica corresponde a una fase futura de implementación y evaluación de impacto.

Trabajo futuro

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se plantea como línea de trabajo futuro avanzar hacia una fase de implementación y validación del Modelo Integral de Salud Territorial e Intercultural propuesto para el Departamento de Vichada. Esta etapa deberá orientarse a evaluar la viabilidad operativa, el impacto en los indicadores de salud y la sostenibilidad del modelo en contextos reales de prestación de servicios.

En este sentido, se propone el desarrollo de experiencias piloto en los municipios del departamento —Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo—, con el propósito de analizar el comportamiento del modelo en territorios con diferentes características geográficas, demográficas y culturales. Estos pilotos permitirán identificar resultados, retos operativos y buenas prácticas que faciliten su posterior escalamiento a nivel departamental.

Un eje fundamental del trabajo futuro será la evaluación del uso de tecnologías en salud, especialmente en lo relacionado con la implementación de la telemedicina, la historia clínica electrónica y las herramientas de monitoreo remoto de pacientes. La

adopción progresiva de estas tecnologías puede contribuir a mejorar el acceso a servicios especializados, reducir las barreras geográficas y fortalecer la continuidad del cuidado, particularmente en zonas rurales dispersas.

De igual manera, se recomienda avanzar en el desarrollo de sistemas de información integrados que articulen la información proveniente de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades territoriales y las comunidades. Este sistema permitiría realizar un seguimiento continuo de indicadores relacionados con el acceso, la oportunidad, la calidad y la satisfacción de los usuarios, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia y la priorización de intervenciones en los territorios con mayores brechas en salud.

Otro aspecto clave para el desarrollo futuro del modelo es el fortalecimiento del talento humano en salud mediante programas de formación y capacitación continua orientados al desarrollo de competencias técnicas, digitales e interculturales. Este componente resulta fundamental para garantizar la sostenibilidad del modelo, promoviendo prácticas de atención centradas en la persona, la familia y la comunidad, con enfoque diferencial y respeto por la diversidad cultural.

Finalmente, se plantea la necesidad de desarrollar estudios de evaluación de impacto social, sanitario y económico que permitan medir los efectos del modelo en términos de reducción de inequidades en salud, mejora en los indicadores de acceso y fortalecimiento de la gobernanza sanitaria en el territorio. Los resultados de estas evaluaciones podrían servir como insumo para la formulación de políticas públicas territoriales y para la replicabilidad del modelo en otros departamentos con características similares.

En conjunto, estas líneas de trabajo futuro permitirán consolidar un sistema de salud territorial más equitativo, resolutivo e intercultural, capaz de responder a las particularidades geográficas, sociales y culturales del Departamento de Vichada.

Referencias

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., & García-Perdomo, H. A. (2023). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud pública*, 22, 463-467.
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131-142.
<https://doi.org/10.1177/0013164485451012>.
- Almeida, P. F. D., Giovanella, L., Schenkman, S., Franco, C. M., Duarte, P. O., Houghton, N., ... & Bousquat, A. (2024). Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29.
<https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n7/e03792024/>
- Arias-Murcia, S. E., & Penna, C. M. D. M. (2022). Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano. *Saúde em Debate*, 46, 721-733.
- Barajas, S., Bossa, E., & Carmona, G. (2023). *Atención primaria en salud con enfoque diferencial y multiculturalismo en comunidades indígenas*. s/e.
- Benito, H. A., & Zuleta, P. A. (2024). *Análisis de situación de salud (ASIS) participativo, Departamento de Vichada* [Informe institucional]. Secretaría Departamental de Salud y Gobernación de Vichada.
- Castro-Albarrán, J. M. E. (2024). Formación de personal médico de pregrado en atención primaria: El caso de la Universidad de la Salud. *Salud Pública de México*, 66, 753–758.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal]. (2019). *Panorama social de América Latina, 2019* (LC/PUB.2019/22-P/Rev.1).
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>

Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 [por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones].

Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud]. Diario Oficial No. 49.427.

Constitución de la República de Colombia. (1991). Legis.

Cortés, I., & Peniche, P. (2023). Políticas de salud para la atención a pueblos indígenas. El caso de las auxiliares de salud mayas en la región oriente del estado de Yucatán, México. *Estudios de cultura maya*, 62, 327-358.

Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (s.f.). *Aseguramiento de población*.

<https://www.DNP.gov.co/LaEntidad/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx>

Departamento Nacional de Planeación. (2024). *Metodología tipologías de las entidades territoriales para el reconocimiento de capacidades y resultados para la vigencia 2024*. Subdirección de Descentralización, Dirección de Descentralización y Fortalecimiento Fiscal.

Duarte, M. B., Ortega, M. L., Mora, L. H., & Coromoto, N. (2011). Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(3), 272–278.

Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., Vieyra-Romero, W. I., Moreno-Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C., & Reyes-Morales, H. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública de México*, 61, 716–725.

<https://doi.org/10.21149/10562>

- Galeano, M. E., & Vélez, O. L. (2002). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Sociales y Humanas.
- Gil, J., & Acosta, N. (2021). *Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales*. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 27(Especial 4), 548–559.
- Gracia Charry, G. M. (Ed.). (2013). *Género y salud: Brechas y desigualdades entre hombres y mujeres en los Departamentos de Vaupés y Vichada, Colombia*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28321>
- Grupo Vida IPS. (2021). *Bosquejo- protocolo de atención integral en salud con enfoque diferencial*. <https://www.grupovihda.com/wp-content/uploads/2021/11/h.-BOSQUEJO-PROTOCOLO-ENFOQUE-DIFERENCIAL.pdf>
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. Publicaciones de Mc Graw Hill Educación.
- Hoyos, C. (2000). *Un modelo para investigación documental: guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación*. Señal Editora
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2019). *Situación de salud de los pueblos indígenas en Colombia: Análisis de las brechas en salud con enfoque diferencial étnico*.
<https://www.MinSalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/psp/asis-2019-colombia.pdf>

- López-Mallama, A., Lemos-Muñoz, Y., & Córdova-Ardila, M. (2023). Protección social en la Región Caribe de Colombia: una mirada desde la equidad. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(3), 13-24.
- Marinho, P., Dahuabe, L., & de Mesa, G. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Salud Rural 2018*.
<https://www.MinSalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mmps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de la situación de salud de fronteras (ASIS): Departamento de Vichada 2024*.
<https://www.MinSalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*. Diario Oficial No. 49.794.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Boletín del Aseguramiento en Salud*.
<https://www.MinSalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Tecnologías sanitarias esenciales (Informe del Secretario Ejecutivo EB118/15)*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb118/b118_15-sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, octubre 5). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.a). *Derechos humanos y salud*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.b). *Calidad de la atención*. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la salud [OPS]. (2023). Barreras y retos para la provisión de servicios. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2024). *Transformación digital de la atención primaria para territorios excluidos*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.a). *Objetivos de Desarrollo Sostenible - OPS/OMS Material científico técnico*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud/objetivos-desarrollo-sostenible-OPSOMS-material-cientifico>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.b). *Atención primaria de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.c). *Determinantes sociales de la salud*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.d). *Equidad en salud*. <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.e). *Evaluación de tecnologías Evaluación de tecnologías en salud*. <https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-salud>

- Pardo, I., Gil, J. C., & Arenas, B. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano [A look of health from social participation in sparsely populated Colombian Pacific]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3). <http://scielo.sld.cu>
- Pérez, A.G. (2020). *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*. (3ra. ed.).
- Reyes, H., García-Peña, M. C., & Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México*, 66, 631–636. <https://doi.org/10.21149/15744>
- Rodríguez, M. A. (2024). *La prestación del derecho fundamental a la salud y los pueblos indígenas del departamento del Vichada: un estudio de casos*. Universidad Externado de Colombia. <https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/3f4962f1-d374-453b-b71a-23f6a5dc6b7a>

Anexos

Anexo A. Encuesta demográfica para la construcción de un modelo de atención en salud en el departamento de Vichada

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd_r1zOzQknBizrYt-B3A9s12PgbswZ6c0PK_2_xRwcuPQFKw/viewform?usp=header

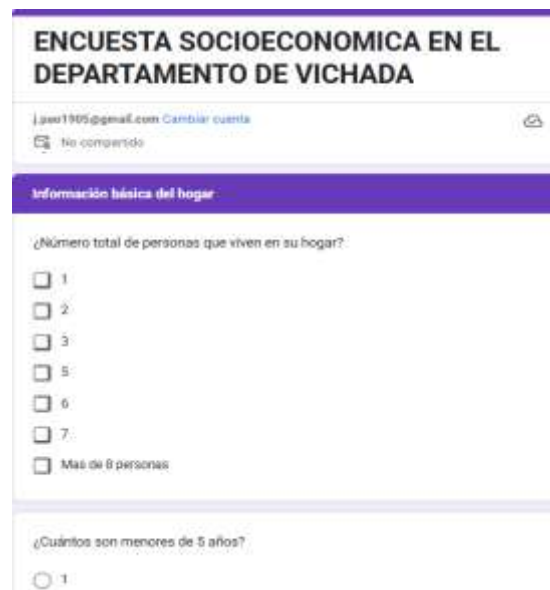


The screenshot shows a Google Form with the following content:

- Title:** ENCUESTA DEMOGRÁFICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE VICHADA
- Sender:** j.gao1985@gmail.com
- Section 1:** Información general
- Question 1:** ¿Cuál es su identidad de género?
 - Hombre
 - Mujer
 - Persona no binaria
 - Prefiere no responder
 - Otra: _____
- Question 2:** ¿En qué rango se encuentra su Edad?
 - Menos de 18 años

Anexo B. Encuesta Socioeconómica en el Departamento de Vichada

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScCqgAwpjVwlknx9h1qqeOL7FwviV SvWCCpcUBEVuOxSTbEzw/viewform?usp=header>



The screenshot shows a Google Form with the following content:

- Title:** ENCUESTA SOCIOECONOMICA EN EL DEPARTAMENTO DE VICHADA
- Sender:** j.gao1985@gmail.com
- Section:** Información básica del hogar
- Question 1:** ¿Número total de personas que viven en su hogar?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 5
 - 6
 - 7
 - Más de 8 personas
- Question 2:** ¿Cuántos son menores de 5 años?
 - 1

Anexo C. Encuesta sobre acceso y oportunidad de atención en salud en el departamento del Vichada

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAOANUjabB1TNq4snHNqCD9fgP3k8o-yOGKfgn47L8n1dNmg/viewform?usp=header>



The image shows a screenshot of a Google Form. At the top, the title reads "ENCUESTA SOBRE ACCESO Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VICHADA". Below the title, the user's email "j.pao1905@gmail.com" and a "Cambiar cuenta" link are visible, along with a "No compartido" status. A blue header bar contains the text "Información general". The first question is "1.1. ¿En cual Municipio reside o trabaja?", followed by five radio button options: "Puerto Carreño", "La Primavera", "Santa Rosalía", "Cumaribo", and "Otro:" with a text input field. Below this, another question asks "¿Trabaja usted en el sector salud?" with two radio button options: "SI" and "NO".

Anexo D. Encuesta sobre tipos de tecnología en salud usuarios

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeQTI5oclahXbx6x2C5qLui0v_BCR2F2q1EONnVm8YkcBULXw/viewform?usp=dialog

The screenshot shows a Google Form titled "ENCUESTA SOBRE TIPOS DE TECNOLOGIA EN SALUD USUARIOS". The form is displayed on a mobile device. At the top, the title is in bold black text. Below the title, the user's email address "j.pao1905@gmail.com" and a "Cambiar correo" link are visible. A "No compartido" status is also shown. The form content includes a section header "1. Acceso a tecnologías en el hogar o comunidad" in a purple bar. The first question is "¿Tiene acceso a alguno de los siguientes dispositivos?" with a list of checkboxes: "Teléfono celular básico (llamadas y mensajes)", "Teléfono inteligente (smartphone con internet)", "Computadora de escritorio", "Computadora Portátil", "Televisor", "Tableta", and "Ninguno". The second question is "¿Tiene acceso a internet en su hogar o comunidad?" with a radio button option "Sí, en el hogar".

Anexo E. Encuesta sobre tipos de tecnología en salud profesionales de la salud

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc8M_8aOP3NtoI54Bul_7Cx39Rh6G_Gczj2GnOXUju0MSJoxg/viewform?usp=header

The screenshot shows a Google Form titled "ENCUESTA SOBRE TIPOS DE TECNOLOGIA EN SALUD PROFESIONALES DE LA SALUD". The form is displayed on a mobile device. At the top, the title is in bold black text. Below the title, the user's email address "j.pao1905@gmail.com" and a "Cambiar correo" link are visible. A "No compartido" status is also shown. The form content includes a section header "1. Información general" in a green bar. The first question is "¿Cuál es su Profesión?" with a list of checkboxes: "Médico general", "Enfermero/a", "Auxiliar de enfermería", "Médico Especialista", "Odontóloga", and "Otra:" followed by a text input field. The second question is "¿Cuántos Años de experiencia en el sector salud?" with a radio button option "Menos de 1 año".

Anexo F. Encuesta sobre percepción comunitaria en salud enfoque diferencial

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSenw6qwZv9TXCAeF4sulqdREiQYrl_YT1vb5Boeyns0YhIKpQg/viewform?usp=header

ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN COMUNITARIA EN SALUD ENFOQUE DIFERENCIAL

j.pao1905@gmail.com [Cambiar cuenta](#)

No compartido

Pertenencia a grupos poblacionales

¿Usted se reconoce como parte de alguno de los siguientes grupos?

- Pueblo indígena
- Comunidad afrodescendiente
- Persona campesina o rural dispersa
- Persona con discapacidad
- Mujer gestante o lactante
- Niño, niña o adolescente
- Adulto mayor (60 años o más)
- Víctima del conflicto armado
- Ninguno de los anteriores

Anexo G. Formato de validación de encuesta AIKEN: El siguiente formato corresponde al proceso de validación de contenido de los instrumentos de recolección, realizado mediante el coeficiente V de Aiken. Participaron como jueces expertos: Nessar Eduardo Ramírez, Jacqueline Jaimes Trespalcios y Fabián Díaz Garzón. El resultado del coeficiente V de Aiken obtenido fue de 1,00, lo que indica acuerdo unánime entre los evaluadores respecto a la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems evaluados, confirmando la validez de contenido de los instrumentos aplicados en la presente investigación (Aiken, 1985).

https://universidadeaneducomy.sharepoint.com/:x:/g/personal/jramire77292_universidadean_edu_co/EePlnjYzABPr5FcLEjvh4BMLkoeSo6b3VHkKgNAEdQcA?CID=f2cc2743-1ed0-93ff-f5c4-e04190ce6140&e=QtmYhJ

VALIDACIÓN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN - V DE AIKEN							
Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión							
Nombre del Evaluador:		Cargo del evaluador:					
<p>INSTRUCCIONES: Para validar el instrumento requerido en el presente estudio, se han identificado una serie de variables y un grupo preguntas que las describen. Califique cada una de las preguntas formuladas siendo 1 totalmente de acuerdo y 0 totalmente en desacuerdo, en relación a su grado de claridad, pertinencia y relevancia. Por favor tenga en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>Claridad: la pregunta está correctamente redactada y es fácil de comprender por el evaluador. Pertinencia: la pregunta permite medir con precisión la variable identificada. Relevancia: se evidencia un enfoque teórico adecuado en la redacción de la pregunta.</p>							
A. VARIABLE DEMOGRAFICA				EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	V DE AIKEN
Información General 1.1. ¿Cuál es su identidad de género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Persona no binaria <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no responder				1,00	1,00	1,00	1,00
1.2. ¿En qué rango se encuentra su Edad?: <input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> 18 – 29 años <input type="checkbox"/> 30 – 44 años <input type="checkbox"/> 45 – 59 años <input type="checkbox"/> 60 años o más				1,00	1,00	1,00	1,00
1.3 ¿Algunos de estos grupos de personas conforman su hogar actualmente? (Puede marcar más de una opción):							

**Anexo H. Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión
Propuesta de política pública para la Gobernación del Departamento del Vichada**

<https://universidadeaneducomy.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fjramire77292%5Funiversidadean%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2FModelo%20Integral%20de%20Salud%20para%20Vichada%2023022026%20%281%29%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fjramire77292%5Funiversidadean%5Fedu%5Fco%2FDocuments>

MODELO INTEGRAL DE SALUD PARA VICHADA



Modelo Integral de Salud para Vichada: Acceso, Calidad e Inclusión

William David Albarracín Chaparro

Julieth Paola Ramírez López

Jhonnatan Andrey Gómez García