



Modelo de atención primaria para Enfermedades de Alto Costo (EAC) en población dispersa de zona rural en Colombia

Producto 2 (componente cualitativo) **Diagnóstico situacional sobre Enfermedades de Alto Costo (EAC) en población rural dispersa en Colombia**

PRESENTADA POR LA ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES PARA:
CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CODESS

Enero de 2025



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN POBLACIÓN RURAL DISPERSA EN COLOMBIA: COMPONENTE CUALITATIVO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO GENERAL

1.1. Antecedentes de las Enfermedades de Alto Costo (EAC)

Las enfermedades de alto costo (EAC) representan uno de los mayores retos para los sistemas de salud a nivel global, debido a su complejidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como por los altos costos que implican. Estas enfermedades, que incluyen patologías como cáncer, insuficiencia renal crónica, enfermedades cardiovasculares y enfermedades raras, no solo tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, sino que también generan una carga económica considerable para las familias y los sistemas de salud.

En Colombia, la situación de las EAC es particularmente crítica en las zonas rurales dispersas, donde las barreras de acceso, la limitada infraestructura de salud y la falta de personal especializado dificultan el manejo integral de estas condiciones. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar los desenlaces en salud, pero en contextos rurales esto se ve comprometido por factores como la geografía, las condiciones socioeconómicas y las limitaciones del sistema de salud.

1.2. Propósito del Diagnóstico

El presente diagnóstico tiene como propósito identificar las barreras y oportunidades en la atención de las EAC en poblaciones rurales dispersas de Colombia, específicamente en los departamentos del Meta, Cauca y Vaupés. Este análisis cualitativo busca generar insumos para la formulación de un modelo de atención primaria en salud que responda a las necesidades específicas de estas comunidades, integrando enfoques interculturales y adaptados a las condiciones geográficas, culturales y sociales de cada región.

1.3. Metodología

El diagnóstico se basa en una combinación de métodos cualitativos, incluyendo entrevistas semiestructuradas, talleres participativos y revisión documental. Las entrevistas se realizaron con actores clave, como funcionarios de salud, líderes comunitarios y personal de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), mientras que los talleres participaron miembros de las comunidades locales, lo que permitió capturar una perspectiva amplia y contextualizada de las problemáticas y necesidades en cada región.

La metodología incluyó talleres participativos realizados en los departamentos del Meta, Cauca y Vaupés, con la participación de diferentes actores clave. En total, se llevaron a cabo tres talleres, uno por cada departamento. Se contó con un total de 59 participantes, incluyendo:

- **Representantes de las comunidades** (líderes comunitarios, miembros de asociaciones de usuarios).
- **Personal del sector salud** (médicos generales, auxiliares de enfermería, promotores de salud, entre otros).
- **Funcionarios de las secretarías de salud** municipales y departamentales.
- **Representantes de organizaciones sociales y comunitarias** relacionadas con salud pública.

La distribución de personas por cada taller fue la siguiente:

- **Meta:** 24 personas, 6 hombres y 18 mujeres
- **Cauca:** 23 personas, 6 hombres y 17 mujeres
- **Vaupés:** 12 personas, 2 hombres y 10 mujeres

Los talleres se estructuraron en dos fases principales: una de diagnóstico colectivo de problemáticas y otra de diseño de propuestas estratégicas. Este enfoque permitió recopilar insumos tanto para identificar barreras como para generar soluciones adaptadas al contexto local.

De igual forma se realizó entrevista a 10 personas según la guía de entrevistas presentada, esto hasta que se presentó el nivel de saturación de la información. Entre las personas entrevistadas estuvieron personal de Ministerio de Salud, Secretarías departamentales, EPS, IPS, Organizaciones de la Sociedad Civil y Pacientes.

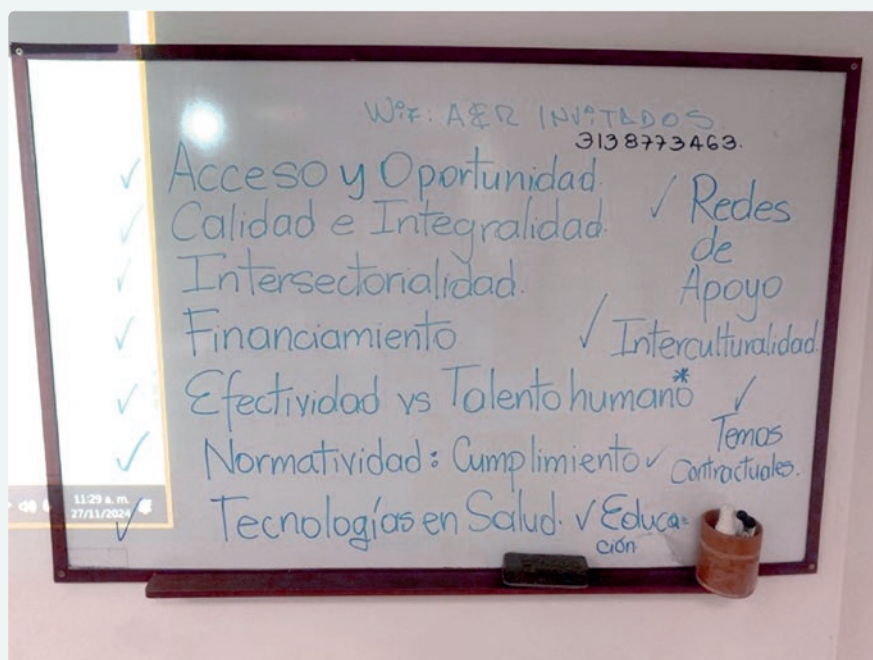
La información recopilada fue analizada utilizando técnicas de codificación temática, lo que permitió identificar patrones y generar categorías que estructuran los hallazgos presentados en este documento. Además, se consideraron las características demográficas y epidemiológicas de cada departamento, junto con sus particularidades culturales y geográficas, para garantizar que las conclusiones y recomendaciones sean pertinentes y aplicables.

Para garantizar la calidad del análisis cualitativo, todas las entrevistas y talleres fueron grabados con consentimiento previo de los participantes. Estas grabaciones se resumieron utilizando software especializado, garantizando la fidelidad al contenido original.

Se implementaron medidas rigurosas para asegurar la confidencialidad de la información. Los nombres y datos identificables de los participantes fueron reemplazados para mantener el anonimato durante el análisis y en el documento final. Las grabaciones se almacenaron en la nube con cuenta de la Universidad de los Andes y serán eliminadas al finalizar el proyecto, en cumplimiento de las normativas éticas.

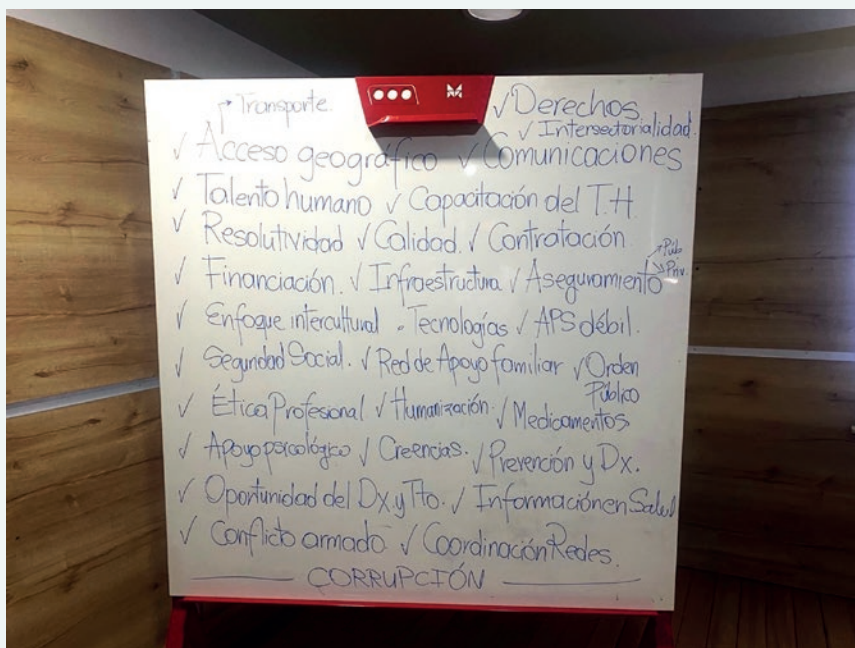
Se adjunta ejemplo de los tres departamentos, al finalizar la primera fase del taller participativo

Imagen 1. Bloque temático taller participativo departamento del Meta



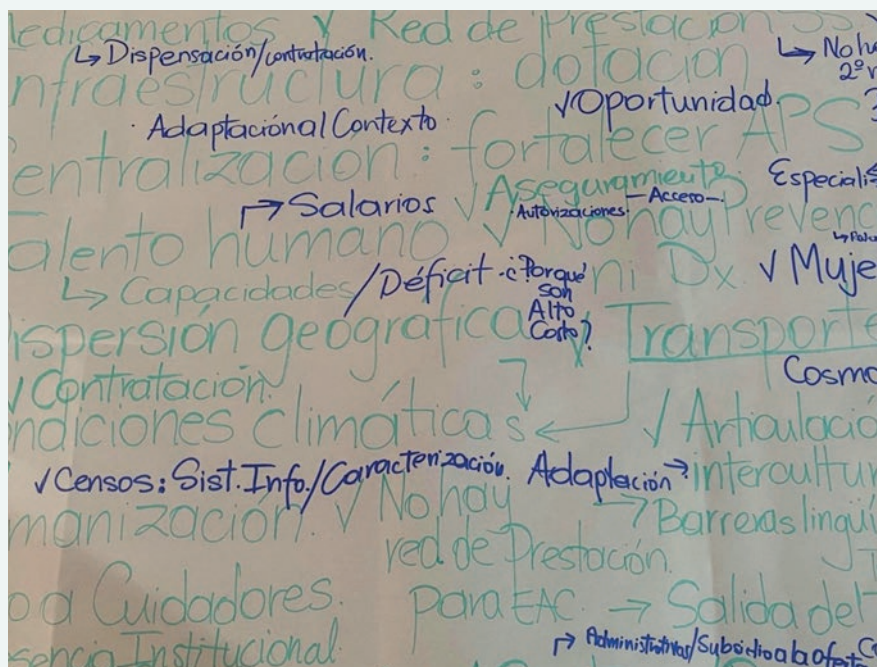
Fuente: propia (Taller participativo realizado en la Ciudad de Villavicencio el 27 de noviembre de 2024)

Imagen 2. Bloque temático taller participativo departamento del Cauca



Fuente: propia (Taller participativo realizado en la Ciudad de Popayán el 9 de diciembre de 2024)

Imagen 3. Bloque temático taller participativo departamento del Vaupés



Fuente: propia (Taller participativo realizado en la Ciudad de Mitú el 17 de diciembre de 2024)

1.4. CONTEXTO DE LOS DEPARTAMENTOS

1.4.1. Departamento del Meta

El Meta es un departamento situado en la región de la Orinoquía, caracterizado por su gran extensión territorial y una significativa proporción de población rural. Su economía está basada principalmente en la agricultura, la ganadería y la explotación petrolera. La región cuenta con importantes recursos naturales y biodiversidad, pero también enfrenta retos significativos debido a su geografía, que incluye llanuras extensas y zonas de difícil acceso.

En términos de salud, el Meta presenta desigualdades marcadas entre las áreas urbanas y rurales.

Mientras que las cabeceras municipales cuentan con hospitales y clínicas de nivel intermedio, las zonas rurales dispersas enfrentan una falta crónica de infraestructura sanitaria y personal capacitado. Las enfermedades de alto costo, como el cáncer y la insuficiencia renal, representan un reto importante, ya que los tratamientos requieren desplazamientos a ciudades como Villavicencio o Bogotá, lo que incrementa los costos y las barreras de acceso.

1.4.2. Departamento del Cauca

El Cauca está ubicado en la región suroccidental de Colombia y se caracteriza por su diversidad cultural y geográfica. Este departamento cuenta con una alta población indígena y afrodescendiente, cuyos modos de vida están estrechamente ligados a sus tradiciones y cosmovisiones. La geografía del Cauca incluye cordilleras, valles y zonas selváticas, lo que dificulta la conectividad y el acceso a servicios básicos.

En el ámbito de la salud, el Cauca enfrenta importantes retos debido a la dispersión de su población y las condiciones de orden público en algunas zonas. Las comunidades rurales tienen acceso limitado a servicios de salud, y los hospitales municipales suelen estar saturados y carecer de especialistas. Además, la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes e hipertensión, agrava la situación de salud pública. El enfoque intercultural en los servicios de salud es una necesidad reconocida para garantizar que las intervenciones sean aceptadas y efectivas.

1.4.3. Departamento del Vaupés

El Vaupés es uno de los departamentos más aislados y menos poblados de Colombia, situado en la región amazónica. Su geografía está dominada por ríos, selvas y una alta biodiversidad. La mayoría de su población es indígena, y sus comunidades

mantienen un estrecho vínculo con la naturaleza y las tradiciones ancestrales. La comunicación y el transporte en el Vaupés dependen principalmente de medios fluviales y aéreos debido a la ausencia de una infraestructura vial desarrollada.

En cuanto a salud, el Vaupés enfrenta problemas graves relacionados con la dispersión geográfica, la falta de infraestructura y la escasez de personal capacitado. Las enfermedades infecciosas y tropicales son prevalentes, junto con un subregistro significativo de enfermedades crónicas. La implementación de un modelo de atención primaria adaptado a las particularidades culturales y geográficas del departamento es crucial para mejorar los indicadores de salud y garantizar el acceso equitativo.

CAPÍTULO 2: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO

El capítulo 2 presenta un análisis detallado de las barreras, problemáticas y oportunidades identificadas en la atención de las enfermedades de alto costo (EAC) en tres departamentos rurales de Colombia: Meta, Cauca y Vaupés. Este diagnóstico se nutre de entrevistas con actores clave, talleres participativos y revisiones documentales, lo que permite consolidar un panorama integral de las condiciones actuales y los retos en la prestación de servicios de salud en estas regiones.

El diagnóstico se enfoca en sintetizar las experiencias comunes y los desafíos específicos en cada región, buscando aportar una visión integral que sirva como base para el diseño de un modelo de atención primaria en salud adaptado a las particularidades de estas comunidades. Este capítulo se estructura en torno a problemáticas generales y áreas de oportunidad clave.

Las enfermedades de alto costo, caracterizadas por su complejidad diagnóstica, terapéutica y económica, exigen una atención especializada y sostenida que no siempre está disponible en áreas rurales dispersas. En este contexto, las comunidades enfrentan barreras significativas que afectan su acceso, calidad de atención y resultados en salud, lo que amplía las desigualdades y profundiza los desafíos del sistema de salud en Colombia.

En los siguientes apartados, se desarrollan los hallazgos más relevantes del diagnóstico, abordando cada temática desde una perspectiva integradora y basada en las experiencias relatadas por los participantes.

2.2. PRINCIPALES HALLAZGOS

El diagnóstico cualitativo realizado en los departamentos del Meta, Cauca y Vaupés ha permitido identificar barreras estructurales, sociales y culturales que limitan el acceso y la calidad de la atención en salud, particularmente en el caso de las enfermedades de alto costo (EAC). Estas problemáticas se analizan desde múltiples dimensiones, incorporando testimonios de actores clave y participantes de talleres, para brindar una visión integral sobre las necesidades y desafíos que enfrenta la población rural dispersa.

2.2.1 Acceso y Barreras Geográficas

El acceso limitado a los servicios de salud es uno de los temas transversales en las tres regiones. La dispersión geográfica y las condiciones climáticas dificultan la llegada oportuna de pacientes a los centros médicos, particularmente en el Vaupés, donde la principal vía de comunicación es el transporte fluvial. Como mencionó un participante comunitario: *“Aquí todo depende del río; si el río está crecido, no hay manera de llegar a tiempo a una cita médica.”* Esta realidad impone desafíos no solo logísticos, sino también económicos, ya que muchas familias deben asumir los costos de traslado, hospedaje y alimentación al movilizarse hacia centros urbanos.

En el Cauca, la situación es agravada por la inestabilidad en el orden público, lo que limita la posibilidad de realizar brigadas médicas en zonas rurales. *“A veces no podemos entrar a las veredas porque es demasiado peligroso, y eso deja a las comunidades completamente desatendidas,”* explicó un funcionario de salud local. En el Meta, aunque las vías terrestres son más accesibles en comparación con los otros departamentos, las largas distancias entre los municipios y los centros de referencia dificultan que los pacientes puedan acceder a servicios especializados.

Imagen 4. Río Vaupés, departamento de Mitú



Fuente: propia

2.2.2 Calidad de los Servicios y Limitaciones en la Infraestructura

La calidad de los servicios de salud en áreas rurales es otra problemática recurrente. Los centros de atención primaria suelen carecer de equipos médicos adecuados, medicamentos y personal capacitado. Un médico general del Meta señaló: *“Nosotros hacemos lo que podemos, pero muchas veces no contamos con los insumos necesarios para atender casos complejos. Eso termina en remisiones que tardan semanas.”*

En el Vaupés, las limitaciones en infraestructura son particularmente críticas. *“Aquí no hay hospitales grandes ni especialistas. Los pacientes deben ser remitidos a Bogotá o Villavicencio, y eso solo si tienen la suerte de encontrar un vuelo disponible,”* comentó un funcionario de salud. Esta falta de recursos no solo afecta el diagnóstico y tratamiento de las EAC, sino que también aumenta la carga emocional y económica para los pacientes y sus familias.

2.2.3 Problemas Económicos y Sociales

La dimensión económica es uno de los principales factores que obstaculizan el acceso y la continuidad del tratamiento. En el Cauca, un participante del taller describió cómo la falta de recursos financieros obliga a muchas familias a tomar decisiones difíciles: *“A veces, los padres tienen que decidir entre gastar el poco dinero que tienen en comida para sus hijos o en el transporte para llevarlos al médico.”*

Esta situación no es exclusiva del Cauca. En el Vaupés, los altos costos de transporte y la falta de programas de subsidios agravan las desigualdades en salud. Además, la falta de protección social estructurada deja a muchos pacientes vulnerables. *“Los pacientes son remitidos a ciudades grandes y, una vez allí, quedan prácticamente abandonados. No tienen dónde quedarse ni cómo cubrir sus gastos,”* explicó un profesional de salud local.

Así mismo se deben revisar los procesos de articulación social ya que muchos usuarios no cuenta con ninguna clase de apoyo. Aunque también, como lo mencionó una de las personas entrevistadas, algunos programas de protección social tienen criterios y las personas no cumplen dichos criterios, como por ejemplo pacientes con VIH o Tuberculosis.

2.2.4 Rol de las Redes Comunitarias y Participación Social

Las comunidades rurales han desarrollado redes de apoyo informal para superar las barreras del sistema de salud. En el Meta, las asociaciones de usuarios han jugado un papel clave para canalizar demandas hacia las autoridades, aunque estas iniciativas carecen de financiamiento estable. *“Nosotros hacemos lo posible para ayudar a los pacientes, pero sin recursos no podemos cubrir todas las necesidades,”* comentó un participante.

En el Vaupés, las capitanías y líderes zonales desempeñan una función crucial como intermediarios entre las comunidades y el sistema de salud. *“Si no fuera por los líderes, muchas personas ni siquiera sabrían que tienen derecho a un tratamiento,”* señaló un profesional de la región. Sin embargo, estas redes también enfrentan desafíos debido a la falta de capacitación y recursos.

2.2.5 Interculturalidad y Enfoque Comunitario

El respeto por la diversidad cultural es un aspecto crítico para garantizar la efectividad de las intervenciones en salud, especialmente en el Cauca y el Vaupés, donde predominan comunidades indígenas con cosmovisiones propias sobre la enfermedad y la salud. *“Para nosotros, la enfermedad no siempre es algo físico; a veces tiene que ver con desequilibrios espirituales,”* explicó una persona de la comunidad indígena del Vaupés.

La falta de enfoques interculturales en los servicios de salud genera desconfianza hacia el sistema y limita la adherencia a los tratamientos. *“Cuando un médico llega y no entiende nuestras tradiciones, es difícil confiar en él,”* mencionó una participante del Cauca. Esto pone de manifiesto la necesidad de formar al personal de salud en competencias interculturales y promover un diálogo abierto con las comunidades.

2.2.6 Uso de Tecnologías en Salud

Las tecnologías emergen como una herramienta potencial para superar algunas de las barreras identificadas, pero su implementación enfrenta desafíos significativos. En el Meta, el uso de telemedicina ha comenzado a mostrar resultados positivos en ciertas zonas rurales, pero aún está lejos de ser una solución universal. *“La telemedicina ayuda, pero no reemplaza la necesidad de contar con personal médico en el territorio,”* afirmó un funcionario de salud.

En el Vaupés, las limitaciones en conectividad dificultan la implementación de estas tecnologías. *“Aquí no tenemos internet confiable en la mayoría de las comunidades, lo que hace que la telemedicina sea casi imposible,”* comentó un profesional de salud. Esto subraya la necesidad de inversiones en infraestructura tecnológica y en capacitación para el uso efectivo de estas herramientas.

El diagnóstico cualitativo pone de manifiesto que la atención de las EAC en áreas rurales dispersas de Colombia enfrenta desafíos profundos, pero también ofrece oportunidades para la innovación y la mejora. Las barreras geográficas, económicas y culturales requieren soluciones integrales que incluyan inversiones en infraestructura, fortalecimiento del talento humano, adopción de tecnologías adecuadas y promoción de enfoques interculturales.

Las voces de los participantes de talleres y entrevistas coinciden en la necesidad de un modelo de atención primaria que no solo se enfoque en la resolución de problemas médicos, sino que también aborde los determinantes sociales de la salud. Este modelo debe ser inclusivo, participativo y sostenible, con un énfasis en la participación activa de las comunidades en el diseño y la implementación de soluciones.

A medida que se avanza hacia la formulación de este modelo, es crucial mantener un enfoque centrado en las personas, asegurando que las estrategias propuestas respondan a las necesidades reales de las poblaciones rurales y respeten sus contextos culturales y geográficos. *“No necesitamos un sistema perfecto; necesitamos un sistema que funcione para nuestra gente,”* resumió una persona de la comunidad del Cauca. Esta frase encapsula el espíritu del diagnóstico y la urgencia de transformar el sistema de salud en Colombia.

El análisis de los hallazgos cualitativos se extiende hacia dimensiones adicionales que permiten visibilizar con mayor detalle los factores subyacentes que perpetúan las barreras al acceso a la salud en las áreas rurales dispersas.

A continuación, se profundiza en los temas identificados durante las entrevistas y talleres, integrando reflexiones y perspectivas obtenidas de los participantes para enriquecer el diagnóstico.

2.2.7 La Desigualdad en la Distribución del Talento Humano

Uno de los puntos recurrentes en los tres departamentos es la insuficiencia de personal de salud capacitado en las zonas rurales. Esta situación no solo afecta la calidad de la atención, sino que también genera sobrecarga para los pocos profesionales disponibles. En palabras de un médico general del Cauca: *“El problema no es solo la cantidad de pacientes, sino que muchos llegan con enfermedades avanzadas porque no pudieron consultar antes. Esto nos pone en una posición muy complicada.”*

En el Vaupés, esta problemática se agrava debido a la falta de incentivos que motiven a los profesionales a trabajar en áreas remotas. *“Los médicos recién graduados no quieren venir a la selva. Aquí no hay infraestructura para ellos ni para sus familias,”* mencionó un funcionario de la Secretaría de Salud Departamental. Esta falta de personal especializado afecta particularmente el manejo de enfermedades de alto costo, como el cáncer, que requieren tratamientos específicos y seguimiento continuo.

2.2.8 Barreras Culturales e Interculturalidad en Salud

La falta de enfoques interculturales en los servicios de salud es una barrera significativa en departamentos como el Cauca y el Vaupés, donde las comunidades indígenas constituyen una proporción considerable de la población. Los participantes de los talleres en estas regiones destacaron la desconexión entre el sistema de salud formal

y las prácticas tradicionales. Un líder indígena del Cauca expresó: *“Nosotros vemos la salud de manera integral, no solo como ausencia de enfermedad. Pero cuando vamos al hospital, no entienden esto y nos sentimos juzgados.”*

Esta brecha cultural genera desconfianza y baja adherencia a los tratamientos médicos. En el Vaupés, los pacientes reportaron que prefieren recurrir a sus curanderos locales antes que buscar atención en centros de salud que perciben como ajenos a sus realidades. Esto enfatiza la necesidad de formar a los profesionales de salud en competencias interculturales y de integrar las prácticas tradicionales en los modelos de atención.

2.2.9 La Fragmentación del Sistema de Salud

La fragmentación del sistema de salud también fue un tema recurrente en los talleres y entrevistas. Los participantes mencionaron la falta de coordinación entre las diferentes entidades del sistema, lo que resulta en procesos administrativos ineficientes y barreras adicionales para los pacientes. Un participante del Meta explicó: *“Cuando remitimos a un paciente, es como si lo lanzáramos al vacío. No sabemos si llegará al hospital adecuado ni si recibirá el tratamiento que necesita.”*

En el Vaupés, esta fragmentación se manifiesta en la discontinuidad del tratamiento, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas o de alto costo. *“El sistema está diseñado para personas en las ciudades. Aquí, cuando logramos empezar un tratamiento, muchas veces no hay cómo continuarlo,”* comentó una profesional de salud. Esto subraya la necesidad de implementar mecanismos que garanticen la continuidad del cuidado, incluso en contextos de alta dispersión geográfica.

2.3 EL ROL TRANSFORMADOR DE LA TECNOLOGÍA

Si bien las limitaciones en infraestructura tecnológica son un desafío evidente, también se reconocen las oportunidades que las tecnologías en salud pueden ofrecer para mejorar el acceso y la calidad de los servicios en áreas rurales. En el Meta, algunos centros de salud han comenzado a implementar herramientas de telemedicina para conectar a los pacientes con especialistas en las ciudades. Sin embargo, estos esfuerzos aún son incipientes y enfrentan obstáculos relacionados con la conectividad y la capacitación del personal.

En el Cauca y el Vaupés, la falta de acceso a internet en las zonas más remotas limita el potencial de estas herramientas. Un enfermero del Vaupés comentó: *“Nos encantaría usar telemedicina, pero aquí ni siquiera tenemos señal de celular en muchas comunidades.”* A pesar de estas limitaciones, los participantes enfatizaron la necesidad de invertir en infraestructura tecnológica como una estrategia clave para cerrar las brechas en salud.

2.4 BARRERAS SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL CONTEXTO FAMILIAR

La dimensión económica sigue siendo una de las barreras más significativas para las familias en zonas rurales. La falta de recursos no solo limita el acceso a los servicios de salud, sino que también impacta en la capacidad de las familias para cubrir los costos asociados con el cuidado de los pacientes. En el Cauca, un participante de los talleres explicó: *“A veces, los tratamientos son gratuitos, pero el costo del transporte y el alojamiento es imposible de asumir para nosotros.”*

Además, las dinámicas sociales, como la falta de redes de apoyo y la sobrecarga emocional para los cuidadores, agravan la situación. En el Meta, una madre de un paciente expresó: *“Cuidar a mi hijo con cáncer es un trabajo de tiempo completo. No puedo trabajar ni generar ingresos, y eso hace que todo sea más difícil.”* Esto resalta la necesidad de políticas públicas que incluyan apoyo económico y psicosocial para las familias afectadas.

Los hallazgos del diagnóstico cualitativo muestran que las barreras para la atención de las EAC en áreas rurales son múltiples y están profundamente interrelacionadas. Desde las dificultades geográficas y económicas hasta las barreras culturales y estructurales, es evidente que se requiere un enfoque integral para abordar estas problemáticas.

2.5 DESAFÍOS EN LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Uno de los hallazgos más relevantes fue la falta de articulación efectiva entre las diferentes entidades que participan en la prestación de servicios de salud, lo cual dificulta la continuidad del cuidado, especialmente en el caso de pacientes con enfermedades de alto costo. En los talleres del Meta, varios participantes señalaron que las EPS y las IPS a menudo trabajan de forma aislada, sin una adecuada comunicación. Un médico expresó: *“Es frustrante cuando un paciente necesita un tratamiento urgente y tenemos que pasar semanas gestionando la autorización entre las entidades.”*

En el Cauca, las dificultades de coordinación también se vinculan con la ausencia de estrategias claras para trabajar en conjunto con sectores como educación y transporte. Esto afecta la capacidad de movilizar pacientes hacia centros especializados. *“No es solo un problema de salud, es que necesitamos que todos los sectores trabajen juntos para lograrlo,”* comentó un líder comunitario.

En el Vaupés, la articulación entre el sistema de salud y las comunidades indígenas enfrenta barreras culturales y administrativas. Un funcionario de la Secretaría de Salud afirmó: *“Sin un enfoque intercultural, es casi imposible coordinar acciones*

con las comunidades porque no compartimos los mismos valores ni entendemos sus prioridades.”

Una funcionaria entrevistada que lidera el trabajo en una EPS manifestaba la necesidad de cumplir lo que dicta la norma, en el caso de los medicamentos muchas veces difíciles de garantizar: *“Que no exista esa centralización y que haya una adecuada vigilancia de los recursos ya que el riesgo de corrupción en este sector es muy alto”*.

También manifestó que debería existir voluntad de la IPS Privada para vincularse con la entidad territorial, más allá del tema de recursos.

2.6 IMPACTO DE LA GEOGRAFÍA Y LA INFRAESTRUCTURA

La dispersión geográfica de las comunidades rurales se identifica como una de las principales barreras estructurales en los tres departamentos. En el Vaupés, donde las comunidades están aisladas por ríos y selvas, los desplazamientos hacia los centros de atención médica suelen ser costosos y peligrosos.

En palabras de una líder indígena: *“Para llegar al hospital más cercano, tenemos que gastar lo que ganamos en un mes, y eso si hay transporte disponible.”*

En el Cauca, la geografía montañosa y las condiciones de orden público añaden una capa adicional de complejidad. En los talleres, los participantes mencionaron que las brigadas médicas tienen dificultades para llegar a las zonas más remotas debido a las malas condiciones de las vías y la inseguridad. Un participante resumió la situación: *“La salud no puede llegar a nuestras comunidades si no hay caminos para transitar.”*

En el Meta, aunque las carreteras son más accesibles, la lejanía de los hospitales especializados sigue siendo un desafío. Las familias a menudo deben desplazarse a ciudades como Villavicencio o Bogotá para recibir atención adecuada, lo que implica gastos considerables en transporte y alojamiento.

Se identificaron barreras geográficas y de seguridad por conflicto como factores diferenciados que afectan el acceso a los servicios de salud en las regiones estudiadas:

- **Barreras geográficas:** La dispersión de las comunidades rurales y la falta de infraestructura vial dificultan el acceso a los centros de salud, especialmente en departamentos como el Vaupés, donde el transporte depende de medios fluviales y aéreos. En el Cauca y el Meta, aunque existe mayor conectividad vial, las distancias y la falta de transporte público accesible siguen siendo un obstáculo importante.
- **Seguridad por conflicto:** En regiones como el Cauca, la persistencia de conflictos armados limita la llegada de brigadas médicas a ciertas zonas y genera desconfianza entre las comunidades hacia los servicios institucionales. Esta situación

también afecta la continuidad de los tratamientos, ya que los pacientes evitan trasladarse por temor a quedar atrapados en situaciones de violencia.

2.8 ENFOQUE EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los participantes de los talleres coincidieron en que el enfoque actual del sistema de salud en las zonas rurales es predominantemente curativo, con poca atención a la prevención y promoción de la salud. En el Cauca, se destacó que la falta de programas educativos sobre enfermedades crónicas y su manejo contribuye al incremento de casos avanzados de diabetes e hipertensión. Un enfermero expresó: *“Si tuviéramos más recursos para enseñar a las comunidades cómo prevenir estas enfermedades, podríamos reducir mucho el impacto que tienen.”*

En el Vaupés, la prevención también se ve afectada por la falta de integración con las prácticas de medicina tradicional. Una profesional de la salud mencionó: *“No aprovechamos el conocimiento ancestral que tienen las comunidades sobre plantas medicinales y hábitos saludables. Podríamos trabajar juntos, pero no hay un marco que lo permita.”*

Como mencionó una de las personas entrevistadas: *“Es difícil capacitar a todas y todos”*, haciendo énfasis en la debilidad que existe frente a la debilidad en las estrategias de tamizaje en las regiones por falta de capacitación del talento humano, además del abordaje que por normatividad se debe garantizar.

2.9 EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

Las voces de los pacientes y sus familias revelaron las dimensiones humanas de las problemáticas identificadas. En el Meta, una persona compartió su experiencia cuidando a un familiar con insuficiencia renal: *“No es solo el tratamiento, es todo lo que viene con él. Los viajes, el tiempo perdido, los gastos que no podemos cubrir. Nos sentimos abandonados.”*

En el Cauca, expresaron frustración por las largas esperas para recibir atención especializada. Una participante afirmó: *“Cada mes que espero para una cita, siento que mi enfermedad avanza. Es desesperante.”*

En el Vaupés, destacaron la importancia de las redes comunitarias para enfrentar las dificultades. Una participante expresó: *“Si no fuera por los vecinos y los líderes de mi comunidad, no hubiera sabido qué hacer cuando mi esposo se enfermó.”* Esto resalta el papel crucial de la solidaridad comunitaria en contextos donde las instituciones formales no logran satisfacer las necesidades de salud.

Así mismo, como lo expresó una representante de una IPS entrevistada: *“Estamos generando bienestar para usuarios y familiares, no podemos vernos como competencia. Se deben centrar los objetivos en un paciente, ya que todos podemos ser sostenibles”*.

Para una de las pacientes entrevistadas, *“a las EPS les sale más económico dependiendo de la IPS, ahorrarse dos pesos”* y frente a las actitudes personales frente a la enfermedad manifestaba la falta de comprensión por el paciente que en últimas, como comentó, *“mi afán no es el afán de nadie y mi dolor no es el dolor de nadie”*, haciendo énfasis en su experiencia en la falta de humanización de los servicios de salud.

2.10 ACCESO Y OPORTUNIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

En los tres departamentos, el acceso a los servicios de salud es una problemática transversal que afecta directamente a las poblaciones rurales dispersas. Las barreras geográficas, económicas y culturales se combinan para limitar el acceso oportuno a tratamientos especializados, especialmente para enfermedades de alto costo. En el Vaupés, la dependencia de medios fluviales y aéreos para el transporte incrementa considerablemente los costos asociados a los desplazamientos, haciendo que los pacientes enfrenten un doble desafío: el económico y el logístico. Un líder comunitario describió esta situación como *“un viaje interminable que termina agotando física, emocional y económicamente a las familias”*.

En el Cauca, las condiciones de seguridad agravan aún más esta problemática. Las comunidades en zonas de conflicto enfrentan restricciones para recibir atención médica debido a la inseguridad, lo que limita la presencia de brigadas médicas y dificulta los desplazamientos hacia centros de atención. En este contexto, un participante expresó: *“No es solo la distancia, es también el miedo constante a no llegar por la situación del orden público”*.

Por su parte, en el Meta, aunque las vías de acceso son más desarrolladas en comparación con los otros dos departamentos, las largas distancias entre las zonas rurales y los centros urbanos siguen representando una barrera significativa. Los costos asociados al transporte y el tiempo invertido en los desplazamientos desmotivan a las familias, especialmente cuando no cuentan con redes de apoyo sólidas. Un profesional señaló: *“Muchas veces, las personas prefieren quedarse en casa porque no tienen cómo pagar el transporte o el alojamiento en la ciudad”*.

Otro aspecto fundamental como lo mencionó una paciente entrevistada: *“que disminuya los tiempos, es inaudito que debe estar solicitando todo el tiempo autorización de citas y procedimientos cuando ya el personal médico sabe mi diagnóstico”*.

2.11 CALIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad y la integralidad en la prestación de servicios de salud son preocupaciones recurrentes en los tres departamentos. En el Vaupés, los centros de atención primaria carecen de recursos adecuados, tanto en términos de infraestructura como de personal especializado. Los diagnósticos tardíos y los tratamientos incompletos son una constante, lo que incrementa la carga de enfermedades prevenibles o tratables. Un médico local enfatizó: *“Estamos trabajando con lo mínimo, pero cuando se trata de enfermedades complejas, no podemos hacer mucho más que referir al paciente”*.

En el Cauca, la falta de insumos médicos y equipos de diagnóstico en los hospitales municipales limita la capacidad de respuesta ante emergencias y enfermedades crónicas. *“Cada remisión a otro nivel significa semanas de espera, y para entonces el paciente puede estar en una condición crítica”*, comentó un enfermero jefe. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las capacidades resolutivas de los centros de atención primaria.

En el Meta, aunque algunos municipios cuentan con hospitales mejor equipados, las áreas rurales siguen dependiendo de unidades móviles o brigadas médicas, que no siempre están disponibles. Los pacientes que requieren seguimiento continuo o tratamientos especializados deben trasladarse a ciudades como Villavicencio o Bogotá, lo que representa un costo elevado y una carga emocional significativa para ellos y sus familias.

El proceso de aprobación de tratamientos por parte de las EPS fue señalado como una barrera crítica. Los participantes mencionaron que las autorizaciones para procedimientos, medicamentos o remisiones suelen ser lentas y burocráticas. En algunos casos, estas demoras implican que los pacientes pierdan citas o se vean obligados a esperar semanas, lo que agrava su condición.

Un funcionario de salud expresó: *“Las EPS piden más documentación de la que las familias pueden proporcionar en zonas rurales. Esto retrasa todo el proceso y, a veces, el paciente no puede completar su tratamiento”*. Además, los costos asociados al traslado para entregar estos documentos representan una carga económica adicional.

Así mismo, una representante de una EPS manifestó: *“Se debe revisar las modalidades de contratación. Hay mucha desfinanciación o hay IPS sin liquidez para funcionar”*.

Y como mencionó una paciente entrevistada: *“la información sobre la enfermedad no es para nada clara y lamentablemente se consulta en internet aumentando la desinformación”*.

2.12 PROBLEMAS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Los aspectos económicos son un obstáculo significativo para las familias que enfrentan enfermedades de alto costo. En el Cauca, un participante de los talleres describió cómo su familia tuvo que vender propiedades para costear los tratamientos de un familiar con cáncer: *“Sabíamos que era la única forma de intentar salvarlo, pero nos dejó con deudas y sin recursos para lo básico”*. Este relato ilustra cómo las enfermedades de alto costo no solo impactan la salud de los pacientes, sino también la estabilidad económica de sus familias.

En el Vaupés, las comunidades indígenas enfrentan una vulnerabilidad económica aún mayor debido a la falta de oportunidades laborales y el aislamiento geográfico. Esto se traduce en una dependencia casi total de las instituciones de salud pública, que a menudo no logran cubrir todas las necesidades. Un participante comentó: *“Nuestros ancianos mueren porque no podemos pagar los medicamentos que necesitan”*.

En el Meta, aunque las condiciones económicas son relativamente mejores, las familias de las zonas rurales siguen enfrentando dificultades para costear los gastos de transporte, alimentación y alojamiento asociados con la atención en las ciudades. Un trabajador de una EPS explicó: *“La falta de apoyo económico para estas familias significa que muchos pacientes abandonan sus tratamientos a mitad de camino”*.

La falta de albergues adecuados para pacientes remitidos y sus familiares en las ciudades principales fue un tema recurrente. En departamentos como el Meta y el Cauca, los participantes mencionaron que las familias enfrentan condiciones precarias cuando deben permanecer en la ciudad durante días o semanas para completar tratamientos.

Además, la falta de alimentos y apoyo emocional durante estos períodos afecta no solo a los pacientes, sino también a sus cuidadores, quienes son fundamentales para su recuperación.

Se destacó la necesidad de implementar políticas que garanticen alojamiento digno y apoyo integral para los usuarios en las ciudades, considerando la alta frecuencia de remisiones para tratamientos especializados.

2.13 ROL DE LAS REDES COMUNITARIAS Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las redes comunitarias juegan un papel crucial en la mitigación de las barreras de acceso y la provisión de apoyo a los pacientes. En el Vaupés, las capitanías y los líderes zonales actúan como intermediarios entre las comunidades y las instituciones de salud, asegurándose de que los pacientes reciban la atención que necesitan.

“Sin ellos, estaríamos completamente abandonados”, afirmó un paciente en un taller participativo.

En el Cauca, las asociaciones de usuarios han trabajado para canalizar las preocupaciones de las comunidades hacia las autoridades sanitarias, logrando en algunos casos mejorar las condiciones en hospitales locales. Sin embargo, estas iniciativas suelen depender de la buena voluntad de unos pocos y carecen de un marco institucional que garantice su sostenibilidad.

En el Meta, las redes de apoyo comunitario están más estructuradas, pero también enfrentan limitaciones en términos de recursos. Un participante explicó: *“Estamos haciendo lo mejor que podemos con lo poco que tenemos, pero necesitamos más apoyo del gobierno para seguir adelante”.*

El diagnóstico cualitativo realizado en los departamentos del Meta, Cauca y Vaupés pone de manifiesto las profundas desigualdades y limitaciones del sistema de salud en las zonas rurales dispersas de Colombia. Estas problemáticas requieren soluciones integrales que consideren las particularidades geográficas, culturales y sociales de cada región.

Para lograr un cambio significativo, es necesario:

- 1. Mejorar la infraestructura** y los recursos en los centros de atención primaria.
- 2. Incrementar las capacidades** del talento humano mediante capacitación y la implementación de incentivos para su permanencia en áreas rurales.
- 3. Promover la integración** de enfoques interculturales que respeten y aprovechen las tradiciones locales.
- 4. Reducir las barreras económicas** a través de programas de apoyo financiero y transporte subsidiado.
- 5. Fortalecer las redes comunitarias** y garantizar su participación activa en la planificación y ejecución de políticas de salud.

Este capítulo resalta no solo los desafíos, sino también las oportunidades para transformar el sistema de salud y garantizar que todos los colombianos, independientemente de su ubicación o condición económica, tengan acceso a una atención de calidad. Las voces de las comunidades y los actores locales son un recordatorio de que el cambio es posible cuando se adoptan enfoques inclusivos y centrados en las personas.

CAPÍTULO 3: PROPUESTAS ESTRATÉGICAS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

A partir de los hallazgos presentados en el diagnóstico cualitativo, este capítulo recoge las propuestas estratégicas diseñadas durante los talleres participativos en cada uno de los departamentos estudiados: Meta, Cauca y Vaupés. Estas estrategias se basan en las principales problemáticas identificadas, con el objetivo de construir un modelo de atención primaria en salud que responda a las necesidades específicas de las comunidades rurales dispersas y garantice la equidad en el acceso a servicios de calidad. Cada propuesta fue desarrollada con la participación activa de actores comunitarios, instituciones de salud y líderes locales, asegurando así su pertinencia y viabilidad.

3.1 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS POR DEPARTAMENTO

3.1.1. Departamento del Meta

En el Meta, las propuestas se enfocaron en mejorar el acceso a servicios de salud y fortalecer la calidad e integralidad de la atención, considerando la extensión territorial y la dispersión geográfica de la población rural.

- 1. Fortalecimiento de las Redes de Atención Primaria:** Crear y consolidar una red de atención que integre niveles locales, municipales y departamentales, garantizando la continuidad de los tratamientos para enfermedades de alto costo. Esto incluye la implementación de unidades móviles de salud que brinden atención básica y programas de prevención en las zonas más alejadas.
- 2. Capacitación y Retención de Talento Humano:** Establecer programas de formación continua para el personal de salud en atención primaria, con énfasis en el manejo de enfermedades de alto costo. Además, desarrollar un sistema de incentivos económicos y sociales que motive a los profesionales a trabajar en zonas rurales.
- 3. Implementación de Tecnologías en Salud:** Introducir herramientas de telemedicina para facilitar la consulta con especialistas y mejorar la gestión de datos de los pacientes. Esto permitiría reducir los desplazamientos y agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento.

3.1.2 Departamento del Cauca

Las propuestas del Cauca se centraron en abordar las barreras culturales y geográficas que afectan el acceso a los servicios de salud, integrando un enfoque intercultural en el modelo de atención.

- 1. Atención Intercultural Adaptada:** Diseñar estrategias que respeten y promuevan las prácticas de medicina tradicional, incorporando a los sabedores indígenas en los programas de salud. Esto incluye la creación de guías interculturales para el personal médico.
- 2. Mejora de la Infraestructura Sanitaria:** Priorizar la construcción y adecuación de centros de salud en áreas estratégicas, asegurando que cuenten con los recursos necesarios para atender a la población. Estas instalaciones deben estar equipadas con medicamentos esenciales y tecnologías básicas.
- 3. Promoción de Redes de Apoyo Comunitario:** Fomentar la organización comunitaria para el transporte colectivo de pacientes y la gestión de recursos locales, con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud para las comunidades más alejadas.

3.1.3 Departamento del Vaupés

En el Vaupés, las estrategias se enfocaron en superar las barreras logísticas y en fortalecer las capacidades locales para la atención en salud.

- 1. Descentralización de los Servicios de Salud:** Establecer centros de atención primaria en puntos clave del territorio, con personal capacitado y permanente, que garantice la atención básica y la referencia oportuna de pacientes a niveles superiores.
- 2. Red de Transporte Aéreo y Fluvial:** Diseñar un sistema de transporte sanitario que permita trasladar a los pacientes en estado crítico a centros de mayor complejidad. Esto debe incluir acuerdos interinstitucionales para el uso de recursos logísticos existentes en otros sectores.
- 3. Programas de Capacitación Comunitaria:** Formar promotores de salud locales que puedan atender emergencias y realizar actividades de promoción y prevención en sus comunidades. Esto fortalecerá las capacidades locales y reducirá la dependencia de recursos externos.

3.2 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

A partir de las propuestas específicas de cada departamento, se identificaron estrategias transversales que pueden ser adaptadas a las particularidades de cada territorio:

- 1. Financiamiento Sostenible:** Crear mecanismos de financiamiento que incluyan aportes del gobierno nacional, departamental y municipal, así como la participación de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.
- 2. Sistemas de Información y Monitoreo:** Implementar plataformas digitales para el registro y seguimiento de pacientes, asegurando que los datos sean accesibles y útiles para la toma de decisiones en salud.
- 3. Participación Comunitaria Activa:** Promover la inclusión de las comunidades en el diseño y evaluación de los programas de salud, garantizando que las estrategias respondan a sus necesidades y expectativas.
- 4. Educación en Salud:** Desarrollar campañas educativas dirigidas a las comunidades rurales para fomentar la prevención de enfermedades y el uso adecuado de los servicios de salud.

3.3 PROPUESTAS DESDE LAS COMUNIDADES

Los participantes de los talleres y entrevistas no solo identificaron problemas, sino que también ofrecieron soluciones concretas basadas en sus experiencias. En el Meta, se sugirió la creación de un sistema de transporte subsidiado para pacientes con enfermedades de alto costo, que garantice el acceso oportuno a los servicios de salud. En el Cauca, se propuso fortalecer las capacidades de las brigadas médicas, equipándolas con tecnología portátil para diagnósticos rápidos en el terreno. En el Vaupés, las comunidades enfatizaron la necesidad de implementar un modelo intercultural de salud que combine el conocimiento ancestral con la medicina occidental.

Una persona indígena del Vaupés resumió la aspiración colectiva de las comunidades: *“No pedimos milagros, solo queremos un sistema de salud que entienda nuestras realidades y nos trate con dignidad.”* Este llamado a la acción refleja la urgencia de transformar las políticas y prácticas de salud en las zonas rurales dispersas.

El diagnóstico cualitativo expone un sistema de salud fragmentado e insuficiente, pero también visibiliza la resiliencia de las comunidades rurales y su capacidad para proponer soluciones adaptadas a sus contextos. Integrar estas voces en el diseño de políticas públicas no es solo una cuestión de justicia, sino una estrategia efectiva para garantizar que las intervenciones sean pertinentes y sostenibles.

Para avanzar hacia un modelo de atención integral, es fundamental priorizar:

- 1. Inversiones en Infraestructura y Tecnología:** Mejorar las condiciones físicas y tecnológicas de los centros de salud en zonas rurales.
- 2. Fortalecimiento del Talento Humano:** Asegurar la presencia de personal capacitado, incentivando su permanencia en comunidades remotas.
- 3. Enfoques Interculturales y Comunitarios:** Respetar y aprovechar las prácticas locales en la prestación de servicios.
- 4. Reducción de Barreras Económicas:** Implementar programas de apoyo financiero para pacientes y familias.
- 5. Coordinación Interinstitucional:** Promover la colaboración entre sectores y niveles del sistema de salud.

Al adoptar estas estrategias, es posible construir un sistema de salud más inclusivo y eficiente, capaz de responder a las complejidades de las enfermedades de alto costo en contextos rurales.

ANEXO:

Se anexan fotografías de los talleres participativos realizados en los tres departamentos:







Diagnóstico situacional sobre Enfermedades de Alto Costo (EAC) en población rural dispersa en Colombia









Universidad de
los Andes

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo



**Investigación
y Consultoría**