



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,  
Volumen 9, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6)

# **DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCIÓN Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO: UN ANÁLISIS MIXTO**

## **INEQUALITY IN THE DISTRIBUTION AND ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICES IN THE QUINDÍO DEPARTMENT: A MIXED-METHODS ANALYSIS**

**Diana Alejandra Escobar Noreña<sup>1</sup>**  
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

**Yer Orlando Monsalve Ospina**  
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i6.21402](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.21402)

## Desigualdad en la Distribución y Accesibilidad a los Servicios de Salud en el Departamento del Quindío: Un Análisis Mixto

**Diana Alejandra Escobar Noreña<sup>1</sup>**[diana.escobar-n@uniminuto.edu.co](mailto:diana.escobar-n@uniminuto.edu.co)<https://orcid.org/0009-0009-9855-2711>Corporación Universitaria Minuto de Dios  
Colombia**Yer Orlando Monsalve Ospina<sup>2</sup>**[yer.monsalve@uniminuto.edu](mailto:yer.monsalve@uniminuto.edu)<https://orcid.org/0000-0001-5411-2444>Corporación Universitaria Minuto de Dios  
Colombia

### RESUMEN

El presente estudio analiza las desigualdades en la distribución, accesibilidad y calidad de los servicios de salud en el departamento del Quindío, Colombia, a partir de un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). Se desarrolló un diseño descriptivo y transversal con una muestra de 277 participantes, seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional entre zonas urbanas y rurales, considerando los niveles de complejidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los resultados evidencian una fuerte centralización de la oferta de servicios de alta complejidad en la capital, Armenia, que concentra el 87,6 % de la infraestructura y las únicas cuatro IPS de Nivel III. Esta situación genera inequidades geográficas y prolonga los tiempos de espera para los usuarios de municipios periféricos. Asimismo, la satisfacción de los pacientes se encuentra polarizada, con una tendencia negativa en los servicios de hospitalización y cirugía. El estudio concluye que la desigualdad en la distribución de las IPS y la insuficiente capacidad instalada constituyen barreras estructurales para la equidad en salud, sugiriendo la necesidad de políticas públicas orientadas a la descentralización de la oferta y el fortalecimiento de la atención integral en los municipios rurales.

**Palabras clave:** acceso a la salud, equidad, calidad de servicios, distribución geográfica, salud pública

---

<sup>1</sup> Autor principal

<sup>2</sup> Correspondencia: [yer.monsalve@uniminuto.edu](mailto:yer.monsalve@uniminuto.edu)

# Inequality in the Distribution and Accessibility of Health Services in the Quindío Department: A Mixed-Methods Analysis

## ABSTRACT

This study analyzes the inequalities in the distribution, accessibility, and quality of health services in the Quindío department, Colombia, using a mixed approach (quantitative and qualitative). A descriptive, cross-sectional design was developed with a sample of 277 participants, selected through proportional stratified sampling between urban and rural areas, considering the complexity levels of Health Service Providers (IPS). The results show a strong centralization of high-complexity services in the capital, Armenia, which concentrates 87.6% of the infrastructure and the only four Level III IPS. This situation creates geographic inequities and increases waiting times for users in peripheral municipalities. Furthermore, patient satisfaction is polarized, with a negative trend in hospitalization and surgery services. The study concludes that the inequality in the distribution of IPS and insufficient installed capacity represent structural barriers to health equity, suggesting the need for public policies aimed at decentralizing the service offer and strengthening integrated care in rural municipalities.

**Keywords:** health access, equity, service quality, geographic distribution, public health

*Artículo recibido 20 octubre 2025*

*Aceptado para publicación: 15 noviembre 2025*



## INTRODUCCIÓN

La equidad en el acceso a los servicios de salud es un principio fundamental en la construcción de sistemas sanitarios eficaces y justos, especialmente en contextos como el de Colombia, donde las desigualdades territoriales y socioeconómicas siguen siendo un reto central. En el caso del Quindío, uno de los departamentos más pequeños del país, la concentración de la infraestructura sanitaria en su capital, Armenia, ha generado una distribución desigual de los servicios de salud que afecta directamente la calidad de la atención en los municipios periféricos. Esta problemática se ha documentado ampliamente en diversos estudios nacionales, que han evidenciado cómo las barreras geográficas, sociales e institucionales siguen siendo obstáculos significativos para garantizar el derecho a la salud de manera equitativa (Beltrán et al., 2020; Riaño, 2021).

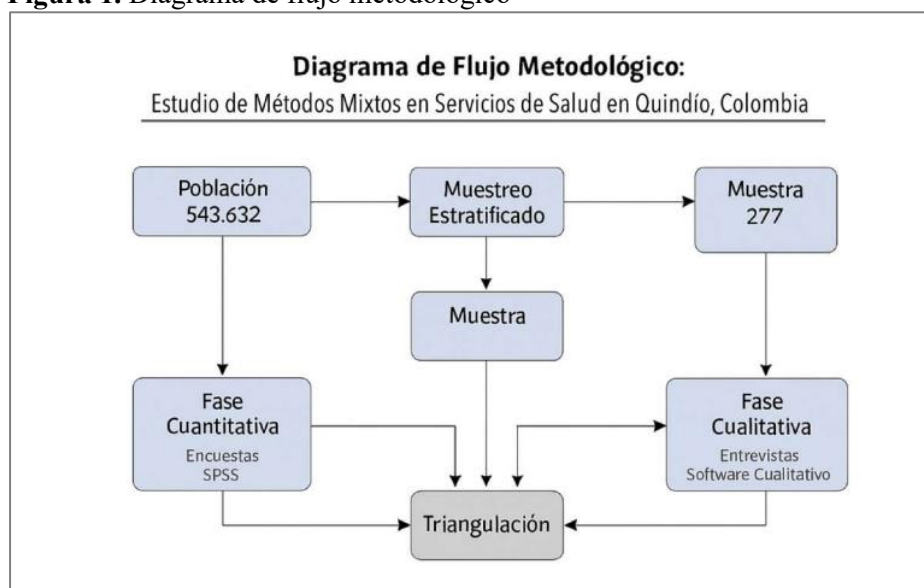
El acceso a los servicios de salud, por tanto, no depende únicamente de la disponibilidad de infraestructura, sino de factores clave como la capacidad instalada, la distribución del talento humano, la eficiencia de la gestión institucional y los determinantes sociales que afectan a las comunidades (Andersen, 1974; Guagliardo, 2004). En el Quindío, la concentración de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de alta complejidad en áreas urbanas, como Armenia, refleja una inequidad estructural que profundiza la disparidad entre las zonas urbanas y rurales. Esta concentración no solo genera barreras geográficas, sino también sociales y económicas, que limitan el acceso real a la atención médica en muchos municipios y corregimientos, en particular en las áreas rurales (Barona, 2021; Caicedo et al., 2021).

El presente estudio busca caracterizar y analizar la distribución, accesibilidad y calidad de los servicios de salud en el Quindío, con el objetivo de identificar las barreras que enfrentan los usuarios para acceder a una atención adecuada y oportuna. Para ello, se emplea un enfoque mixto que combina métodos cuantitativos y cualitativos, lo que permitirá no solo medir de manera objetiva la distribución de las IPS y la capacidad instalada, sino también explorar las percepciones y experiencias de los actores involucrados en el sistema de salud. Este enfoque integral busca aportar evidencia relevante para la mejora de la gestión sanitaria en la región, orientada a garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud, tanto en zonas urbanas como rurales, y a fortalecer un sistema de salud más inclusivo, eficiente y centrado en el paciente.



## METODOLOGÍA

**Figura 1.** Diagrama de flujo metodológico



Fuente. Elaboración propia.

### Enfoque de Investigación

Este estudio utiliza un enfoque mixto, combinando elementos cuantitativos y cualitativos con el objetivo de proporcionar una visión integral sobre los servicios de salud en el departamento del Quindío. El enfoque cuantitativo permite analizar de manera objetiva la distribución de los servicios y los tiempos de espera, mientras que el enfoque cualitativo facilita la comprensión profunda de las percepciones y experiencias de los pacientes con respecto a la calidad de la atención.

### Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptivo y explicativo. El carácter descriptivo se utiliza para caracterizar las condiciones actuales de los servicios de salud en el Quindío, incluyendo la distribución geográfica de los servicios, el nivel de satisfacción de los pacientes, las demoras en la atención, y las características de la población. El enfoque explicativo se emplea para identificar las relaciones causales entre las variables de la oferta de servicios de salud y la experiencia de los usuarios, como la demora en la atención y la satisfacción del paciente.

### Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es mixto y transversal, ya que los datos se recopilieron en un solo momento del tiempo (corte transversal), permitiendo analizar la situación en el presente sin seguimiento a largo

plazo. El componente cuantitativo incluye encuestas estructuradas que proporcionan una visión global de los patrones de acceso y satisfacción, mientras que el componente cualitativo se centra en entrevistas y análisis documentales para profundizar en la comprensión de las barreras de acceso y las experiencias de los usuarios.

### **Población de Estudio**

La población de estudio está conformada por los habitantes del departamento del Quindío, con especial énfasis en aquellos que han utilizado los servicios de salud en los últimos 12 meses. Dado que la población es considerablemente grande (543,532 habitantes en total), se seleccionó una muestra representativa que permite extrapolar los resultados a la población general. Se incluyeron tanto zonas urbanas como rurales, con un énfasis particular en los municipios con menor acceso a servicios de alta calidad.

### **Muestra**

La muestra total de participantes en la encuesta fue de 277 personas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que se seleccionaron los participantes según su disponibilidad y disposición para responder la encuesta. Sin embargo, se procuró que la muestra fuera representativa de las diferentes zonas del departamento, incluyendo tanto municipios con alta concentración de población como aquellos más rurales y menos atendidos.

### **Técnicas de Recolección de Datos**

Para el componente cuantitativo, se utilizó una encuesta estructurada como principal técnica de recolección de datos. La encuesta incluyó preguntas cerradas sobre:

- Datos demográficos (edad, género, ubicación, régimen de aseguramiento)
- Acceso a los servicios de salud (tipo de servicios utilizados, tiempos de espera, frecuencia de uso)
- Satisfacción del paciente (percepción de calidad, demoras, barreras de acceso).
- La encuesta se distribuyó de manera presencial y en línea, asegurando un alcance amplio entre la población rural y urbana.

Para el componente cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, como personal de salud y pacientes con experiencia significativa en el sistema sanitario local.

Estas entrevistas permitieron explorar en mayor profundidad los factores que afectan la calidad de los servicios y las percepciones de los pacientes sobre los mismos.

### **Instrumentos de Recolección de Datos**

- Encuesta estructurada: diseñada para recopilar datos numéricos sobre tiempos de espera, satisfacción y características demográficas.
- Guía de entrevista semiestructurada: utilizada en las entrevistas cualitativas, para explorar las experiencias personales y los desafíos en el acceso y calidad de los servicios de salud.
- Bitácora de campo: utilizada durante la observación directa y entrevistas para registrar notas cualitativas adicionales.

### **Consideraciones Éticas**

Se adoptaron estrictas medidas éticas para garantizar el respeto por la privacidad y la confidencialidad de los participantes. Todos los participantes dieron su consentimiento informado de manera voluntaria antes de participar en la encuesta o en las entrevistas. Se explicó claramente que su participación no afectaría su acceso a los servicios de salud y que sus respuestas serían utilizadas exclusivamente para fines de investigación académica.

Se manejaron los datos recolectados con el más alto nivel de confidencialidad y se aseguró que la información personal no sería divulgada bajo ninguna circunstancia. Además, se procuró que los participantes tuvieran libertad para retirarse de la investigación en cualquier momento sin consecuencias.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

**Criterios de Inclusión:** Población mayor de 18 años, residente en el departamento del Quindío, que haya utilizado los servicios de salud en los últimos 12 meses.

**Criterios de Exclusión:** Personas que no hayan utilizado los servicios de salud en el último año o que no deseen participar en el estudio.

### **Limitaciones del Estudio**

Aunque se utilizó un enfoque mixto y un diseño transversal robusto, el estudio tiene algunas limitaciones. El muestreo no probabilístico limita la capacidad de generalizar los resultados a toda la población del departamento.



Además, el sesgo de autoselección en la participación (dado que los participantes fueron principalmente quienes se ofrecieron a participar) podría haber influido en la representatividad de la muestra. En el componente cualitativo, la subjetividad inherente al análisis de entrevistas también representa una limitación, aunque se tomaron medidas para garantizar la coherencia y validez de las conclusiones.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Estructura de la Oferta de Servicios de Salud:

Los hallazgos iniciales destacan una notable concentración geográfica de los servicios de salud, especialmente en la ciudad de Armenia, que alberga el 53% de la población del departamento de Quindío y concentra la mayor parte de los servicios sanitarios certificados. En contraposición, los municipios fuera de Armenia, como Circasia, Salento, o La Tebaida, carecen de certificaciones de calidad en sus Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que genera desigualdad en la cobertura sanitaria.

**Tabla 1:** Relación de municipios en función de la certificación en salud.

Zona	Municipio	Certificación en salud	Población total	Porcentaje
Centro	Armenia	Certificado	295,193	53%
Norte	Circasia	No certificado	29,642	5%
Norte	Filandia	No certificado	13,357	2%
Occidente	La Tebaida	No certificado	41,188	7%
Sur Cordillera	Buenavista	No certificado	2,859	1%
Sur Cordillera	Calarcá	Certificado	77,201	14%

Nota. Documento de red del Quindío 2024.

Este hallazgo refleja una clara centralización de los servicios de alta complejidad en Armenia y Calarcá, generando una brecha significativa en el acceso a atención de calidad para la mayoría de la población rural del departamento.

### Cobertura y Brechas en el Sistema de Aseguramiento:

La distribución de las aseguradoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) también resalta una concentración en unas pocas entidades. En el régimen subsidiado, Asmet Salud cubre al 40% de los afiliados, y en el régimen contributivo, SURA se erige como la aseguradora principal, abarcando al 28% de la población afiliada.



Este sesgo en la distribución de la cobertura sanitaria, concentrada principalmente en unas pocas aseguradoras, representa un desafío importante para asegurar la equidad en el acceso, especialmente en municipios fuera de los centros urbanos.

### **Barreras de Acceso a los Servicios de Salud:**

Los datos revelan que la mayoría de los usuarios (69.4%) experimenta tiempos de espera de entre 30 minutos y 2 horas, lo que evidencia una deficiencia significativa en la oportunidad de atención. Además, la distancia geográfica sigue siendo una barrera clave para el acceso a los servicios, con 86 personas reportando traslados de entre 6 y más de 20 km para recibir atención médica.

**Tabla 2:** Demora en la atención.

<b>Demora en la atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 30 minutos	54	19.5%
1 - 2 horas	114	41.2%
2 - 4 horas	13	4.7%
Más de 4 horas	18	6.5%
30 minutos - 1 hora	78	28.2%
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>100%</b>

Nota. Elaboración propia

El tiempo de espera y la necesidad de realizar desplazamientos largos son reflejo de una infraestructura insuficiente en términos de cobertura geográfica y capacidad instalada, particularmente en municipios rurales.

### **Satisfacción del Paciente:**

El análisis de la satisfacción del paciente muestra una polarización en la experiencia de los usuarios. Mientras que un 34.3% se declaró "muy satisfecho" con los servicios recibidos, un 18.1% se mostró "muy insatisfecho". Los servicios más especializados, como hospitalización y cirugía, presentaron los niveles más bajos de satisfacción, lo que podría atribuirse a la saturación de las pocas IPS de alta complejidad disponibles en la región.

**Tabla 3:** Satisfacción del paciente.

Satisfacción del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	95	34.3%
Satisfecho	71	25.6%
Ni satisfecho / ni insatisfecho	17	6.1%
Insatisfecho	44	15.9%
Muy insatisfecho	50	18.1%
Total	277	100%

Nota. Elaboración propia

Este hallazgo refuerza la relación entre la centralización de los servicios de alta complejidad y la insatisfacción en aquellos usuarios que requieren atención en instituciones de mayor nivel.

### Determinantes de la Calidad y la Oportunidad:

Los análisis inferenciales de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ) y ANOVA confirmaron que tanto la ubicación geográfica como el tipo de servicio están fuertemente asociados con las demoras en la atención y la satisfacción del paciente. La prueba de Chi-Cuadrado mostró una relación significativa entre la zona de residencia (urbana/rural) y el tipo de institución de salud, con la mayoría de las IPS de mayor complejidad concentradas en áreas urbanas.

**Tabla 4:** Chi-cuadrado institución-zona.

Prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	56.595	4	0.000
Razón de verosimilitud	60.608	4	0.000

Nota. Elaboración propia

Este resultado destaca la desconexión entre las áreas rurales y las infraestructuras de alta calidad en salud, lo que contribuye a la inequidad en el acceso a servicios especializados.

### Discusión del Impacto

#### Impacto en la Teoría y Modelos de Atención en Salud

Los resultados de este estudio refuerzan teorías previas sobre la concentración de los servicios de salud en áreas urbanas y la descentralización sanitaria como un mecanismo para mejorar el acceso a la atención en zonas rurales. Al confirmar que los municipios más alejados de Armenia y Calarcá carecen de la infraestructura adecuada y sufren de un acceso limitado, se confirma la teoría de la desigualdad territorial en salud. Esta disparidad en la cobertura de los servicios de salud, evidenciada por la falta de

certificación de calidad en los municipios rurales, pone de manifiesto una brecha significativa que impacta directamente la eficiencia del sistema de salud en su conjunto.

Por otro lado, los hallazgos sobre la saturación de los servicios en las zonas urbanas también respaldan la hipótesis de que la centralización de servicios puede tener efectos negativos sobre la calidad de la atención. El alto número de pacientes que enfrentan tiempos de espera largos, la insatisfacción con los servicios de alta complejidad y la sobrecarga de las pocas instituciones de salud de alta especialización sugieren que el modelo centralizado no puede ofrecer una atención de calidad de manera constante, particularmente cuando se enfrenta a una demanda creciente.

### **Impacto en la Políticas Públicas de Salud**

El impacto más evidente de estos hallazgos es la necesidad de reformas en la planificación territorial de los servicios de salud. La concentración de servicios de salud en pocos puntos del territorio debe ser revisada, proponiendo un modelo más descentralizado que permita la creación de infraestructura de calidad en áreas rurales y urbanas periféricas. Los resultados sugieren que la descentralización de los servicios sanitarios no solo es una opción viable, sino también urgente. Las políticas públicas deberían promover la creación de redes interinstitucionales de salud que conecten a las instituciones de menor complejidad en áreas rurales con hospitales de alta complejidad en zonas urbanas, mediante sistemas de referencia y contrarreferencia más eficientes.

Además, es evidente que la integración de aseguradoras en un número más amplio de entidades no solo mejoraría la cobertura, sino que también podría contribuir a diversificar los riesgos y asegurar una mayor competitividad, evitando la concentración excesiva de beneficiarios en unas pocas aseguradoras. Esta medida puede contribuir a una mejor distribución de recursos y una optimización de la calidad a nivel departamental.

### **Impacto en la Práctica Profesional de los Proveedores de Salud**

Desde la perspectiva de la **gestión sanitaria**, los resultados sugieren que los proveedores de salud en el Quindío deberían adaptar sus modelos operativos para poder gestionar de forma más eficiente los recursos y garantizar tiempos de espera más reducidos. La formación de recursos humanos es otro aspecto relevante. Los médicos, enfermeros y gestores de salud necesitan ser capacitados para manejar

de manera adecuada tanto el volumen de pacientes como las complejidades inherentes a un sistema de salud saturado y fragmentado.

La insatisfacción de los usuarios con servicios de hospitalización y cirugía indica que los proveedores deben revisar los procesos de calidad y optimizar el tiempo de atención en estas áreas críticas. Además, la falta de IPS certificadas fuera de las áreas urbanas refuerza la necesidad de fortalecer la gestión de la calidad en todas las instituciones, implementando sistemas de control más rigurosos y procesos de mejora continua.

### **Impacto Social y Económico**

Los hallazgos relacionados con la distancia geográfica y los desplazamientos largos para acceder a los servicios de salud tienen una implicación directa sobre los costos sociales. En particular, las familias de zonas rurales incurren en gastos adicionales para llegar a los centros de salud urbanos, lo que pone en evidencia una desigualdad en el acceso que puede tener efectos a largo plazo en el bienestar de la población. Los costos indirectos derivados de los traslados y el tiempo perdido también afectan la economía local, ya que los individuos pueden verse obligados a reducir sus actividades laborales y, en consecuencia, su productividad.

### **Impacto en la Satisfacción del Usuario y la Equidad**

Uno de los puntos más críticos en términos de impacto es la satisfacción del usuario. Los altos niveles de insatisfacción, especialmente con los servicios de hospitalización y cirugía, tienen un impacto directo en la confianza que los ciudadanos depositan en el sistema de salud. Este malestar puede traducirse en una pérdida de legitimidad para las políticas de salud públicas y privadas, lo que a su vez afecta la adherencia a los tratamientos y la participación en programas de prevención. A su vez, la insatisfacción podría derivar en una tendencia a abandonar el sistema de salud formal, con la consiguiente aparición de prácticas de salud alternativas que no siempre ofrecen garantías de eficacia.

En cuanto a la equidad, la centralización de los servicios y la concentración de aseguradoras han agravado las disparidades en el acceso y la calidad de la atención sanitaria. Las políticas públicas deben estar alineadas con un enfoque de equidad en salud, que busque corregir las asimetrías y ofrezca soluciones adaptadas a las realidades territoriales y socioeconómicas de las poblaciones rurales y urbanas periféricas. La implementación de servicios móviles de salud o el fortalecimiento de la atención



primaria en salud podría ser una solución inmediata para garantizar el acceso de los sectores más vulnerables.

### **Impacto en la Investigación Futura y Recomendaciones**

Este estudio abre un abanico de posibilidades para futuras investigaciones en áreas como la gestión sanitaria, la tecnología de la información en salud y el desarrollo de políticas públicas. Se recomienda la evaluación de modelos de atención descentralizada en otras regiones similares, así como el análisis de la relación entre la cobertura de seguros y la calidad de atención en áreas rurales. Adicionalmente, se sugiere investigar la efectividad de tecnologías de telemedicina para reducir las barreras geográficas y mejorar la satisfacción del paciente.

Las futuras investigaciones también deben considerar el impacto de las políticas de integración de aseguradoras sobre la equidad en la cobertura y la calidad de los servicios. El estudio también invita a profundizar en la evaluación de la eficiencia de los sistemas de referencia y contrarreferencia, especialmente en regiones rurales.

### **CONCLUSIONES**

A partir de los resultados obtenidos en este estudio sobre la distribución de los servicios de salud en el Quindío, se pueden formular varias conclusiones clave que permiten entender la problemática de la inequidad en el acceso a la atención médica, así como las implicaciones de esta desigual distribución sobre la calidad percibida de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

#### **Desigualdad en la distribución de los servicios de salud**

El estudio confirma una marcada centralización de los servicios de salud de alta complejidad (Niveles III y IV) en la ciudad de Armenia, lo cual genera una disparidad significativa en la cobertura de atención entre la capital y los municipios periféricos del Quindío. Esta concentración resulta en barreras geográficas para la población rural, que enfrenta dificultades tanto en términos de accesibilidad como de tiempos de espera. Los datos obtenidos evidencian que la distribución espacial de las IPS no responde a las necesidades de la población en su totalidad, lo que lleva a una concentración de recursos en zonas urbanas mientras se desatienden las áreas rurales.



### **Impacto de la centralización en la calidad y oportunidad de la atención**

La centralización de los servicios de salud en los niveles superiores, particularmente en los servicios de hospitalización y cirugía, tiene un impacto directo sobre la calidad percibida de la atención. El análisis de los tiempos de espera y la satisfacción del paciente revela que los usuarios de los municipios periféricos experimentan largas demoras (en muchos casos entre 30 minutos y 2 horas), lo que deteriora la experiencia del paciente y afecta la oportunidad de recibir atención médica oportuna. Este fenómeno no es solo una cuestión de incomodidad, sino que tiene implicaciones serias para la salud de los pacientes, especialmente aquellos que requieren atención urgente o especializada.

### **Relación con la teoría y la literatura existente**

Los hallazgos de este estudio se alinean con las teorías sobre la *macrocefalia sanitaria* y la *distribución espacial de la desigualdad*, tal como lo han descrito autores como Riaño (2021) y Buzai (2007). En este sentido, el modelo de salud del Quindío refleja una tendencia regional y nacional donde la infraestructura y los servicios de salud se concentran en las capitales, perpetuando las desigualdades en el acceso a la atención en las zonas rurales. Este fenómeno, aunque no exclusivo del Quindío, es una manifestación local de un patrón más amplio que afecta a muchas regiones del país, lo que subraya la necesidad de una reforma estructural en el modelo de distribución de servicios.

### **Interacción entre la estructura del servicio y la experiencia del paciente**

Los análisis estadísticos, particularmente el chi-cuadrado y el ANOVA, muestran una correlación significativa entre el tipo de servicio recibido y la demora en la atención. Este resultado valida la hipótesis de que la estructura del sistema de salud (es decir, la distribución de los servicios y la capacidad instalada) afecta directamente la experiencia del paciente. Además, se observó que la satisfacción en los servicios de mayor complejidad (hospitalización y cirugía) era significativamente inferior en comparación con los servicios de menor complejidad, lo que señala la sobrecarga de los pocos centros de alta complejidad disponibles en la región.

### **Indicios no resueltos y áreas para futuras investigaciones**

Aunque este estudio ha proporcionado una visión general clara sobre la distribución desigual de los servicios de salud en el Quindío, existen algunos aspectos que requieren mayor profundización:

**Impacto en la salud de la población rural:** A pesar de identificar las barreras geográficas y la insatisfacción de los usuarios, es necesario realizar investigaciones más profundas sobre cómo esta desigualdad afecta concretamente los indicadores de salud en la población rural. Esto incluye no solo la morbilidad y mortalidad, sino también el acceso a servicios preventivos y la calidad de vida de los habitantes de los municipios periféricos.

**Estrategias de optimización de recursos y descentralización:** El estudio abre la puerta a futuras investigaciones que analicen la viabilidad y eficacia de políticas de descentralización de los servicios de salud, así como estrategias para optimizar la capacidad instalada en los municipios periféricos. La implementación de modelos alternativos de atención, como la telemedicina o la ampliación de la infraestructura hospitalaria en regiones clave, podría mejorar la equidad en el acceso a los servicios.

**Estudio de la relación entre sector público y privado:** Si bien el 91.2% de las IPS en el Quindío son privadas, se desconoce cómo esta concentración de servicios en el sector privado afecta la equidad en el acceso a la atención de los diferentes grupos socioeconómicos. Es necesario analizar el impacto de esta estructura del sistema en la disponibilidad de servicios para los usuarios con menos recursos.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

Los resultados del estudio confirman que la centralización de los servicios de salud en el Quindío, especialmente en las ciudades de Armenia y Calarcá, es el principal factor que perpetúa las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención. La saturación de los pocos servicios especializados en la región ha provocado un deterioro en la calidad percibida, especialmente en servicios de mayor complejidad, como hospitalización y cirugía. Además, las barreras geográficas, los tiempos prolongados de espera y la concentración de aseguradoras en pocas entidades refuerzan la segmentación del acceso a la salud, lo que subraya la necesidad de políticas públicas que fomenten una distribución más equitativa de los servicios sanitarios.

El estudio contribuye a la comprensión de la macrocefalia sanitaria, un fenómeno donde la excesiva concentración de servicios de salud en áreas urbanas genera desigualdades en el acceso y la calidad en zonas rurales. Este hallazgo tiene implicaciones prácticas para la planificación de servicios de salud, sugiriendo una urgente necesidad de descentralización y fortalecimiento de la infraestructura en los municipios rurales del departamento.



## Perspectivas y Prospectivas Teóricas

Este trabajo abre un espacio de discusión sobre los desafíos que enfrentan las regiones con alta concentración poblacional y una infraestructura sanitaria insuficiente. Además, invita a la reflexión sobre la necesidad de un enfoque más integrado que considere tanto la calidad como el acceso equitativo a la atención sanitaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, S. R. (2010). Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Andersen, R. M. (1974). A behavioral model of families' use of health services. Chicago: University of Chicago Press.
- Arrivillaga, Y. B. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. SciELO.
- Atehortúa, F., & Zwerg-Villegas, A. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. AD- minister, (20), 91-111.
- Barona, S. (2021). *Desigualdades territoriales en el acceso a la salud en Colombia*. Revista de Salud Pública, 23(3), 205-218. DOI: 10.17533/udea.rsp.v23n3a02
- Beltrán, J., Gómez, M., & Suárez, L. (2023). *Organización de niveles de atención y barreras en el acceso al sistema de salud colombiano*. Revista Ciencias de la Salud, 21(2), 55–70. DOI: 10.17533/udea.rcs.v21n2a05
- Buzai, G. (2007). Geografía y fenómenos sociales: La distribución espacial de la desigualdad. referencia interna del documento.
- Caicedo, J., et al. (2024). Barreras de acceso a servicios de salud de alta complejidad en Barranquilla. Referencia interna del documento.
- De Souza, M., & Castro, P. (2018). La investigación sobre la enseñanza de lenguas en un contexto fronterizo: análisis del perfil profesional docente. *ALFA: Revista de Lingüística*, 62(2), 345-360.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2015). Human resources for health policies: a critical component in health policies.





Fàbregues, S., et al. (2016). *Técnicas de investigación social y educativa* (pp. 81-111). Editorial UOC.

Fajardo, O., et al. (2015). Acceso a servicios de salud en función de resultados: El caso de México. Referencia interna del documento.

Guagliardo, M. F. (2004). *Spatial accessibility of health services: A review of relevant concepts*. International Journal of Health Geographics, 3(1), 1–13. DOI: 10.1186/1476-072X-3-3

Riaño, M. (2021). *Inequidades en el sistema de salud colombiano: una revisión crítica*. Revista Salud UIS, 53(3), 234–246. DOI: 10.18273/vol53-3.21234

Riaño, M. (2021). *Barreras geográficas y sociales en el acceso a la salud en Colombia: Una mirada desde el departamento del Quindío*. Ciencia y Sociedad, 16(2), 72-84. DOI: 10.18273/cs.v16n2a02

