

**Análisis de contribución del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023**

**“Villavicencio Cambia Contigo” al acceso a servicios médicos en zonas rurales**

Adriana Patricia Gaitán Mosquera

Asesor

Giovanni Ariza Sánchez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas-UNAD

Maestría en Gobierno, políticas públicas y desarrollo territorial

2025

**Nota de Aceptación**

---

Nombre Director de Trabajo de Grado

---

Jurado

---

Jurado

### **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado, a mi señor Jesucristo y al Espíritu Santo, por acompañarme siempre en cada paso de mi vida; a mi Madre Elizabeth Mosquera, por ser columna de oración en nuestra familia, por su amor y apoyo emocional; a mis hijos Alex Santiago y Alex Adrián Niño Gaitán por ser ellos mi más grande motivo de superación personal; y finalmente, pero no menos importante, a Misael Fierro Guayara un faro en mi camino, un regalo lleno de consejos y momentos que atesoro, y que han forjado una visión de vida, esperanza y regocijo.

### **Agradecimientos**

Agradezco a mí misma por ser perseverante, por nunca dejar de soñar, por el esfuerzo académico y económico que invertí en mi maestría y en la realización de esta tesis, porque a pesar de los desafíos que durante este proyecto se me presentaron, mantuve la dedicación, tenacidad y compromiso para concluir esta investigación

### Resumen

El proyecto titulado “Análisis de contribución del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023 “Villavicencio Cambia Contigo” al acceso a servicios médicos en zonas rurales” propone un enfoque cualitativo de tipo explicativa para identificar y abordar los problemas críticos en el acceso a servicios de salud en áreas rurales. Se utiliza el diseño de la investigación es no experimental y transversal. La investigación se llevó a cabo en dos fases, comenzando con una revisión documental y un análisis del contexto; la segunda fase consiste en el trabajo de campo, que incluyó entrevistas estructuradas dirigidas a los habitantes de zonas rurales para evaluar su percepción sobre la calidad y disponibilidad de los servicios médicos. También se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud y funcionarios locales para conocer sus perspectivas sobre las barreras actuales y posibles soluciones.

A pesar de un marco normativo favorable y del Plan de Desarrollo de Villavicencio 2020-2023 que buscó mejorar el acceso a la salud rural integrando aportes ciudadanos, persisten barreras significativas en infraestructura, dotación y acceso efectivo, manteniendo la insatisfacción comunitaria y subrayando la necesidad de estrategias de implementación más concretas para garantizar este derecho.

Como conclusión, aunque el Plan de Desarrollo de Villavicencio 2020-2023 buscó mejorar el acceso a la salud rural basándose en aportes ciudadanos, persisten significativas limitaciones y la insatisfacción comunitaria, evidenciando desafíos en la traducción de las intenciones a un acceso efectivo y equitativo.

***Palabras clave:*** salud, rural, políticas públicas, acceso a servicios.

### **Abstract**

The project entitled “Analysis of the contribution of the Villavicencio Municipal Development Plan 2020-2023 ‘Villavicencio Cambia Contigo’ to access to medical services in rural areas” proposes a qualitative explanatory approach to identify and address critical problems in access to health services in rural areas. The research design used is non-experimental and cross-sectional. The research was conducted in two phases, beginning with a documentary review and context analysis; the second phase consists of fieldwork, which included structured interviews with rural inhabitants to assess their perception of the quality and availability of medical services. Semi-structured interviews were also conducted with health professionals and local officials to learn their perspectives on current barriers and possible solutions.

Despite a favorable regulatory framework and the Villavicencio Development Plan 2020-2023 that sought to improve access to rural health by integrating citizen contributions, significant barriers persist in infrastructure, endowment and effective access, maintaining community dissatisfaction and underscoring the need for more concrete implementation strategies to guarantee this right.

In conclusion, although the Villavicencio Development Plan 2020-2023 sought to improve access to rural health based on citizen contributions, significant limitations and community dissatisfaction persist, evidencing challenges in translating intentions into effective and equitable access.

***Keywords:*** health, rural, public policies, access to services.

## Tabla de Contenido

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción .....                                                 | 12 |
| Descripción del Problema .....                                     | 15 |
| Planteamiento del Problema.....                                    | 20 |
| Sistematización del Problema .....                                 | 21 |
| Justificación .....                                                | 22 |
| Objetivos .....                                                    | 25 |
| Objetivo General .....                                             | 25 |
| Objetivos Específicos.....                                         | 25 |
| Marco de Referencia .....                                          | 26 |
| Estado del Arte .....                                              | 26 |
| Marco Teórico o Analítico .....                                    | 28 |
| Ordenamiento Territorial y Salud.....                              | 28 |
| Participación Comunitaria y Empoderamiento.....                    | 29 |
| Unidades Funcionales de Urgencias en Colombia .....                | 29 |
| Objetivos de la Atención de Urgencias .....                        | 30 |
| Congestión en los Servicios de Urgencias.....                      | 30 |
| Barreras de Acceso a los Servicios de Urgencias.....               | 30 |
| Impacto de la Migración en la Atención de Salud.....               | 31 |
| Percepción de la Calidad de Atención.....                          | 32 |
| Red de Prestadores de Salud en el Municipio de Villavicencio ..... | 32 |
| Metodología .....                                                  | 34 |
| Método .....                                                       | 34 |

|                                                                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tipo de estudio .....                                                                                                                                                   | 34  |
| Técnicas de recolección de información .....                                                                                                                            | 36  |
| Población y muestra .....                                                                                                                                               | 38  |
| Resultados .....                                                                                                                                                        | 41  |
| Análisis de políticas públicas en salud rural; avances y limitaciones que garanticen el acceso al<br>servicio de salud en zonas rurales de Villavicencio .....          | 41  |
| Caracterización de las percepciones de los habitantes de las zonas rurales en cuanto a la<br>implementación de estrategias en materia de acceso a la salud .....        | 68  |
| Insumos de participación ciudadana para comunidades rurales en la formulación, seguimiento<br>y evaluación de políticas públicas de salud con enfoque de derechos ..... | 91  |
| Conclusiones .....                                                                                                                                                      | 96  |
| Recomendaciones .....                                                                                                                                                   | 100 |
| Referencias bibliográficas.....                                                                                                                                         | 102 |
| Apéndices.....                                                                                                                                                          | 112 |

**Lista de Tablas**

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Servicios en salud prestados en el año 2020 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio ..... | 56 |
| Tabla 2. Servicios en salud prestados en el año 2021 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio ..... | 58 |
| Tabla 3. Servicios en salud prestados en el año 2022 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio ..... | 61 |
| Tabla 4. Servicios en salud prestados en el año 2023 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio ..... | 63 |
| Tabla 5. Indicadores y metas de resultado del programa Cuidémonos juntos .....                                     | 70 |
| Tabla 6. Categorías temáticas emergentes y códigos asociados .....                                                 | 76 |

### **Lista de Figuras**

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Mapa de palabras de las entrevistas realizadas..... | 68 |
|---------------------------------------------------------------|----|

**Lista de Apéndices**

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apéndice A. Cuestionario de entrevista a la comunidad .....                 | 112 |
| Apéndice B. Cuestionario de entrevista a Funcionarios Públicos .....        | 114 |
| Apéndice C. Cuestionario de entrevista a Funcionarios del Sector Salud..... | 115 |
| Apéndice D. Evidencias.....                                                 | 117 |

## Introducción

En Colombia, las zonas rurales enfrentan desafíos significativos en el acceso a servicios de salud, caracterizados por barreras geográficas, escasez de personal médico y deficiencias en infraestructura. Estas limitaciones han resultado en una mayor incidencia de eventos adversos en salud, como complicaciones médicas prevenibles y muertes por falta de atención oportuna, especialmente en regiones como Chocó, La Guajira y Cauca (Agencia de Noticias UNAL, 2025). La falta de conectividad y la escasa cobertura de servicios básicos como agua potable y alcantarillado agravan aún más estas desigualdades (El Tiempo, 2024).

El Índice de Salud Rural 2024 destaca que solo el 41,1% de los municipios rurales en Colombia tienen acceso a alcantarillado, y en la mitad de estos, la cobertura no supera el 37,3% (Así Vamos en Salud, 2024). Además, el 37,4% de los municipios rurales tienen menos del 1% de cobertura de internet, lo que limita la implementación de soluciones como la telemedicina (Consultor Salud, 2024). Estas condiciones reflejan una brecha significativa en la equidad del sistema de salud colombiano, afectando principalmente a las poblaciones más vulnerables.

Colombia, entre los años 2020 y 2021, enfrentó una de las crisis sanitarias más profundas de su historia reciente a causa de la pandemia por COVID-19, emergencia que evidenció y agravó las desigualdades estructurales del sistema de salud, especialmente en las zonas rurales, donde las deficiencias en infraestructura, personal médico y acceso a servicios se hicieron aún más visibles. Según Cuéllar-Segura (2022), las limitaciones en la capacidad hospitalaria, la escasa conectividad vial y digital, así como la baja cobertura de atención primaria, dificultaron la respuesta oportuna en territorios apartados. En consecuencia, la pandemia no solo generó impactos epidemiológicos, sino también sociales, económicos y políticos, marcando un punto

crítico para la evaluación de las políticas públicas de salud implementadas durante este periodo, como las contempladas en el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio.

En este contexto, el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023, "Villavicencio Cambia Contigo", se propuso mejorar las condiciones de vida en las zonas rurales del municipio. Entre sus iniciativas se destaca la instalación del Consejo Municipal de Desarrollo Rural, un espacio de participación y concertación con líderes de los corregimientos y asociaciones agropecuarias, con el objetivo de trabajar en las líneas del plan enfocadas al desarrollo del campo (Alcaldía de Villavicencio, 2020). Este enfoque busca fortalecer la conectividad entre la administración municipal y las comunidades rurales, promoviendo estrategias de solución a las diferentes necesidades de los corregimientos.

Dado lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo analizar la contribución del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023 "Villavicencio Cambia Contigo" al acceso a servicios médicos en zonas rurales, busca con ello evaluar cómo las estrategias implementadas han influido en la atención en salud y en la reducción de las barreras que históricamente han afectado a estas comunidades, considerando que en la mitad del periodo en estudio se presentó la pandemia por COVID-19.

El presente documento se estructura en una serie de capítulos que permiten abordar de manera ordenada y rigurosa el análisis de la contribución del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020–2023 al acceso a servicios médicos en zonas rurales. La investigación inicia con la Descripción del Problema, seguida del Planteamiento del Problema, la Sistematización del Problema a través de preguntas orientadoras, y la Justificación, donde se expone la relevancia académica, social y política del tema. A continuación, se formulan el Objetivo General y los Objetivos Específicos, que guían el desarrollo de todo el trabajo. El Marco de Referencia se

divide en dos apartados: el Estado del Arte, donde se examinan antecedentes relevantes, y el Marco Teórico o Analítico, que sustenta conceptualmente el estudio.

En el capítulo metodológico se desarrolla el enfoque adoptado, especificando, el Método de investigación (inductivo), el Tipo de estudio (enfoque cualitativo y tipo explicativo), las Técnicas de recolección de información, así como la Población y muestra. Luego, el apartado de Resultados se organiza en tres secciones correspondientes a cada objetivo específico: el análisis documental de las políticas públicas en salud rural; la caracterización de las percepciones comunitarias sobre el acceso a la salud; y los insumos para la participación ciudadana desde un enfoque de derechos. Para finalizar, se presentan las Conclusiones, las Recomendaciones derivadas del estudio, las Referencias bibliográficas utilizadas, y los Apéndices, que contienen material complementario y evidencias documentales que respaldan el proceso investigativo.

### **Descripción del Problema**

Es importante destacar que los mecanismos precisos a través de los cuales una buena o mala gobernanza afecta los objetivos de los sistemas de salud (salud, protección financiera, capacidad de respuesta y mejora de la eficiencia) aún no se comprenden lo suficiente. Según la OMS, el concepto de liderazgo y gobernanza implica garantizar que existan marcos de políticas estratégicas y se combinen con una supervisión efectiva, la formación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas (OMS, 2007; Travis et al., 2001). Este concepto se centra en el papel rector del gobierno en el gobierno y la gestión de la atención sanitaria, y en la coordinación de otros actores que participan en la formulación de políticas sanitarias y su aplicación. Otras definiciones han mirado más allá del papel del gobierno, definiendo la gobernanza como las actividades a través de las cuales una sociedad se organiza para lograr la salud de las poblaciones (Dodgson et al., 2002; Joshi & Moore, 2004). En un sistema de salud gobernado eficazmente, es más probable que los objetivos de política que se establezcan se traduzcan en políticas y actividades que beneficien a la población, incluidos los grupos que de otro modo estarían excluidos; es más probable que las políticas estén bien diseñadas; y los gobiernos están en mejores condiciones de planificarlas, gestionarlas, regularlas e implementarlas (Brinkerhoff et al., 2009).

Aunque los investigadores han prestado mucha atención al impacto de los planes de seguro de salud rural en la cobertura y la utilización de los servicios (You & Kobayashi, 2009; Liang et al., 2012), el papel de la gobernanza, dentro de los planes y del sistema de salud en general, en el diseño y la implementación de estas iniciativas, ha recibido poca atención. Específicamente, los procesos de gobernanza que sustentan la formulación e implementación de los dos planes de seguro de salud, así como las vías a través de las cuales la gobernanza ha

promovido resultados positivos, no se han explorado suficientemente, lo que representa una brecha en el conocimiento, lo que dificulta los esfuerzos por comprender cómo los planes han logrado muchos de sus objetivos y qué características de gobernanza pueden ser necesarias para su implementación.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 constituye la principal política de salud colombiana, estableciendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el objetivo de garantizar el acceso a cada colombiano a algún tipo de aseguramiento médico. El Ministerio de Salud y Protección Social (2023) ha resaltado el importante avance en la afiliación de una gran parte de la población a este sistema, lo cual representa un progreso fundamental para concretar el derecho a la salud, sustentado en leyes como la Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Pese a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (2025) advierte que, si bien la afiliación es un logro notable, no siempre implica que todas las personas, especialmente aquellas que viven en zonas apartadas o son más vulnerables, puedan acceder a los servicios de salud cuando y como lo necesiten. Es más, el 37,3% de los hospitales públicos en Colombia están en riesgo financiero, lo que compromete su capacidad para ofrecer servicios médicos esenciales. Además, la escasez de médicos generales en áreas rurales agrava la situación, dejando a muchas comunidades sin acceso adecuado a atención médica (Consultor Salud, 2024).

A pesar de que se ha logrado una mayor cobertura de aseguramiento, todavía existen barreras que impiden que todos los colombianos tengan las mismas oportunidades para recibir la atención médica adecuada. Estudios del Centro de Estudios Económicos (ANIF, 2021) han puesto de manifiesto importantes diferencias regionales en el acceso efectivo a los servicios de salud, señalando factores como la falta de infraestructura, la distribución desigual del personal de

salud y las limitaciones económicas que aún dificultan la atención para muchos. La Defensoría del Pueblo (2020) también ha registrado las dificultades que enfrentan los ciudadanos para obtener citas con especialistas, conseguir los medicamentos que necesitan y recibir los tratamientos a tiempo. Es más, de acuerdo a Rojas (2022) es fundamental comprender que el verdadero acceso a la salud va más allá de tener un carné de afiliación; implica eliminar todos los impedimentos que evitan que las personas reciban la atención integral indispensable para preservar su bienestar y calidad de vida.

Es de anotar que durante años 2020 y 2021, Colombia enfrentó una de las crisis sanitarias más profundas de su historia reciente debido a la pandemia de COVID-19. Esta emergencia evidenció y agravó las desigualdades estructurales del sistema de salud, especialmente en las zonas rurales, donde las deficiencias en infraestructura, personal médico y acceso a servicios se hicieron aún más visibles. Según Cuéllar-Segura (2022), la pandemia desencadenada por el virus SARS-CoV-2 es una de las crisis sanitarias más graves que ha afectado al mundo actual, y en Colombia se registraron más de 6 millones de casos confirmados y más de 141,000 fallecidos. Estas cifras reflejan no solo la magnitud del desafío sanitario, sino también las limitaciones del sistema de salud colombiano para responder eficazmente a una emergencia de tal envergadura.

La pandemia también puso de manifiesto la fragilidad del sistema de salud colombiano, con hospitales al límite y una grave falta de recursos para los profesionales de la salud. Aunque hubo colaboración público-privada que permitió, por ejemplo, la expansión de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), persistieron problemas como la desigualdad en la distribución de vacunas y la falta de preparación para futuras pandemias (El País, 2025). Estas

deficiencias estructurales resaltan la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud, especialmente en áreas rurales donde la vulnerabilidad es aún mayor.

Además, la pandemia exacerbó las desigualdades sociales existentes, afectando desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el COVID-19 llegó a una región marcada por una matriz de desigualdad social, cuyos ejes estructurantes generan escenarios de exclusión y discriminación múltiple y simultánea, que redundan en una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad (CEPAL & OPS, 2020). Estas desigualdades también se expresan en el ámbito de la salud, tanto en la cobertura, el acceso efectivo y los resultados de los servicios de salud, como en las condiciones basales de salud de las personas y las comunidades. Este contexto resalta la importancia de abordar las inequidades en salud como parte integral de la respuesta a emergencias sanitarias y en la formulación de políticas públicas que promuevan la equidad y el acceso universal a los servicios de salud.

De otro lado, Villavicencio posee un 96% de territorio en áreas rurales, la población rural representa el 7% del total del municipio, equivalente a 31.555 habitantes, aunque existe ausencia de datos actualizados sobre el acceso a la salud en estas áreas, lo que dificulta la formulación de políticas públicas efectivas (Alcaldía de Villavicencio, 2020).

Durante el proceso de empalme de la administración municipal, se identificó que catorce puestos de salud en la zona rural estaban cerrados o con funcionamiento reducido debido a la falta de dotación y personal de seguridad, situación que refleja una deficiente capacidad institucional para garantizar la prestación de servicios de salud en las áreas rurales, afectando la atención oportuna y de calidad para sus habitantes (Studenta, 2020).

El bienestar social, un elemento clave de las políticas públicas, no se alcanza únicamente mediante la satisfacción momentánea de necesidades, sino a través de programas que empoderen a las comunidades y minimicen su dependencia de la asistencia. La situación actual en Villavicencio está profundamente ligada a factores como la pobreza estructural, la baja inversión pública y la falta de un enfoque integral para atender las necesidades de salud de las comunidades rurales. La cobertura del sistema de salud es insuficiente, lo que excluye a sectores vulnerables y contribuye a altas tasas de enfermedades prevenibles y mortalidad por falta de atención oportuna.

En respuesta a estas problemáticas, el Plan de Desarrollo Municipal “Villavicencio Cambia Contigo” ha establecido metas específicas para mejorar la infraestructura sanitaria y ampliar la capacidad de atención en salud. Entre estas metas se incluyen la mejora de cinco centros de salud, la construcción de un Centro de Atención Primaria en Salud y la implementación de servicios de teleorientación para facilitar el acceso a exámenes médicos sin necesidad de desplazamientos (Alcaldía de Villavicencio, 2024a).

La implementación de programas de teleorientación ha permitido atender a cerca de 250 personas con un enfoque preventivo, agilizando el proceso de atención médica y reduciendo los tiempos de espera, servicio que ha sido especialmente beneficioso para la población rural, que enfrenta barreras geográficas y económicas para acceder a servicios de salud (Alcaldía de Villavicencio, 2024b).

Además, se han realizado 96 brigadas de salud que beneficiaron a 2.280 personas en zonas rurales y urbanas, con una inversión de \$57 millones. Estas acciones han contribuido a la ampliación de la cobertura médica y a la prevención de enfermedades, demostrando el

compromiso de la administración municipal con la salud pública (Alcaldía de Villavicencio, 2024c).

No obstante, persisten amplios desafíos, como la falta de datos actualizados sobre el acceso a la salud en la población rural dispersa limita la capacidad de la administración para diseñar e implementar programas efectivos que garanticen una cobertura adecuada, dejando ver la necesidad de fortalecer los sistemas de información y realizar diagnósticos precisos para orientar las políticas públicas en salud rural (Alcaldía de Villavicencio, 2020).

En este contexto, el análisis de la contribución del Plan de Desarrollo Municipal “Villavicencio Cambia Contigo” al acceso a servicios médicos en zonas rurales es importante para identificar los avances logrados, las limitaciones existentes y las oportunidades de mejora en la formulación e implementación de políticas públicas en salud rural.

### **Planteamiento del Problema**

¿Cómo ha contribuido el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023 “Villavicencio Cambia Contigo” al acceso a los servicios médicos en las zonas rurales del municipio?

### **Sistematización del Problema**

La sistematización del problema se desarrolla a partir de los objetivos específicos del estudio, formulando interrogantes que orientan el análisis. En este sentido, se plantea:

- ¿Cuáles son los avances y limitaciones identificados en las políticas públicas en salud rural, a partir del análisis documental, que inciden en el acceso a los servicios médicos en las zonas rurales de Villavicencio?

- ¿Qué percepciones tienen los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio sobre la implementación de estrategias institucionales orientadas a mejorar el acceso a la salud?

- ¿Qué insumos pueden derivarse del análisis comunitario y documental que fortalezcan la participación ciudadana de las comunidades rurales en los procesos de formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en salud con enfoque de derechos?

Estas preguntas permiten abordar el problema desde un enfoque que articula lo institucional, lo comunitario y lo participativo.

### **Justificación**

Cada vez hay más pruebas de que la gobernanza de los sistemas de salud es fundamental para el funcionamiento y el rendimiento general de los sistemas de salud (Siddiqi et al., 2009; Brinkerhoff et al., 2009). La experiencia de varios países sugiere que la gobernanza ha sido un motor de éxito en los países, logrando importantes avances en salud y acceso a la atención en comparación con otros con un nivel de riqueza similar (Balabanova et al., 2013). La gobernanza del sistema de salud está determinada por el marco de gobernanza más amplio del país; Sin embargo, hay indicios de que la gobernanza de los sistemas de salud es un determinante importante e independiente de la eficacia del sistema de salud y de su capacidad para alcanzar sus objetivos (Siddiqi et al., 2009).

Colombia posee desafíos estructurales en salud rural que limitan el bienestar de millones de personas que habitan en zonas apartadas, los cuales incluyen barreras geográficas, ausencia de infraestructura, insuficiente personal médico y baja cobertura de servicios básicos como agua potable o alcantarillado. Según el Índice de Salud Rural 2024, solo el 41,1 % de los municipios rurales cuenta con acceso a alcantarillado, y el 39 % presenta cobertura crítica en agua potable, lo cual repercute negativamente en la salud pública (Así Vamos en Salud, 2024).

En este contexto, el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023, titulado “Villavicencio Cambia Contigo”, asignó el 80% de su presupuesto a los sectores de salud y educación, lo que evidencia la prioridad institucional otorgada al bienestar de la población. La partida presupuestal supone una oportunidad para cerrar brechas sociales históricas y garantizar el derecho a la salud en las zonas rurales del municipio (Alcaldía de Villavicencio, 2023).

Desde una perspectiva de análisis de políticas públicas, es esencial comprender cómo estas asignaciones presupuestales se materializan en acciones concretas que mejoren el acceso

real y efectivo a los servicios de salud. Sin información actualizada sobre cobertura en salud de la población rural dispersa, resulta difícil evaluar la eficacia de los programas ejecutados (Alcaldía de Villavicencio, 2020), lo que demuestra la importancia de investigar si los recursos están siendo empleados con enfoque territorial y con una visión de equidad en el acceso.

Por otro lado, la escasez de talento humano en salud en áreas rurales continúa siendo crítica, ya que, de los 520 municipios evaluados, solo tres cuentan con más de 100 médicos por cada 10.000 habitantes, y 116 municipios apenas tienen un médico disponible, lo que afecta especialmente a departamentos como Meta, Santander y Norte de Santander (Así Vamos en Salud, 2024). Tal situación representa un obstáculo directo para la materialización del derecho a la salud en zonas rurales.

La pertinencia de este estudio radica en su contribución al análisis técnico y estratégico del impacto de la política pública local sobre la población rural, desde un enfoque de desarrollo territorial. La Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial está llamada a generar conocimiento útil para orientar la toma de decisiones basadas en evidencia, promoviendo políticas efectivas que disminuyan desigualdades.

Además, evaluar la implementación del Plan de Desarrollo desde una perspectiva territorial permite fortalecer los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación, elementos claves en la gestión pública moderna. De esta manera, se puede garantizar que los esfuerzos gubernamentales respondan a las realidades y necesidades diferenciadas del territorio rural, promoviendo intervenciones más justas y sostenibles (González & Sánchez, 2021).

Así las cosas, este estudio busca aportar a la mejora de las políticas públicas en salud rural a través del análisis de su implementación local, generando recomendaciones que puedan incidir tanto en la formulación de futuros planes de desarrollo como en el diseño de estrategias

específicas para reducir las brechas territoriales en el acceso a la salud en Villavicencio y otras regiones del país.

Además, este estudio aporta al campo de posgrado en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial al generar insumos metodológicos y conceptuales que fortalecen las competencias de liderazgo, gestión pública y formulación de políticas con enfoque territorial que promueven programas como la Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial de la UNAD, la cual enfatiza la necesidad de diseñar intervenciones efectivas en contextos locales complejos (Universidad Nacional Abierta y a Distancia [UNAD], 2023). Además, el estudio ofrece evidencia sobre la importancia de incorporar la participación ciudadana y la adaptación institucional en la gobernanza rural.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la contribución del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023 “Villavicencio Cambia Contigo” al acceso a servicios médicos en zonas rurales.

### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar un análisis documental de las políticas públicas en salud rural que permita reconocer los avances y limitaciones que garanticen el acceso al servicio de salud en zonas rurales de Villavicencio.
- Caracterizar por medio del análisis comunitario las percepciones de los habitantes de las zonas rurales en cuanto a la implementación de estrategias en materia de acceso a la salud.
- Brindar insumos que la participación ciudadana de las comunidades rurales en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud con enfoque de derechos.

## **Marco de Referencia**

### **Estado del Arte**

En cuanto al marco normativo de las políticas de salud de Villavicencio y el territorio nacional, la Ley 388 de 1997 establece principios que son esenciales para la planificación territorial, incluyendo la necesidad de integrar el desarrollo urbano con el rural y garantizar la participación ciudadana en la toma de decisiones. Este enfoque es crucial para abordar las necesidades de salud de las comunidades, ya que permite que las políticas de salud se alineen con las realidades locales. Según González y López (2020), un enfoque participativo en la formulación de políticas de salud es vital para asegurar que estas respondan efectivamente a las necesidades de la población, especialmente en regiones donde el acceso a servicios médicos es limitado.

El informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2022) destaca que, a pesar de los avances en la cobertura de salud en Colombia, las áreas rurales siguen enfrentando desafíos significativos. La falta de infraestructura adecuada y la escasez de personal médico son problemas recurrentes que afectan la calidad de la atención. La Ley 388, al promover un ordenamiento territorial que considere estas variables, puede contribuir a mejorar la situación sanitaria en estas regiones.

De igual manera, la telemedicina ha emergido como una herramienta clave para mejorar el acceso a servicios de salud en áreas rurales. Martínez et al. (2021) analizan el impacto de la telemedicina en la atención sanitaria, señalando que esta modalidad puede reducir las barreras geográficas y facilitar el acceso a especialistas. En el contexto de Villavicencio, donde las distancias y las condiciones de los caminos complican el traslado a centros de salud, la telemedicina puede ser una solución viable para atender a la población rural.

La implementación de tecnologías de telemedicina debe ser considerada dentro del marco del POT, ya que su éxito depende de una infraestructura adecuada y de la capacitación del personal médico. La Ley 388 de 1997, al establecer un régimen de ordenamiento territorial, puede facilitar la integración de estas tecnologías en la planificación de servicios de salud, asegurando que las comunidades rurales tengan acceso a atención médica oportuna y de calidad.

La participación comunitaria es un elemento central en la Ley 388 de 1997, que promueve la inclusión de las comunidades en la toma de decisiones sobre el uso del territorio. Este enfoque es especialmente relevante en el ámbito de la salud, donde las comunidades deben ser parte activa en la identificación de sus necesidades y en la formulación de soluciones. González y López (2020) enfatizan que la participación activa de la comunidad no solo mejora la efectividad de las políticas de salud, sino que también empodera a los ciudadanos, fomentando un sentido de pertenencia y responsabilidad hacia su bienestar.

La creación de espacios de diálogo y consulta en el marco del POT puede facilitar la identificación de las necesidades específicas de salud de las comunidades rurales. Esto incluye la capacitación de parteras locales y la promoción de prácticas de salud que sean culturalmente relevantes y aceptadas por la población. Al involucrar a la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud, se pueden desarrollar estrategias más efectivas y sostenibles.

La Ley 388 de 1997 proporciona un marco normativo que puede ser fundamental para mejorar el acceso a servicios de salud en Villavicencio y otras regiones rurales de Colombia. Al integrar la planificación territorial con las políticas de salud, se pueden abordar las desigualdades existentes y garantizar que todas las comunidades tengan acceso a atención médica de calidad. La telemedicina y la participación comunitaria son herramientas clave que, si se implementan

adecuadamente, pueden transformar el panorama de la salud en áreas rurales, contribuyendo al bienestar general de la población.

### **Marco Teórico o Analítico**

#### ***Ordenamiento Territorial y Salud***

La Ley 388 de 1997 es un pilar en la planificación territorial en Colombia, ya que establece principios que buscan un desarrollo sostenible y equitativo. Esta ley enfatiza la importancia de la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre el uso del territorio, lo que es crucial para abordar las necesidades de salud de las comunidades. Según González y López (2020), un enfoque participativo en la formulación de políticas de salud permite que estas se adapten a las realidades locales, garantizando que las intervenciones sean efectivas y pertinentes.

El ordenamiento territorial, al considerar las características geográficas y demográficas de las comunidades, puede facilitar la identificación de áreas prioritarias para la inversión en infraestructura sanitaria. Esto es especialmente relevante en Villavicencio, donde las comunidades rurales enfrentan desafíos significativos en el acceso a servicios de salud debido a la falta de infraestructura adecuada y la escasez de personal médico.

#### **Telemedicina como Herramienta de Acceso**

La telemedicina ha surgido como una solución innovadora para mejorar el acceso a servicios de salud en áreas rurales. Martínez et al. (2021) destacan que la telemedicina puede reducir las barreras geográficas y facilitar la atención médica, permitiendo que los pacientes accedan a especialistas sin necesidad de desplazarse largas distancias. Esta modalidad es particularmente útil en contextos donde las condiciones de los caminos son precarias y el transporte es limitado.

La integración de la telemedicina en el marco del POT puede ser una estrategia efectiva para mejorar la atención sanitaria en Villavicencio. Sin embargo, su implementación requiere una infraestructura tecnológica adecuada y la capacitación del personal médico, lo que debe ser considerado en la planificación territorial. La Ley 388 de 1997, al promover un enfoque integral en el ordenamiento del territorio, puede facilitar la incorporación de estas tecnologías en la atención de salud.

### ***Participación Comunitaria y Empoderamiento***

La participación comunitaria es un componente esencial en la Ley 388 de 1997, que busca involucrar a las comunidades en la toma de decisiones sobre el uso del territorio. Este enfoque es fundamental en el ámbito de la salud, ya que permite que las comunidades identifiquen sus propias necesidades y contribuyan a la formulación de soluciones. González y López (2020) argumentan que la participación activa de la comunidad no solo mejora la efectividad de las políticas de salud, sino que también empodera a los ciudadanos, fomentando un sentido de pertenencia y responsabilidad hacia su bienestar.

La creación de espacios de diálogo y consulta en el marco del POT puede facilitar la identificación de las necesidades específicas de salud de las comunidades rurales. Esto incluye la capacitación de parteras locales y la promoción de prácticas de salud que sean culturalmente relevantes y aceptadas por la población. Al involucrar a la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud, se pueden desarrollar estrategias más efectivas y sostenibles.

### ***Unidades Funcionales de Urgencias en Colombia***

Las unidades funcionales de urgencias están diseñadas para proporcionar atención prioritaria e inmediata a los pacientes. En Colombia, esta atención es universal y está garantizada tanto en entidades públicas como privadas, lo que significa que todas las personas tienen derecho

a recibir atención sin importar su tipo de aseguramiento, edad, capacidad de pago o régimen al que estén afiliadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). La atención en estos servicios debe ser continua, disponible los siete días de la semana, y contar con recursos accesibles en cualquier momento del día o de la noche, sin discriminación alguna.

### ***Objetivos de la Atención de Urgencias***

El objetivo principal de la atención de urgencias es estabilizar los signos vitales y corregir alteraciones neurológicas, hemodinámicas o cualquier patología urgente que ponga en riesgo la vida del paciente. Esta atención inicial es crucial para determinar el destino posterior del paciente, ya sea hacia unidades especializadas o el alta, según sus necesidades (González & López, 2020). Sin embargo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) enfrentan desafíos en la administración de los recursos recaudados de los afiliados, lo que a menudo resulta en congestión en los servicios de urgencias y atención primaria.

### ***Congestión en los Servicios de Urgencias***

La falta de una adecuada planificación y la insuficiente capacidad de atención en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) generan congestión en los servicios de urgencias. Las EPS, al contratar con las IPS, a menudo no consideran la capacidad de atención necesaria según el número de afiliados, lo que agrava la situación (Martínez et al., 2021). Es imperativo realizar una mayor inversión en la atención de los afiliados, lo que podría incluir la creación de más IPS o la contratación de más centros de atención, especialmente aquellos de tercer nivel.

### ***Barreras de Acceso a los Servicios de Urgencias***

Existen estudios que analizan la atención en los servicios de urgencias en Colombia, como el realizado en Medellín por Valencia y González (2020), que identificó barreras de acceso

relacionadas con la falta de articulación entre las entidades de primer nivel y las IPS que prestan servicios de urgencias. Esta desconexión resalta la necesidad de crear o mejorar las redes de atención con las entidades hospitalarias que ofrecen atención de urgencias.

El crecimiento de la población, el aumento en la expectativa de vida y la prevalencia de patologías crónicas afectan significativamente los servicios de urgencias. Muchas consultas que no requieren atención urgente podrían ser atendidas en consultas externas o prioritarias, lo que podría aliviar la carga en los servicios de urgencias (González & López, 2020).

#### Cultura del Ahorro y Uso de Servicios de Urgencias

La cultura del ahorro en tiempo y recursos también influye en la forma en que las personas utilizan los servicios de urgencias. Muchos usuarios optan por acudir a estos servicios porque pueden resolver múltiples necesidades en una sola visita, incluyendo consultas, diagnósticos y, si es necesario, derivaciones a consultas especializadas. Esto les permite evitar copagos por cada procedimiento, lo que puede ser un factor determinante en su decisión de buscar atención en urgencias (Martínez et al., 2021).

#### ***Impacto de la Migración en la Atención de Salud***

La migración hacia las capitales ha incrementado la demanda de atención en salud, lo que requiere que se implementen políticas que consideren el aumento de la cobertura en función del número de personas, tanto de la ciudad como de los migrantes (Moreno, 2021). Esto es especialmente relevante en situaciones de desplazamiento forzado, donde la población desplazada tiene percepciones sobre la accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de los servicios de salud.

Un estudio realizado por Moreno (2021) en municipios como Soacha, Cali y Pereira, reveló que el aseguramiento al régimen subsidiado aumentó del 38% al 69.4% después del

desplazamiento. Sin embargo, se identificaron limitaciones en la accesibilidad debido a cobros por servicios de salud (26.7%) y negaciones de servicio por falta de contratos (14.4%). Además, el 75.1% de los usuarios indicaron que sus necesidades de salud no fueron atendidas adecuadamente.

### ***Percepción de la Calidad de Atención***

La percepción de la calidad de atención en los servicios de urgencias también es un aspecto crítico. En un estudio realizado en Risaralda en 2013, se evaluó la percepción de la población sobre la calidad de atención y los servicios de urgencias. Las variables de accesibilidad, ventilación, iluminación, higiene, amabilidad y conocimiento del personal de salud tuvieron un impacto significativo en los resultados. Se encontró que el 70% de los usuarios experimentaron tiempos de espera superiores a 30 minutos, aunque la implementación de un sistema de triage mejoró esta situación (González & López, 2020).

### ***Red de Prestadores de Salud en el Municipio de Villavicencio***

La prestación de servicios de salud en el departamento del Meta, y específicamente en el municipio de Villavicencio, se organiza a través de una red pública y privada que trabaja en conjunto con las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) y la Secretaría Departamental de Salud ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta red de urgencias incluye Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que abarcan niveles de complejidad desde el primero hasta el tercero.

En los municipios del Meta, diferentes a Villavicencio, las IPS de la red pública están bajo la dirección de la Empresa Social del Estado (ESE) Solución Salud, salvo en los casos de los hospitales en Acacías y Granada, que son administrados directamente por los respectivos municipios. Villavicencio, por su parte, cuenta con una variedad de IPS públicas y privadas que ofrecen atención en los niveles 1, 2 y 3, formando una red que incluye ocho centros de salud de

primer nivel. Estos centros están coordinados por la Secretaría de Salud local y se apoyan en instituciones de mayor complejidad, con el Hospital Departamental de Villavicencio como su principal referente.

Sin embargo, la situación actual en Villavicencio es preocupante, ya que se enfrenta a una sobreocupación en todas las IPS que prestan servicios de urgencias. La capacidad de atención disponible es insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Este panorama se agrava con el cierre de la Clínica Ecimed Llanos, que fue cerrada por fallas sanitarias, y la Clínica Martha, que enfrenta serias dificultades financieras y problemas administrativos.

La situación resalta la importancia de un servicio público de salud que sea accesible y eficiente. La necesidad de fortalecer la red de prestadores de salud es evidente, dado que la actual falta de recursos y la inadecuada infraestructura dificultan la atención oportuna y de calidad para los ciudadanos. Es esencial que se implementen políticas que aseguren la sostenibilidad y mejora de la atención sanitaria en Villavicencio, garantizando así el derecho fundamental a la salud para toda la población.

## **Metodología**

### **Método**

El presente estudio se desarrolla bajo el enfoque del método inductivo, el cual parte de la observación de fenómenos particulares para construir interpretaciones generales. Este método se caracteriza por analizar casos concretos —como los testimonios de los habitantes rurales y el contenido de documentos oficiales— con el fin de identificar patrones, tendencias y categorías comunes que permitan comprender de manera integral la situación del acceso a los servicios de salud en las zonas rurales de Villavicencio. Según Hernández-Sampieri et al. (2014), el método inductivo “se basa en estudiar hechos particulares para, a partir de ellos, establecer regularidades que lleven a una generalización” (p. 31), lo cual resulta pertinente para una investigación que busca interpretar percepciones y políticas desde un enfoque situado.

La elección del método inductivo permite, por tanto, acercarse al objeto de estudio de manera exploratoria y comprensiva, sin partir de hipótesis cerradas, sino permitiendo que los datos recogidos —a través del análisis documental y comunitario— orienten las interpretaciones y conclusiones. Esta metodología favorece un análisis flexible y contextualizado de las estrategias implementadas en salud pública a nivel municipal, y contribuye a generar conocimiento útil para la formulación de recomendaciones basadas en la experiencia vivida por las comunidades rurales. Así, el método inductivo no solo permite describir y caracterizar, sino también construir reflexiones que surgen directamente del análisis de la realidad investigada.

### **Tipo de estudio**

El presente estudio se enmarca dentro de un enfoque cualitativo de tipo explicativo, lo cual permite comprender en profundidad las dinámicas, percepciones y condiciones que influyen en el acceso a los servicios médicos en las zonas rurales de Villavicencio. Este tipo de

investigación busca no solo describir fenómenos, sino también explicar las relaciones entre las acciones del Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 y los efectos observados en el ámbito de la salud rural. El enfoque cualitativo es adecuado cuando se pretende interpretar realidades sociales complejas, especialmente desde las voces de los actores involucrados, como las comunidades rurales, el personal médico y los representantes institucionales (Hernández-Sampieri et al., 2014).

La investigación explicativa cualitativa permite explorar las causas y consecuencias de los fenómenos, identificando factores estructurales, políticos y territoriales que afectan la equidad en el acceso a la salud (Hernández-Sampieri et al., 2014). A diferencia de estudios puramente descriptivos, este tipo de estudio se propone ir más allá del “qué” ocurre, para indagar el “por qué” y el “cómo” se presentan ciertas situaciones dentro del contexto rural de Villavicencio, esperando que la comprensión profunda del fenómeno, desde múltiples perspectivas, fortalezca el análisis y la construcción de conclusiones útiles para la formulación de políticas públicas.

En cuanto a su diseño, el estudio es de carácter no experimental, ya que, de acuerdo a Hernández-Sampieri et al. (2014) no se manipulan variables, sino que se analiza la realidad tal como ocurre en su contexto natural. Se observa y examina el comportamiento de las políticas públicas implementadas en el marco del Plan de Desarrollo Municipal, así como las percepciones de los actores sociales, sin intervenir directamente sobre ellas, lo que permite identificar patrones de relación entre la planeación municipal y la vivencia real de la atención médica en los territorios rurales, sin alterar el curso natural de los hechos.

Así mismo, el estudio tiene un diseño transversal, en la medida en que la recolección de la información se realiza en un solo momento del tiempo, lo que permitió capturar una

“fotografía” representativa de las condiciones actuales de acceso a la salud durante el periodo 2020-2023, en el cierre del plan de desarrollo analizado. El diseño transversal es pertinente para identificar problemáticas vigentes, percepciones recientes y resultados inmediatos de las acciones públicas en salud, sin requerir un seguimiento longitudinal (Hernández-Sampieri et al., 2014).

### **Técnicas de recolección de información**

Este estudio empleó dos técnicas principales de recolección de información cualitativa: la observación directa y la entrevista estructurada, cada una respaldada por instrumentos que permiten explorar con profundidad la realidad del acceso a servicios médicos en zonas rurales de Villavicencio. La observación directa se desarrolló a través del uso de un diario de campo, que permitió registrar de forma sistemática y descriptiva aspectos del entorno físico, institucional y social en las comunidades rurales, lo que favorece la comprensión del contexto inmediato, las dinámicas comunitarias y las condiciones reales en las que se desarrollan los servicios de salud. Según Hernández-Sampieri et al. (2014), la observación es útil para captar hechos que “no son expresados verbalmente por los participantes, pero que resultan relevantes para la comprensión del fenómeno” (p. 387). El diario de campo sirvió como complemento interpretativo a las entrevistas, enriqueciendo el análisis con evidencias situadas.

La segunda técnica utilizada fue la entrevista estructurada, aplicada mediante tres instrumentos distintos adaptados a las características de cada grupo de interés: comunidad rural, funcionarios públicos y profesionales del sector salud. La entrevista estructurada, a pesar de contar con una guía rígida de preguntas, permite obtener información cualitativa confiable, ya que ofrece comparabilidad entre respuestas y facilita el análisis temático posterior (Hernández-Sampieri et al., 2014). El primer instrumento (Apéndice A) fue aplicado a los habitantes rurales y

se estructuró en tres secciones: acceso a servicios de salud, calidad de la infraestructura sanitaria y satisfacción del usuario, instrumento que permitió identificar las percepciones, obstáculos y propuestas expresadas por la comunidad frente a la atención en salud durante el periodo 2020-2023.

El segundo instrumento (Apéndice B) fue dirigido a funcionarios públicos vinculados a la gestión de políticas de salud municipal. Este cuestionario se organizó en cuatro secciones: políticas implementadas, medición de impacto, participación comunitaria y expectativas futuras. Permitió conocer desde el nivel institucional los retos operativos, el enfoque de planificación territorial y la visión gubernamental frente a la infraestructura sanitaria rural. Finalmente, el tercer instrumento (Apéndice C) fue diseñado para funcionarios del sector salud, y abordó temáticas como los desafíos operativos, impacto de la infraestructura, recursos necesarios, identificación de necesidades y cambios percibidos en el acceso a los servicios. Estos tres cuestionarios, aunque estructurados, conservaron preguntas abiertas que facilitaron respuestas espontáneas, detalladas y contextualizadas, fortaleciendo la riqueza del análisis.

La aplicación de las entrevistas se realizó en escenarios rurales o institucionales acordados previamente con los participantes, garantizando un ambiente cómodo, respetuoso y ético. Antes de su aplicación, se explicó a cada entrevistado el propósito de la investigación y se obtuvo su consentimiento informado, conforme a los principios de confidencialidad y uso académico de la información. Como lo señala Hernández-Sampieri et al. (2014), en las investigaciones cualitativas es fundamental que “el investigador establezca una relación de confianza con los participantes para lograr una comunicación auténtica y significativa” (p. 411); condiciones que fueron respetadas para asegurar la calidad, pertinencia y legitimidad de los datos recolectados.

Para el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a habitantes rurales, profesionales de la salud y funcionarios públicos, se utilizó el software Atlas.ti, versión 9, el cual permitió una codificación sistemática de las respuestas mediante un proceso de segmentación, categorización y visualización de los datos textuales. El software de interpretación cualitativa facilitó la organización del material empírico y la identificación de categorías emergentes asociadas a los temas centrales del estudio, tales como accesibilidad geográfica, calidad de la atención, infraestructura sanitaria y participación comunitaria. Además, se generó una nube de palabras a partir del conjunto de entrevistas, la cual proporcionó una representación visual de los términos más frecuentes, sirviendo como punto de partida para el análisis interpretativo de los significados atribuidos por los participantes al acceso a los servicios de salud en zonas rurales de Villavicencio.

## **Población y muestra**

### ***Población***

En esta investigación, la población se define como el conjunto total de personas y actores involucrados en la problemática de acceso a servicios de salud en las zonas rurales de Villavicencio. Esto incluye a los habitantes de estas áreas rurales, los profesionales de la salud que trabajan en la región y los representantes de las entidades gubernamentales locales.

### ***Muestra***

La muestra es un subconjunto representativo de esta población, seleccionado para participar directamente en la investigación. En este caso, se utilizará un muestreo estratificado representando un 5% del universo, siendo unas 22 personas, que permitirá dividir la población en subgrupos según criterios como la ubicación geográfica, el nivel de ingresos y la distancia a los centros de salud.

La muestra se caracteriza de la siguiente manera:

- **Funcionarios Públicos (10%):** Este grupo incluye a 3 individuos que trabajan en diversos roles gubernamentales relacionados con la salud y la infraestructura. Sus conocimientos son cruciales, ya que representan los aspectos de planificación e implementación de políticas de salud, así como los desafíos que enfrentan en la provisión de servicios adecuados a las comunidades rurales.

- **Funcionarios del Sector Salud (10%):** Otros 3 participantes provienen de instituciones de salud, como hospitales y clínicas. Este segmento incluye a profesionales de la salud que comprenden las realidades operativas de la prestación de servicios médicos en áreas rurales. Sus perspectivas arrojarán luz sobre la infraestructura de salud existente y las necesidades de la población que atienden.

- **Miembros de la Comunidad en General (30%):** Este grupo más amplio está compuesto por 5 individuos de la comunidad local, asegurando una representación diversa. Incluye una mezcla de edades y antecedentes, lo que proporciona una visión equilibrada de las necesidades de salud y las experiencias al acceder a servicios médicos.

- **Mujeres (5%):** 1 participante de la comunidad son mujeres, cuyas perspectivas son esenciales para comprender los desafíos de salud únicos que enfrentan las residentes en áreas rurales, incluidos temas de salud reproductiva y cuidado familiar.

- **Personas de la Tercera Edad (5%):** 1 participante representa a la población anciana, brindando información sobre las necesidades de atención médica específicas y los desafíos de accesibilidad que enfrentan los adultos mayores en entornos rurales.

- **Hombres (5%):** Por último, 1 participante es hombres de la comunidad, contribuyendo a una representación equilibrada de las perspectivas de género sobre el acceso a la salud y los problemas de infraestructura.

Esta muestra cuidadosamente estructurada tiene como objetivo capturar un amplio espectro de experiencias y perspectivas, contribuyendo en última instancia a una comprensión más profunda de la infraestructura de salud y el acceso a servicios médicos en la zona rural de Villavicencio.

## **Resultados**

### **Análisis de políticas públicas en salud rural; avances y limitaciones que garanticen el acceso al servicio de salud en zonas rurales de Villavicencio**

La Constitución Política de Colombia de 1991 constituye el fundamento principal sobre el cual se construye toda la política pública en salud en el país, al consagrar este derecho como fundamental y de carácter universal. El artículo 49 establece expresamente que "la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" y que el acceso a estos debe garantizarse a todos los habitantes, sin discriminación. Esto implica que el Estado tiene la obligación jurídica de diseñar e implementar políticas públicas eficaces, equitativas y sostenibles para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad, como las zonas rurales (Constitución Política de Colombia, 1991).

Los artículos 365 y 366 complementan este mandato al estipular que los servicios públicos deben estar bajo la regulación, control y vigilancia del Estado, y que su prestación debe orientarse al mejoramiento de la calidad de vida, priorizando el cubrimiento de las necesidades básicas insatisfechas. Esto establece el marco para que las entidades territoriales, como los municipios, desarrollen planes y programas que integren los principios constitucionales en acciones concretas para mejorar el acceso a servicios de salud. En zonas rurales, donde persisten brechas históricas en infraestructura, cobertura médica y condiciones socioeconómicas, estos artículos imponen una obligación reforzada al Estado de intervenir activamente para garantizar la equidad en el acceso (Constitución Política de Colombia, 1991).

En consecuencia, la Constitución no solo reconoce el derecho a la salud, sino que también lo estructura como columna del desarrollo territorial y de la justicia social. De este modo, cualquier plan de desarrollo municipal —como el de Villavicencio 2020–2023— debe

estar alineado con los principios constitucionales, especialmente en lo relativo a cerrar las brechas urbano-rurales en el acceso efectivo a la salud.

A su vez, la Ley 100 de 1993 constituye una piedra angular en la configuración de la política pública en salud en Colombia, al establecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el propósito de garantizar la cobertura universal, la equidad y la eficiencia en la prestación de servicios. Esta norma introdujo el principio de aseguramiento obligatorio y la coexistencia de regímenes contributivo y subsidiado, lo que permitió ampliar significativamente la cobertura, especialmente en poblaciones históricamente excluidas, como las rurales. Desde la óptica del desarrollo territorial, esta legislación facilitó que los entes territoriales asumieran funciones de gestión y articulación en salud, promoviendo una mayor descentralización del sistema (Congreso de la República, 1993).

En el contexto de Villavicencio, la Ley 100 se operacionaliza a través de la Empresa Social del Estado (ESE) municipal, que gestiona una red de 19 centros y puestos de atención, incluyendo zonas rurales donde históricamente el acceso ha sido limitado. El Plan de Desarrollo Municipal 2020–2023 “Villavicencio Cambia Contigo” incorpora metas específicas derivadas del marco normativo de la Ley 100, como la mejora de la infraestructura de cinco centros de salud y la construcción de un nuevo Centro de Atención Primaria en Salud, con enfoque territorial. Estas acciones demuestran cómo la norma se traduce en intervenciones concretas que buscan materializar el derecho a la salud en comunidades con dificultades geográficas y económicas para acceder al sistema (Alcaldía de Villavicencio, 2023).

Por su parte, la Ley 715 de 2001 define con claridad las competencias y responsabilidades de la Nación, los departamentos, distritos y municipios en la administración y financiación del sistema de salud. A través de esta ley, se establece que corresponde a la Nación

la formulación de políticas, la definición de planes, programas y proyectos, mientras que los entes territoriales tienen la responsabilidad de ejecutar estas directrices de acuerdo con las características de su población, lo cual busca garantizar eficiencia en el uso de los recursos y mayor equidad en la prestación de servicios, especialmente en zonas apartadas y con necesidades diferenciadas como las áreas rurales (Congreso de la República, 2001).

En este marco, la Ley 715 ha sido fundamental para municipios como Villavicencio, donde el Plan de Desarrollo 2020-2023 “Villavicencio Cambia Contigo” se alinea con las competencias asignadas por la norma, especialmente en su Eje Estratégico 2 “Villavo Ciudad Social y Equitativa”. A través de este eje, se establecieron acciones concretas orientadas a mejorar el acceso al sistema de salud, como la destinación de recursos para el aseguramiento de la población vulnerable y el fortalecimiento de la red pública de servicios en zonas rurales. Así, el plan local traduce los lineamientos nacionales en intervenciones con enfoque territorial, reconociendo las condiciones sociales, geográficas y culturales del municipio (Alcaldía de Villavicencio, 2020).

Así mismo, la Ley 1438 de 2011 representa un hito importante en la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, al introducir reformas estructurales orientadas a fortalecer la atención primaria en salud (APS) como eje central del modelo de atención. la ley reconoce la salud como un derecho fundamental y establece la estrategia de atención primaria con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la equidad, la universalidad y la calidad del servicio. A través de esta ley, el sistema busca responder de manera más eficaz a las necesidades sanitarias de la población, especialmente en zonas rurales y dispersas, donde históricamente ha existido mayor dificultad de acceso a los servicios de salud (Congreso de la República, 2011).

En este marco, el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020–2023 “Villavicencio Cambia Contigo” incorpora lineamientos de la Ley 1438 al plantear la implementación de estrategias de gestión del riesgo con enfoque de atención primaria, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en comunidades vulnerables (Alcaldía de Villavicencio, 2020), lo que permite avanzar hacia un modelo de salud más resolutivo y cercano a la población, con intervenciones territoriales dirigidas a mejorar el acceso a los servicios en las veredas y corregimientos del municipio. La articulación entre el plan de desarrollo local y la legislación nacional es un ejemplo del papel clave que cumplen los gobiernos municipales en la operativización de la política pública en salud bajo principios de gobernanza territorial.

De otro lado, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 constituye la piedra angular del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental autónomo, de aplicación inmediata e irrenunciable en el ordenamiento jurídico colombiano. La ley establece que el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud con criterios de equidad, universalidad y calidad, sin que ello dependa de la capacidad de pago del usuario ni de su ubicación geográfica (Congreso de la República, 2015). Por ende, su promulgación ha sido determinante para reorientar las políticas públicas en salud hacia una mayor garantía de derechos, particularmente en territorios históricamente excluidos como las zonas rurales.

Desde esta perspectiva, la Ley 1751 fortalece el enfoque poblacional, diferencial y territorial, reconociendo que las condiciones sociales, económicas y culturales afectan de forma desigual a los distintos grupos poblacionales. Este principio es particularmente relevante en contextos rurales, donde la baja densidad poblacional, el difícil acceso geográfico y la limitada presencia institucional dificultan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Al exigir que las

políticas públicas tengan en cuenta estas realidades, la ley contribuye a visibilizar y atender las desigualdades estructurales en salud que enfrentan comunidades como las rurales de Villavicencio (Rincón & Gaitán, 2021).

El Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020–2023 “Villavicencio Cambia Contigo” retoma los postulados de la Ley Estatutaria al incorporar un enfoque diferencial y territorial en su estrategia de salud pública. En él se reconoce la necesidad de adecuar los servicios a las condiciones específicas de la población rural, fortaleciendo la atención extramural, la promoción de la salud y el acceso oportuno a servicios médicos. Esta alineación entre norma nacional y política local evidencia el rol articulador que tienen los municipios en la implementación efectiva del derecho a la salud, promoviendo soluciones que respondan a las condiciones del entorno rural (Alcaldía de Villavicencio, 2020).

Ahora bien, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) constituye un pilar fundamental de la salud pública en Colombia, especialmente en lo que respecta a la mejora de las condiciones de salud de la población a través de un enfoque integral que abarca promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. La resolución 0429 de 2016, que fue reemplazada por la Resolución 2626 de 2019 y modificada por la Resolución 1147 de 2020, establece las bases para la implementación de este enfoque, que se fundamenta en la accesibilidad, la aceptabilidad, la oportunidad, la continuidad, la integralidad y la capacidad de resolución en la atención de salud. Esta política pone énfasis en la necesidad de una coordinación efectiva entre los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como en la intervención intersectorial, para garantizar que la atención llegue a todas las comunidades, incluyendo las rurales y aquellas más vulnerables ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Una de las estrategias clave de la PAIS es la Atención Primaria en Salud (APS), que busca coordinar esfuerzos entre los diferentes sectores y garantizar la cobertura de salud desde la prevención y la promoción hasta la rehabilitación. En las zonas rurales, este enfoque cobra especial relevancia debido a las condiciones geográficas y socioeconómicas que limitan el acceso a servicios médicos. La APS se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud y se orienta a resolver la mayoría de las necesidades de salud en el ámbito local, garantizando que las comunidades rurales puedan acceder a servicios integrales sin tener que desplazarse a grandes distancias (Rodríguez, 2020). Además, la integración de la acción intersectorial y la participación social comunitaria es esencial para fortalecer la red de servicios de salud en estos territorios, de modo que no solo se trate a las personas enfermas, sino que se logre un enfoque preventivo.

Otra de las estrategias fundamentales de la PAIS es la Gestión Integral del Riesgo en Salud, que aborda la prevención de enfermedades y la atención temprana. Esta estrategia tiene un enfoque transversal, lo que significa que involucra a diversos actores del sistema de salud y otros sectores, como el ambiente, la educación y el desarrollo social. En el contexto rural, donde las condiciones de salud están marcadas por la falta de recursos, las deficiencias en infraestructura y la baja cobertura de servicios médicos, la implementación efectiva de esta estrategia puede significar una mejora significativa en la salud de las comunidades. La gestión integral del riesgo permite anticipar y gestionar los riesgos sanitarios, promoviendo acciones que reduzcan la incidencia de enfermedades, como el control de epidemias o la promoción de hábitos de salud en la población (González, 2021).

El Enfoque de Cuidado de la Salud es otra pieza clave en la PAIS, que pone en el centro la responsabilidad compartida entre el individuo, la comunidad y el Estado para proteger la salud. Este enfoque es particularmente relevante en las comunidades rurales, donde la

participación activa de la comunidad es crucial para garantizar el bienestar colectivo. Fomentar la solidaridad, la convivencia y el cuidado de la salud en estos territorios no solo implica la prestación de servicios médicos, sino también la construcción de redes de apoyo social y familiar que fortalezcan la capacidad de la comunidad para afrontar desafíos de salud de manera autónoma y sostenida. La PAIS promueve este enfoque a través de iniciativas que buscan empoderar a las comunidades y fomentar su participación en las decisiones sobre su salud ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El Enfoque Diferencial de Derechos, incluido en la PAIS, reconoce las particularidades de las poblaciones más vulnerables, como las comunidades rurales, pueblos indígenas, afrocolombianos y otros grupos en situación de vulnerabilidad. Este enfoque es fundamental para la atención de las disparidades en salud que existen en Colombia, especialmente entre las zonas urbanas y rurales. La PAIS establece que es necesario desarrollar estructuras de servicios de salud que se adapten a las características culturales y territoriales de estas poblaciones, lo que implica diseñar estrategias y servicios que aborden de manera efectiva sus necesidades específicas (Sánchez, 2020). Este enfoque tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos, independientemente de su contexto geográfico, social o cultural.

Así mismo, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) es una de las herramientas operacionales clave de la PAIS para garantizar que los servicios de salud sean más efectivos y adecuados a las realidades locales. El MAITE busca la coordinación entre los diferentes actores del territorio, con un enfoque en la descentralización y la participación activa de las comunidades en la identificación de las prioridades en salud. A través de la formulación de planes de acción concretos, las entidades territoriales de salud pueden adaptar las políticas a las necesidades específicas de las regiones rurales, promoviendo un enfoque integral que aborde no solo la

atención médica, sino también los determinantes sociales de la salud. La implementación del MAITE, junto con la gobernanza y el enfoque diferencial, permite una mayor eficiencia en el uso de los recursos y una mejora en los resultados de salud, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud colombiano ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 de Colombia representa una política de estado a largo plazo, cuyo propósito es orientar las acciones del país en materia de salud pública durante la próxima década. Este plan se fundamenta en la ley estatutaria en salud, lo que le confiere un carácter normativo y vinculante para garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos. A través de la experiencia acumulada del PDSP 2012-2021, busca mejorar las políticas anteriores, incorporando un enfoque participativo y considerando los avances y desafíos observados en el período anterior, lo cual tiene como objetivo asegurar que todas las políticas y estrategias implementadas estén alineadas con los derechos humanos, el bienestar colectivo y las necesidades específicas de la población ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El desarrollo del PDSP se estructura en cuatro fases bien definidas: aprestamiento, formulación, implementación y seguimiento. La fase de aprestamiento establece las bases para la formulación efectiva del Plan, mientras que la formulación involucra la elaboración de los objetivos y estrategias basados en los desafíos y realidades del contexto nacional. Posteriormente, la fase de implementación busca poner en marcha las acciones previstas, mientras que el seguimiento garantiza la evaluación continua y la adaptación del Plan según sea necesario ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), lo que asegura no solo la organización del proceso, sino también la integración activa de la participación ciudadana, lo que permite que los actores sociales y las comunidades tengan voz en la toma de decisiones.

Un aspecto fundamental del PDSP 2022-2031 es su proceso de consulta ciudadana, que fue clave para su desarrollo. Este proceso incluyó a más de 1.100 municipios y permitió la interacción directa con diversas organizaciones sociales, grupos comunitarios y actores del sector salud. A través de 32 encuentros departamentales y mesas de trabajo intersectoriales, se recogieron opiniones y consensos que enriquecieron el contenido del Plan ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). La inclusión de una amplia variedad de perspectivas asegura que el PDSP sea un reflejo fiel de las necesidades y prioridades de las comunidades colombianas, permitiendo que las políticas de salud pública respondan de manera efectiva a las realidades locales y regionales.

El Plan también se articula mediante un marco estratégico que abarca visión, fines, valores y ejes estratégicos, elementos que guiarán tanto la implementación como la evaluación del mismo. Estos componentes constituyen el sustento del PDSP, proporcionando una base sólida para la planeación estratégica y permitiendo que los objetivos del Plan sean alcanzados de manera coherente y con un enfoque claro ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). La visión del Plan está orientada a un sistema de salud pública más inclusivo, equitativo y accesible para todos, mientras que los fines buscan reducir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar general de la población.

Además, el PDSP 2022-2031 se distingue por su enfoque integral de salud pública, que reconoce la interdependencia de los derechos humanos y prioriza el bienestar de los ciudadanos. Este enfoque no solo se limita a la atención médica, sino que incluye un abordaje territorial y sectorial que considera las desigualdades en salud y busca garantizar que todas las poblaciones tengan acceso a los mismos derechos de salud, sin importar su contexto social, económico o geográfico. En este sentido, el Plan establece la necesidad de una acción organizada, inmediata y

progresiva para abordar las desigualdades y garantizar la salud como un derecho fundamental para el goce de otros derechos humanos ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). De esta manera, el PDSP 2022-2031 pretende no solo mejorar los indicadores de salud en el país, sino también fortalecer el sistema de salud de manera sostenible y equitativa.

El Plan Marco de Implementación (PMI) de los Acuerdo de Paz entre el gobierno colombiano y las FARC, aprobado por la Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación del Acuerdo Final (CSIVI), establece una hoja de ruta para la implementación del Acuerdo de Paz, incluyendo estrategias específicas para mejorar el acceso a la salud en zonas rurales. Para ello, contempla la creación del Plan Nacional de Salud Rural, el cual busca acercar los servicios de salud a las comunidades vulnerables, fortalecer la infraestructura sanitaria y mejorar la calidad de la atención en las zonas rurales (Gobierno Nacional & FARC-EP, 2016). Además, se promueve la participación comunitaria en la gestión de la salud y se integran componentes como redes integrales de prestadores, telemedicina y fortalecimiento del talento humano en salud.

A pesar de las disposiciones del PMI, la implementación efectiva de estas estrategias ha enfrentado desafíos significativos. Un estudio señala que, aunque se han trazado objetivos para mejorar las condiciones de salud en la población rural, existe un rezago en los indicadores relacionados con la implementación del modelo especial de salud pública para zonas rurales y rurales dispersas, mostrando un avance nulo en algunos casos (DNP, 2021). Esto indica dificultades en establecer arreglos institucionales a nivel territorial y en adaptar las rutas integrales de atención en salud al contexto rural.

El seguimiento y evaluación de la implementación del PMI se realiza a través del Sistema Integrado de Información para el Posconflicto (SIIPO), el cual permite monitorear los avances en los compromisos establecidos. Sin embargo, se ha identificado que, de los 516 indicadores del

PMI, solo el 84,11% cuenta con ficha técnica aprobada, lo que refleja limitaciones en la articulación interinstitucional y en la disponibilidad de datos para evaluar el progreso en salud rural (DNP, 2021).

En el caso de Villavicencio, la implementación del PMI y sus estrategias en salud rural requieren una adaptación a las particularidades del territorio. La falta de datos actualizados sobre el acceso a la salud de la población rural dispersa dificulta la formulación de programas efectivos que amplíen la cobertura y mejoren la calidad de los servicios de salud. Es necesario fortalecer la capacidad institucional local y promover la participación comunitaria para garantizar que las políticas públicas en salud rural respondan a las necesidades específicas de la población (Carrillo & Rojas, 2022).

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) de Colombia representa una estrategia fundamental para corregir las profundas desigualdades históricas en el acceso a la salud entre las zonas urbanas y rurales, las cuales se han visto agravadas por el conflicto armado. El PNSR parte del reconocimiento del derecho a la salud como un componente clave del desarrollo humano y la justicia social, alineándose con el Acuerdo Final de Paz de 2016. Desde esta perspectiva, la salud rural no solo es un indicador de bienestar, sino también un elemento esencial en la consolidación de una paz estable y duradera en Colombia (DNP, 2021).

El diagnóstico presentado en el PNSR evidencia cómo el conflicto armado afectó el acceso a los servicios de salud en zonas rurales, generando carencias en infraestructura, recursos humanos y cobertura. El plan se fundamenta en normativas existentes del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que le proporciona legitimidad institucional. Este diagnóstico permite establecer prioridades claras y definir líneas de acción concretas para cerrar brechas, con énfasis en los municipios incluidos en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), que

agrupan a las regiones más afectadas por la violencia y el abandono estatal ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El PNSR propone un modelo especial de salud adaptado a las particularidades socioterritoriales del país, que reconozca la diversidad étnica, cultural y geográfica de la población rural. Este modelo busca garantizar una atención integral que responda a las necesidades de las comunidades, mejorando la infraestructura sanitaria, el talento humano disponible y el acceso efectivo a servicios. Así mismo, se plantea la necesidad de una coordinación intersectorial que permita articular acciones en salud con estrategias de desarrollo rural, educación y seguridad alimentaria, entre otros aspectos (Comisión de Seguimiento al Acuerdo de Paz, 2022).

Uno de los retos más relevantes del PNSR es la financiación y la implementación efectiva de sus estrategias. El plan contempla responsabilidades claras para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y propone fuentes de financiación específicas. No obstante, persiste el desafío de garantizar la sostenibilidad financiera del plan a lo largo de los 15 años de ejecución proyectados. Además, se presta especial atención a los derechos de las mujeres, los pueblos indígenas y afrodescendientes, y otros grupos históricamente marginados, lo que refuerza el enfoque de equidad e inclusión del plan ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Las brechas en indicadores de salud entre lo urbano y lo rural siguen siendo preocupantes. La cobertura de aseguramiento en municipios PDET es, en promedio, del 79.6%, muy por debajo del promedio nacional del 98%. En municipios como Magüí Payán (Nariño) y Mapiripán (Meta), las tasas de afiliación no superan el 35%. Asimismo, la mortalidad materna y la mortalidad infantil son significativamente mayores en zonas rurales, reflejando deficiencias en

el acceso a servicios esenciales como la atención prenatal y la asistencia calificada en el parto (DANE, 2022). Estas cifras demuestran la urgencia de una intervención específica, focalizada y sostenida para mejorar los resultados en salud en estas regiones.

Es de anotar que el impacto del conflicto armado sobre la salud física y mental de las poblaciones rurales es una de las dimensiones más graves que aborda el PNSR. La violencia ha afectado no solo a la población civil, sino también al personal de salud, dificultando su permanencia en estas zonas y limitando así la continuidad de los servicios. El 7.9% de los adultos entre 18 y 44 años en zonas rurales han vivido experiencias traumáticas vinculadas al conflicto, lo que demanda una respuesta robusta en salud mental. De esta manera, el PNSR no solo se convierte en un instrumento técnico de salud, sino en una herramienta para la justicia territorial y la reconstrucción del tejido social en Colombia (Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz, 2021).

A nivel local, el Plan de Desarrollo “Villavicencio Cambia Contigo” plantea una visión integral de ciudad a través de su *Eje 5 – Ciudad garante de derechos*, en donde la salud se asume como un derecho fundamental que debe ser garantizado sin distinción de edad, género, grupo étnico o condición social; enfoque que no sólo responde a una necesidad institucional, sino también a las exigencias derivadas de las problemáticas estructurales de la ciudad y los desafíos heredados del contexto pospandemia. En este contexto, garantizar el derecho a la salud en lo rural demanda un enfoque diferenciado que reconozca estas barreras y genere estrategias específicas para superarlas, ya que la equidad en salud no puede lograrse si se parte de condiciones desiguales sin medidas compensatorias (OPS, 2023).

El diagnóstico municipal visibiliza problemas como la carencia de puestos de salud con atención 24 horas, algo especialmente crítico en veredas alejadas. En zonas rurales, donde el

desplazamiento a centros urbanos representa un reto económico y logístico, esta ausencia puede significar una negación práctica del derecho a la salud. Frente a esto, el programa “Cuidémonos Juntos” menciona la atención primaria en áreas rurales, pero no especifica con suficiente detalle la implementación de estrategias como unidades móviles de salud, telemedicina o incentivos para profesionales que trabajen en el campo, elementos que son fundamentales para cerrar las brechas territoriales ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El *Programa 21: Cuidémonos Juntos*, liderado por la Secretaría de Salud municipal, constituye la principal apuesta institucional para mejorar los indicadores de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de aseguramiento, la atención primaria y la prevención de enfermedades. Esta estrategia responde directamente al diagnóstico territorial que señala fallas en infraestructura sanitaria, baja disponibilidad de servicios de atención continua y un preocupante historial epidemiológico, especialmente en relación con enfermedades como el dengue, cuya tasa de incidencia en Villavicencio fue tres veces mayor que el promedio nacional en 2019 (Alcaldía de Villavicencio, 2024).

En este marco, el programa adopta un enfoque de salud pública basado en la gestión del riesgo, vigilando y controlando a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), e implementando rutas de atención para poblaciones vulnerables. Este enfoque está alineado con los lineamientos del *Objetivo de Desarrollo Sostenible 3*, que promueve la vida sana y el bienestar para todos. La inclusión de la vigilancia epidemiológica y la atención a la población migrante, habitantes de calle, infancia y adolescencia muestra un avance hacia un modelo de salud con enfoque diferencial, territorial y de derechos (ONU, 2023).

Además, el programa incorpora aprendizajes derivados de la emergencia sanitaria por COVID-19, promoviendo la preparación ante futuros brotes y fortaleciendo los sistemas de

respuesta local. La pandemia evidenció las limitaciones estructurales del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con la capacidad hospitalaria y la atención oportuna en zonas periféricas, lo que impulsó la necesidad de una planeación más resiliente e incluyente. En este sentido, “Cuidémonos Juntos” apuesta por consolidar una red de salud pública que tenga la capacidad de anticiparse a nuevas crisis ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Otro componente fundamental del programa es la articulación con actores comunitarios a través de las *Escuelas de Ciudad*, que actúan como instancias de participación social y promoción de hábitos saludables. Estas escuelas permiten que las políticas de salud no sean diseñadas exclusivamente desde una lógica técnica, sino con base en los saberes locales, las experiencias comunitarias y las necesidades sentidas por la ciudadanía. Este enfoque participativo es clave para generar legitimidad institucional y sostenibilidad en la implementación de las políticas públicas (Rincón & Bonilla, 2022).

No obstante, persisten desafíos estructurales como el déficit en infraestructura hospitalaria, la desigualdad en el acceso entre la zona urbana y rural, y la fragmentación en la prestación del servicio por parte de las EAPB. Para superar estas dificultades, el plan contempla acciones como la ampliación de cobertura de atención primaria, el fortalecimiento del talento humano en salud y la mejora de la capacidad instalada en centros de salud comunitarios. Estas acciones son imprescindibles para cerrar las brechas y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y efectivo (Alcaldía de Villavicencio, 2024).

Por lo tanto, el programa “Cuidémonos Juntos” del Plan de Desarrollo de Villavicencio constituye una estrategia ambiciosa y coherente con los desafíos sanitarios contemporáneos. Su enfoque territorial, diferencial y participativo lo posiciona como una política pública orientada al cumplimiento progresivo del derecho a la salud. Sin embargo, su éxito dependerá de la voluntad

política, la eficiencia en la asignación de recursos y la articulación interinstitucional para garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados y el bienestar integral de toda la población.

Para identificar el acceso real a los servicios de salud por parte de la población rural, se solicitó a la Empresa Social del Estado “ESE Villavicencio”, los registros de los servicios en salud prestados, durante los años 2020 a 2023, encontrando lo siguiente:

**Tabla 1.**

*Servicios en salud prestados en el año 2020 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio*

| SERVICIOS                                                                                        | Puesto de Salud |            |            |                   |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|-------------------|--------------|
|                                                                                                  | Pto. Colombia   | Concepción | Buenavista | Rincón de Pompeya | Santa Teresa |
| Dosis de biológico aplicadas                                                                     | 6               | 328        | 381        | 430               | 41           |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)                           | 11              | 2          | 49         | 24                | 28           |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 1               | 27         | 44         | 22                | 123          |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                                              | 1               | 51         | 58         | 37                | 17           |
| Consultas de medicina general electivas realizadas                                               | 58              | 675        | 409        | 309               | 150          |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas                                         | 0               | 65         | 30         | 45                | 22           |
| Total de consultas de odontología realizadas (valoración)                                        | 4               | 426        | 231        | 303               | 186          |
| Sellantes aplicados                                                                              | 15              | 176        | 115        | 92                | 73           |
| Superficies obturadas (cualquier material)                                                       | 0               | 16         | 10         | 8                 | 6            |
| Exodoncias                                                                                       | 0               | 73         | 43         | 60                | 52           |
| Aplicación de Fluor                                                                              | 0               | 87         | 38         | 57                | 41           |
| Detartraje                                                                                       | 0               | 8          | 0          | 4                 | 0            |
| Educación individual en Salud por Odontología                                                    | 13              | 141        | 74         | 116               | 77           |
| Educación individual en Salud por Medicina                                                       | 54              | 1057       | 505        | 509               | 194          |
| Educación individual en Salud por Enfermería                                                     | 61              | 212        | 325        | 424               | 246          |
| Traslados de Ambulancia                                                                          | 0               | 0          | 1          | 0                 | 0            |

*Nota.* Esta tabla presenta los servicios de salud prestados en 2020 en los diferentes puestos de salud rurales del municipio de Villavicencio. Tomado de Sistema de Información Sihos (2025).

Como se aprecia en la tabla 1, la prestación de servicios de salud en la red rural de Villavicencio durante 2020 revela disparidades entre los distintos puestos de salud, por ejemplo, el Puesto de Salud de Concepción reportó 675 consultas de medicina general, mientras que el de Pto. Colombia solo registró 58, diferencias que pueden atribuirse a factores como la disponibilidad de personal médico, infraestructura y accesibilidad geográfica. Según el Plan Nacional de Salud Rural, a pesar de una cobertura nacional del 95%, persisten rezagos importantes en algunos territorios del país, especialmente en zonas rurales con baja densidad poblacional y dispersión geográfica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), lo que limitan la capacidad de los puestos de salud para ofrecer servicios médicos de manera equitativa.

Teniendo en cuenta que el año 2020 marcó el inicio de la pandemia por COVID-19 en Colombia, es importante contextualizar los bajos niveles de prestación de servicios preventivos, como la aplicación de dosis de biológicos y los controles de enfermería en las zonas rurales de Villavicencio. La suspensión temporal de brigadas de salud, el cierre parcial de algunos puestos y las restricciones de movilidad derivadas del aislamiento preventivo obligatorio (Decreto 457 de 2020) impactaron negativamente la continuidad de las acciones de promoción y prevención, especialmente en las áreas rurales donde la dependencia de la atención extramural es mayor. Por ejemplo, Buenavista reportó 381 dosis de biológicos aplicadas, frente a solo 6 en Puerto Colombia, lo cual no puede analizarse sin tener en cuenta la parálisis operativa generada por la emergencia sanitaria. Las primeras jornadas de vacunación contra el COVID-19 iniciaron formalmente en 2021 y se prolongaron durante todo el 2022, pero en 2020 las capacidades institucionales se redirigieron a la contención del virus, afectando otras dimensiones de la atención primaria en salud ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2021; Cuéllar-Segura, 2022).

Los servicios odontológicos también presentan diferencias significativas entre los puestos de salud. Concepción realizó 426 valoraciones odontológicas y aplicó 176 sellantes, mientras que Pto. Colombia solo realizó 4 valoraciones y aplicó 15 sellantes, cifras que indican una concentración de servicios en ciertos puestos de salud, lo que puede deberse a la disponibilidad de recursos y personal especializado. Según Méndez (2022) la falta de acceso a servicios odontológicos en algunas zonas rurales puede afectar negativamente la salud bucal de la población, exacerbando las desigualdades existentes.

Finalmente, la educación individual en salud muestra una mayor cobertura en algunos puestos de salud, como Concepción, que realizó 1,057 sesiones de educación en salud por medicina, mientras que Pto. Colombia realizó 54. La educación en salud es esencial para empoderar a las comunidades y promover prácticas saludables (Hernández-Sarmiento et al., 2020). La variabilidad en la prestación de estos servicios puede reflejar diferencias en la priorización de actividades educativas y en la disponibilidad de personal capacitado.

Como se observa en la tabla 2, los servicios de salud prestados en el año 2021 en la red rural de Villavicencio muestran una recuperación progresiva frente al periodo más crítico de la pandemia en 2020, aunque con brechas persistentes entre los diferentes puestos de salud. Por ejemplo, Concepción reportó 975 consultas de medicina general electivas, mientras que Pto. Colombia apenas alcanzó 45. Tal disparidad evidencia una distribución desigual de recursos y personal médico en las zonas rurales, lo que ha sido identificado como una de las barreras más relevantes en la atención en salud rural en Colombia (Franco et al., 2023). La pandemia obligó a reorientar capacidades del sistema de salud hacia la atención de la emergencia, lo cual dejó en segundo plano la prestación continua de servicios regulares en zonas de difícil acceso.

**Tabla 2.***Servicios en salud prestados en el año 2021 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio*

| SERVICIOS                                                                                        | Puesto de Salud  |            |            |                         |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|------------|-------------------------|-----------------|
|                                                                                                  | Pto.<br>Colombia | Concepción | Buenavista | Rincón<br>de<br>Pompeya | Santa<br>Teresa |
| Dosis de biológico aplicadas                                                                     | 0                | 590        | 290        | 870                     | 76              |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)                           | 10               | 84         | 55         | 162                     | 28              |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 1                | 40         | 68         | 17                      | 137             |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                                              | 5                | 46         | 70         | 58                      | 11              |
| Consultas de medicina general electivas realizadas                                               | 45               | 975        | 673        | 477                     | 197             |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas                                         | 0                | 104        | 105        | 115                     | 34              |
| Total de consultas de odontología realizadas (valoración)                                        | 9                | 558        | 620        | 987                     | 456             |
| Sellantes aplicados                                                                              | 56               | 469        | 537        | 475                     | 131             |
| Superficies obturadas (cualquier material)                                                       | 29               | 41         | 36         | 23                      | 19              |
| Exodoncias                                                                                       | 1                | 108        | 110        | 227                     | 70              |
| Aplicación de Flúor                                                                              | 11               | 117        | 134        | 148                     | 55              |
| Detartraje                                                                                       | 12               | 0          | 0          | 1                       | 0               |
| Educación individual en Salud por Odontología                                                    | 24               | 216        | 230        | 371                     | 113             |
| Educación individual en Salud por Medicina                                                       | 52               | 1091       | 652        | 595                     | 233             |
| Educación individual en Salud por Enfermería                                                     | 33               | 229        | 305        | 380                     | 212             |
| Traslados de Ambulancia                                                                          | 0                | 0          | 0          | 0                       | 0               |

*Nota.* Esta tabla presenta los servicios de salud prestados en 2021 en los diferentes puestos de salud

rurales del municipio de Villavicencio. Tomado de Sistema de Información Sihos (2025).

En los servicios de promoción y prevención se identifican avances frente al año anterior, destacando el incremento en las dosis de biológicos aplicadas. Rincón de Pompeya alcanzó 870 aplicaciones, seguido por Concepción con 590 y Buenavista con 290, mientras que Pto. Colombia no registró ninguna dosis. La vacunación contra enfermedades comunes se vio afectada por el redireccionamiento de esfuerzos hacia la respuesta al COVID-19, lo cual

interrumpió actividades preventivas en varios territorios rurales, especialmente donde las condiciones geográficas impiden la presencia permanente de brigadas de salud ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Esta situación confirma que, aunque las metas generales del Plan Nacional de Salud Rural buscan mejorar la equidad, en la práctica aún persiste una ejecución desigual en municipios como Villavicencio.

Los servicios odontológicos también reflejan un comportamiento dispar. Rincón de Pompeya reportó 987 valoraciones, Buenavista 620 y Concepción 558, mientras que Pto. Colombia apenas alcanzó 9, indicador que no sólo ilustra las desigualdades estructurales del sistema, sino también la centralización de servicios especializados en algunos puestos con mayor infraestructura. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), uno de los pilares para mejorar la salud rural consiste en fortalecer la atención primaria con un enfoque territorial y diferencial, lo que implica superar barreras logísticas y garantizar una distribución equitativa de equipos y talento humano calificado, aunque la baja cobertura en algunos puestos sugiere que estas recomendaciones aún no han sido completamente adoptadas a nivel local.

En cuanto a la educación individual en salud, se observa una buena cobertura en algunos puestos, especialmente Concepción y Rincón de Pompeya, que reportan más de 1.000 y 595 sesiones por medicina, respectivamente. Pto. Colombia, en cambio, solo registró 52. Esta disparidad es preocupante, ya que la educación en salud es fundamental para el empoderamiento de las comunidades rurales en la gestión de su bienestar. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) destaca que las intervenciones educativas en salud deben ser culturalmente pertinentes y sostenidas en el tiempo para tener un impacto efectivo. La inequidad en la ejecución de estos programas sugiere una limitada articulación entre la planeación y las necesidades locales, así como fallas en la priorización de actividades en los territorios rurales.

Además, la ausencia total de traslados en ambulancia en todos los puestos de salud rurales durante 2021 evidencia una debilidad crítica del sistema, especialmente si se considera que muchas de estas veredas están distantes de la cabecera municipal. La falta de movilidad asistida compromete el acceso oportuno a servicios de mediana y alta complejidad y limita la respuesta ante emergencias (Mena, 2023). Esta situación contradice lo establecido por el Decreto 0351 de 2023, que adoptó el Plan Nacional de Salud Rural y que enfatiza la necesidad de garantizar transporte sanitario como parte de una red de atención efectiva en zonas rurales ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). El análisis sugiere que, pese a ciertos avances, Villavicencio aún enfrenta desafíos estructurales importantes en la consolidación de una política de salud rural que logre cerrar las brechas territoriales en el acceso.

Al realizar un análisis de los servicios de salud prestados en 2022 en la red rural de Villavicencio, consignados en la tabla 3, se evidencia una recuperación progresiva tras los desafíos impuestos por la pandemia de COVID-19. Concepción y Rincón de Pompeya destacan con 924 y 359 consultas de medicina general electivas, respectivamente, mientras que Pto. Colombia reporta solo 39, esta disparidad refleja las persistentes inequidades en la distribución de recursos y personal médico en las zonas rurales, problemática que ha sido documentada en el estudio de Franco et al. (2023), en el que se destaca las falencias en la prestación de servicios de salud en territorios rurales de Colombia.

En cuanto a los servicios de promoción y prevención, se observa una mejora en la aplicación de dosis de biológicos en comparación con 2021. Rincón de Pompeya aplicó 620 dosis, Buenavista 312 y Concepción 223, mientras que Pto. Colombia apenas alcanzó 18, lo que refleja las inequidades en la distribución de recursos y personal médico en las zonas rurales.

**Tabla 3.***Servicios en salud prestados en el año 2022 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio*

| SERVICIOS                                                                                        | Puesto de Salud |            |            |                   |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|-------------------|--------------|
|                                                                                                  | Pto. Colombia   | Concepción | Buenavista | Rincón de Pompeya | Santa Teresa |
| Dosis de biológico aplicadas                                                                     | 18              | 223        | 312        | 620               | 24           |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)                           | 13              | 89         | 90         | 153               | 49           |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 4               | 61         | 55         | 29                | 89           |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                                              | 0               | 67         | 58         | 40                | 14           |
| Consultas de medicina general electivas realizadas                                               | 39              | 924        | 648        | 359               | 218          |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas                                         | 0               | 93         | 71         | 82                | 30           |
| Total de consultas de odontología realizadas (valoración)                                        | 4               | 391        | 283        | 656               | 261          |
| Sellantes aplicados                                                                              | 18              | 358        | 284        | 349               | 119          |
| Superficies obturadas (cualquier material)                                                       | 3               | 49         | 59         | 49                | 7            |
| Exodoncias                                                                                       | 1               | 96         | 82         | 159               | 63           |
| Aplicación de Flúor                                                                              | 11              | 112        | 93         | 115               | 54           |
| Detartraje                                                                                       | 6               | 0          | 1          | 3                 | 77           |
| Educación individual en Salud por Odontología                                                    | 20              | 201        | 171        | 270               | 119          |
| Educación individual en Salud por Medicina                                                       | 46              | 1028       | 657        | 451               | 248          |
| Educación individual en Salud por Enfermería                                                     | 18              | 258        | 310        | 374               | 179          |
| Traslados de Ambulancia                                                                          | 0               | 0          | 0          | 0                 | 0            |

*Nota.* Esta tabla presenta los servicios de salud prestados en 2022 en los diferentes puestos de salud

rurales del municipio de Villavicencio. Tomado de Sistema de Información Sihos (2025).

Los servicios odontológicos también muestran una distribución desigual, puesto que en el puesto de salud de Rincón de Pompeya se realizaron 656 valoraciones odontológicas, en Buenavista 283 y en Concepción 391, mientras que Pto. Colombia solo reportó 4. La concentración de servicios evidenciada en ciertos puestos de salud puede deberse a la disponibilidad de recursos y personal especializado. De acuerdo a Méndez (2022) la falta de

acceso a servicios odontológicos en algunas zonas rurales puede afectar negativamente la salud bucal de la población, exacerbando las desigualdades existentes.

La educación individual en salud por medicina y enfermería también presenta variaciones significativas. Concepción reportó 1,028 sesiones de educación en salud por medicina y 258 por enfermería, mientras que Pto. Colombia registró 46 y 18, respectivamente, diferencias que reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias de educación en salud en los puestos con menor cobertura, considerando que la educación en salud es esencial para empoderar a las comunidades y promover prácticas saludables.

Es importante destacar que, a pesar de las mejoras observadas en 2022, la ausencia total de traslados en ambulancia en todos los puestos de salud rurales evidencia una debilidad crítica del sistema, especialmente si se considera que muchas de estas veredas están distantes de la cabecera municipal. La falta de movilidad asistida compromete el acceso oportuno a servicios de mediana y alta complejidad y limita la respuesta ante emergencias. Esta situación contradice lo establecido por el Decreto 0351 de 2023, que adoptó el Plan Nacional de Salud Rural y que enfatiza la necesidad de garantizar transporte sanitario como parte de una red de atención efectiva en zonas rurales ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La prestación de servicios de salud rural en Villavicencio durante el año 2023, ya sin los efectos directos de la pandemia por COVID-19, permite analizar la efectividad del sistema sin restricciones sanitarias excepcionales, encontrando que, a pesar del retorno a la normalidad, persisten notorias desigualdades entre los distintos puestos de salud. Por ejemplo, Concepción reportó 910 consultas de medicina general electivas, Buenavista 699 y Rincón de Pompeya 444, mientras que Pto. Colombia apenas alcanzó 38, lo que evidencia que, a pesar del levantamiento de medidas restrictivas, las condiciones estructurales del sistema de salud rural, como el déficit

de personal, infraestructura y recursos, continúan limitando el acceso equitativo, por lo que la ausencia de pandemia dejó en evidencia que las debilidades no eran coyunturales, sino estructurales (ver tabla 4).

**Tabla 4.**

*Servicios en salud prestados en el año 2023 en la red de salud rural del municipio de Villavicencio*

| SERVICIOS                                                                                        | Puesto de Salud |            |            |                   |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|-------------------|--------------|
|                                                                                                  | Pto. Colombia   | Concepción | Buenavista | Rincón de Pompeya | Santa Teresa |
| Dosis de biológico aplicadas                                                                     | 0               | 128        | 354        | 577               | 0            |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)                           | 10              | 68         | 76         | 153               | 45           |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 3               | 62         | 61         | 45                | 78           |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                                              | 0               | 49         | 40         | 42                | 11           |
| Consultas de medicina general electivas realizadas                                               | 38              | 910        | 699        | 444               | 222          |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas                                         | 0               | 115        | 81         | 96                | 30           |
| Total de consultas de odontología realizadas (valoración)                                        | 5               | 576        | 844        | 1005              | 603          |
| Sellantes aplicados                                                                              | 57              | 292        | 231        | 254               | 86           |
| Superficies obturadas (cualquier material)                                                       | 7               | 84         | 43         | 49                | 14           |
| Exodoncias                                                                                       | 1               | 131        | 144        | 218               | 98           |
| Aplicación de Flúor                                                                              | 15              | 151        | 129        | 132               | 50           |
| Detartraje                                                                                       | 5               | 5          | 1          | 0                 | 176          |
| Educación individual en Salud por Odontología                                                    | 25              | 252        | 243        | 361               | 133          |
| Educación individual en Salud por Medicina                                                       | 55              | 952        | 691        | 699               | 214          |
| Educación individual en Salud por Enfermería                                                     | 16              | 219        | 217        | 275               | 144          |
| Traslados de Ambulancia                                                                          | 0               | 0          | 0          | 0                 | 0            |

*Nota.* Esta tabla presenta los servicios de salud prestados en 2023 en los diferentes puestos de salud rurales del municipio de Villavicencio. Tomado de Sistema de Información Sihos (2025).

En términos de prevención y promoción, si bien hubo cierta recuperación, persisten vacíos preocupantes, ya que, en Rincón de Pompeya y Buenavista aplicaron 577 y 354 dosis de

biológicos respectivamente, pero en Pto. Colombia y Santa Teresa no se aplicó ninguna dosis. Lo anterior indica que, a pesar del restablecimiento de las actividades de rutina, el despliegue territorial de los servicios preventivos sigue siendo desigual; situación que contrasta con los principios de equidad territorial definidos en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, que establece la necesidad de una cobertura integral en zonas rurales mediante modelos diferenciados ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La baja cobertura en algunos puestos indica que no se consolidaron rutas efectivas para llegar a las poblaciones más aisladas, incluso sin restricciones pandémicas.

Los servicios odontológicos también reflejan un esfuerzo de recuperación, con un número significativo de atenciones en Rincón de Pompeya (1.005), Buenavista (844) y Santa Teresa (603). Sin embargo, Pto. Colombia registró solo cinco valoraciones, lo que refuerza la idea de una centralización de los servicios en zonas con mejor acceso y dotación. La salud bucal, históricamente relegada en zonas rurales, sigue siendo una deuda en la agenda de salud pública, pese a las recomendaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que promueve la atención integral con énfasis en promoción de la salud bucodental ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En la práctica, la implementación de estas orientaciones ha sido parcial, lo que se refleja en los indicadores por puesto.

Respecto a los procesos educativos en salud, en 2023 se registró una mejora relativa. Concepción reportó 952 sesiones de educación por medicina y 219 por enfermería, mientras que Pto. Colombia apenas alcanzó 55 y 16, respectivamente. Esto sugiere una consolidación en los territorios con mayor presencia institucional, pero también revela una inercia institucional frente a los puestos históricamente rezagados. La educación en salud es clave para reducir las barreras

culturales de acceso, tal como lo han demostrado investigaciones recientes sobre participación comunitaria y gobernanza territorial en salud (Ruiz et al., 2021).

Es alarmante que por cuarto año consecutivo no se reporten traslados en ambulancia desde ninguno de los puestos de salud rurales, este hecho, en un contexto sin pandemia, deja en evidencia una grave omisión estructural. La Resolución 518 de 2015 y el Decreto 351 de 2023 que adopta el Plan Nacional de Salud Rural, exigen la existencia de redes integradas de servicios con componentes de transporte sanitario para zonas alejadas ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). La ausencia total de traslados implica que las comunidades rurales deben asumir por cuenta propia el traslado de emergencias médicas, lo cual contradice el enfoque de equidad y acceso efectivo, omisión que puede tener consecuencias directas en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones rurales y debe ser corregida con urgencia.

El análisis conjunto de los datos de prestación de servicios en salud rural en Villavicencio entre 2020 y 2023 evidencia un escenario de avances parciales y persistencia de desigualdades estructurales, que deben evaluarse en el marco de las políticas públicas en salud rural y de los compromisos adquiridos por el municipio en su Plan de Desarrollo 2020–2023 “Villavicencio Cambia Contigo”. A pesar de que dicho plan, especialmente en su programa “Cuidémonos Juntos”, se propone fortalecer la atención primaria y la promoción de la salud en zonas rurales, los indicadores muestran que el acceso a servicios esenciales sigue concentrado en algunos puestos como Concepción y Rincón de Pompeya, mientras que otros, como Puerto Colombia, presentan cifras extremadamente bajas de consultas médicas, atención odontológica y controles de enfermería, situación que contradice el principio de equidad territorial consagrado en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que exige adaptar la atención a las condiciones particulares de cada territorio rural ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Desde la perspectiva del Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 351 de 2023), que promueve el cierre de brechas en zonas históricamente excluidas, los datos revelan que, incluso después de superar las restricciones propias de la pandemia, no se consolidó una red de atención con capacidad resolutive en todos los puestos rurales. El hecho de que, durante cuatro años consecutivos, no se haya registrado ni un solo traslado en ambulancia desde las zonas rurales del municipio evidencia la falta de un componente logístico y operativo clave del modelo de atención, vulnerando el derecho a una atención oportuna y continua. Así mismo, las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, como la promoción de la salud bucal, la atención maternoinfantil y la educación en salud, no lograron alcanzarse de manera uniforme, dejando en evidencia que los lineamientos nacionales no fueron aplicados de forma efectiva en todas las veredas del municipio ((Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Aunque el Plan de Desarrollo “Villavicencio Cambia Contigo” incluyó estrategias orientadas a la atención rural, como el fortalecimiento de infraestructura y la vigilancia en salud pública, el seguimiento a los indicadores anuales permite concluir que tales acciones fueron insuficientes o poco sostenibles. La pandemia del COVID-19 explica parcialmente la reducción de servicios en 2020 y 2021, pero el estancamiento en 2022 y 2023, ya sin restricciones sanitarias, señala que el problema es estructural y de implementación. La falta de una planeación específica con enfoque diferencial rural, la ausencia de mecanismos efectivos de participación comunitaria en salud y la limitada articulación interinstitucional comprometen la efectividad de las políticas públicas diseñadas para el sector rural. Por lo tanto, el Plan de Desarrollo Municipal en estudio no logró cerrar las brechas en salud rural, ni consolidar un sistema que garantice el acceso universal, equitativo y digno para las poblaciones más apartadas del territorio.



insatisfacción o necesidades insatisfechas. Las menciones a *equipos, personal, recursos, medicamentos y puestos* reflejan una preocupación recurrente por la disponibilidad de insumos y talento humano en salud, que suele ser más limitado en entornos rurales. Además, la palabra *trasladarse* sugiere que muchas personas deben movilizarse a otras zonas para acceder a servicios de mayor complejidad, lo cual refuerza las brechas territoriales en el derecho a la salud.

Por último, la presencia de expresiones como *comunidad, familia, buenas tardes, gracias* o *experiencia* evidencia un enfoque participativo y humano en las entrevistas, mostrando que las personas rurales valoran el trato recibido y están dispuestas a expresar tanto sus reconocimientos como sus necesidades, lo cual sugiere una oportunidad para fortalecer la participación comunitaria en la formulación e implementación de políticas de salud rural, promoviendo intervenciones más pertinentes y sostenibles. Por ello, el mapa de palabras no solo refleja las condiciones estructurales del sistema, sino también la voz activa de una ciudadanía rural que busca ser escuchada.

Desde la perspectiva del Programa “Cuidémonos Juntos”, el mapa de palabras revela una importante coincidencia entre los objetivos institucionales y las percepciones comunitarias, particularmente en torno al fortalecimiento del *acceso*, la *atención médica* y la *infraestructura* en salud rural. Este programa, orientado a ampliar la cobertura y calidad del servicio en áreas apartadas de Villavicencio durante el periodo 2020-2023, parece haber tocado algunos aspectos claves reconocidos por la comunidad, como la necesidad de contar con *centros, puestos y médicos* disponibles. Sin embargo, la frecuente aparición de términos como *mejorar, deterioro y mala* refleja que los resultados del programa han sido aún insuficientes para responder a las demandas estructurales en la ruralidad. Esto implica que, aunque ha habido avances parciales, todavía persiste una deuda con las veredas más alejadas, en términos de dotación de recursos humanos y físicos que permitan una atención continua y digna.

**Tabla 5.***Indicadores y metas de resultado del programa Cuidémonos juntos*

| <b>Indicador de resultado</b>                                                          | <b>Línea base</b>                    | <b>Año línea base</b> | <b>Meta de resultado 2020-2023</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Porcentaje de niños menores de 1 año con terceras dosis de pentavalente                | 87%                                  | 2019                  | 95%                                |
| Tasa de Mortalidad Materna                                                             | 40/100.000                           | 2019                  | 38/100.000                         |
| Tasa de incidencia de tuberculosis TF                                                  | 65,6 x 100.000 habitantes            | 2018                  | 62,6 x 100.000 habitantes          |
| Tasa de Incidencia de las Enfermedades de Trasmisión de Vectores                       | 1605 casos x cada 100.000 habitantes | 2019                  | 1524,7 casos x 100.000 habitantes  |
| Tasa de mortalidad menores de 1 año                                                    | 8.62 /1000 nacidos vivos             | 2017                  | 7,5/1000 nacidos vivos             |
| Tasa de mortalidad en menores de cinco años                                            | 11.1/1000 nacidos vivos              | 2017                  | 10.1/1000 nacidos vivos            |
| Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar                                          | 230,94 casos x 100.000 habitantes    | 2018                  | 228,94 casos x 100.000 habitantes  |
| Tasa de Mortalidad por Enfermedades Circulatorias.                                     | 170,27 x 100.000 mil habitantes      | 2017                  | 168,27 x 100.000 habitantes        |
| Porcentaje de establecimientos de no alimentos controlados                             | 56%                                  | 2019                  | 60%                                |
| Porcentaje de establecimientos de alimentos controlados                                | 54%                                  | 2019                  | 60%                                |
| Número de casos de rabia animal                                                        | 1                                    | 2019                  | 0                                  |
| Cobertura del sistema de salud                                                         | 97,69                                | 2019                  | 100%                               |
| Número de Colombianos vulnerables con servicios de salud de baja complejidad atendidos | 2.009                                | 2019                  | 2500                               |
| Tasa de suicidio                                                                       | 4.44 por 100.000 habitantes          | 2018                  | 3,5 por 100.000 habitantes         |
| Porcentaje de procesos certificados en un sistema de gestión de calidad de la          | 13%                                  | 2019                  | 50%                                |

| <b>Indicador de resultado</b>                            | <b>Línea base</b> | <b>Año línea base</b> | <b>Meta de resultado 2020-2023</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Empresa Social del Estado del municipio de Villavicencio |                   |                       |                                    |

*Nota.* Esta tabla presenta los indicadores y metas de resultado del programa “Cuidémonos Juntos” del Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023, Alcaldía de Villavicencio (2022).

La tabla 5 muestra los indicadores y metas del programa “Cuidémonos Juntos” de Villavicencio, reflejando el enfoque del gobierno local para mejorar los resultados en salud pública durante el periodo 2020-2023. Uno de los principales avances esperados se relaciona con la atención a la primera infancia, en particular con el aumento en la cobertura de vacunación con terceras dosis de pentavalente, cuya meta era pasar del 87% en 2019 al 95% en 2023. Este indicador es clave, ya que está directamente vinculado con la reducción de enfermedades prevenibles por vacunación y con la mejora en la supervivencia infantil. De igual manera, se proponen metas ambiciosas para disminuir la mortalidad infantil y en menores de cinco años, pasando de 8.62 y 11.1 por mil nacidos vivos en 2017 a 7.5 y 10.1, respectivamente. Estas metas responden a estándares nacionales e internacionales de salud, y reflejan un compromiso con el derecho a la vida desde los primeros años de vida.

En cuanto a enfermedades transmisibles, la tabla incluye metas de reducción en la incidencia de tuberculosis (de 65.6 a 62.6 por 100.000 habitantes) y enfermedades transmitidas por vectores como el dengue (de 1605 a 1524.7 por 100.000 habitantes). Aunque las reducciones planteadas no son muy amplias, evidencian un enfoque de contención en vez de erradicación, posiblemente debido a la dificultad de intervenir estructuralmente sobre los determinantes sociales que perpetúan estas enfermedades. Estos indicadores son especialmente sensibles a las condiciones de salubridad en zonas rurales, donde factores como el acceso limitado al agua potable y las condiciones ambientales contribuyen a su persistencia. Asimismo, la atención a la

salud mental y la violencia intrafamiliar también está presente, con metas de reducción en la tasa de suicidios (de 4.44 a 3.5 por 100.000) y en la incidencia de violencia intrafamiliar (de 230.94 a 228.94), aunque con márgenes de mejora muy reducidos que podrían reflejar una subestimación del problema o la dificultad de intervención desde lo local.

Un aspecto técnico-operativo importante de la tabla es el incremento en el control de establecimientos de alimentos y no alimentos, que busca pasar de 54% y 56% a 60% respectivamente. Esto implica una mejora en las prácticas de inspección, vigilancia y control (IVC), asociadas a la protección de la salud pública mediante la regulación de productos de consumo humano. Por otro lado, el indicador sobre el porcentaje de procesos certificados en calidad de la Empresa Social del Estado (ESE) del municipio, con una meta de aumentar del 13% al 50%, señala un compromiso con la mejora institucional y la prestación de servicios bajo estándares de eficiencia y seguridad. Estas metas no solo son importantes para fortalecer la capacidad del sistema de salud, sino que también son necesarias para aumentar la confianza de la ciudadanía en los servicios públicos.

Además, destacan dos indicadores que abordan la cobertura del sistema de salud y la atención a población vulnerable. La cobertura esperaba alcanzar el 100% desde un 97,69% registrado en 2019, lo cual está alineado con el principio de universalidad del sistema de salud colombiano. Asimismo, se proyectó un aumento significativo en la atención a colombianos vulnerables con servicios de baja complejidad (de 2.009 a 2.500 casos), lo cual refleja un enfoque inclusivo para garantizar el acceso a servicios esenciales, especialmente en zonas con mayores índices de pobreza y exclusión. En conjunto, estos indicadores muestran que el programa “Cuidémonos Juntos” no solo busca mejorar resultados clínicos, sino también fortalecer componentes institucionales, sociales y de equidad en salud. Sin embargo, el

cumplimiento de estas metas requiere superar barreras estructurales, especialmente en la ruralidad, donde las brechas de acceso, la escasez de personal y la limitada infraestructura aún persisten.

Los indicadores establecidos en el programa “Cuidémonos Juntos” adquieren un significado aún más crítico cuando se analizan desde la perspectiva de la salud rural en Villavicencio, donde las condiciones de acceso a servicios médicos son más limitadas que en el casco urbano. Por ejemplo, metas como aumentar la cobertura de vacunación pentavalente en menores de un año hasta el 95% o reducir la mortalidad infantil y en menores de cinco años requieren intervenciones diferenciales en la ruralidad, pero, como estas zonas enfrentan dificultades logísticas para la llegada de brigadas de salud, barreras geográficas considerables y escasez de personal médico permanente. De hecho, como lo han señalado habitantes de corregimientos como Buenavista y La Argentina en entrevistas cualitativas realizadas para este estudio, el acceso a controles de crecimiento y vacunación depende de jornadas esporádicas, lo que limita la capacidad de alcanzar estas metas de forma sostenida y equitativa.

Así mismo, los indicadores relacionados con enfermedades transmisibles como la tuberculosis o las transmitidas por vectores tienen una estrecha relación con las condiciones de vida en los entornos rurales. En muchas veredas, la falta de alcantarillado, agua potable y recolección de basuras contribuye a la persistencia de estas enfermedades, haciendo más difícil cumplir metas como reducir la tasa de incidencia de dengue o tuberculosis. Además, los controles en establecimientos de alimentos y no alimentos, propuestos en la tabla como mecanismos de mejora institucional, rara vez se implementan en zonas rurales, donde el comercio es informal y no supervisado con la misma frecuencia que en el área urbana, situación

que pone en evidencia una brecha en la aplicación de las acciones de inspección, vigilancia y control que debe ser abordada si se desea alcanzar mejoras reales en la salud pública rural.

Por último, metas como la cobertura del sistema de salud al 100% o el aumento de la atención a población vulnerable con servicios de baja complejidad implican un reto estructural para la ruralidad de Villavicencio, pues, aunque la afiliación al sistema puede estar formalmente registrada, en la práctica muchas personas en áreas rurales no logran acceder a los servicios por la falta de puestos de salud cercanos, transporte o atención continua. Por lo tanto, cumplir estas metas en las zonas rurales del municipio requiere más que voluntad política: demanda articulación intersectorial, fortalecimiento institucional y estrategias que reconozcan las particularidades culturales, geográficas y sociales de la ruralidad. Solo así será posible reducir las brechas en salud entre el campo y la ciudad y avanzar en la garantía del derecho a la salud para toda la población de Villavicencio.

Relacionando estos hallazgos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), el mapa de palabras pone de relieve la urgencia de cerrar las brechas en salud que afectan a la población rural. El hecho de que palabras como *trasladarse* y *acceder* estén asociadas a dificultades en la atención indica una desigualdad territorial que impide que los habitantes rurales ejerzan plenamente su derecho a la salud. Así, el fortalecimiento de estrategias como la atención primaria itinerante, la telemedicina y la inversión en infraestructura básica rural no solo contribuiría al bienestar inmediato de estas comunidades, sino que también avanzaría hacia el cumplimiento de metas globales de equidad, sostenibilidad y justicia social. Este análisis sugiere que cualquier política pública en salud rural deberá integrar de forma decidida las voces comunitarias, como las reflejadas en este mapa, para garantizar su pertinencia y efectividad.

Es de resaltar que el Plan de Desarrollo Municipal “Villavicencio Cambia Contigo” 2020–2023 fue formulado y aprobado en un contexto anterior a la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, lo que significó que muchas de sus metas, estrategias e indicadores en materia de salud pública no contemplaran los impactos disruptivos de esta crisis sin precedentes. La construcción del plan se basó en diagnósticos y proyecciones realizadas antes de marzo de 2020, sin prever el colapso de servicios médicos, el aislamiento prolongado de las comunidades rurales ni la urgente necesidad de reorganizar la atención primaria en salud, omisión que se evidenció en la falta de acciones específicas para reforzar la infraestructura de salud en corregimientos y veredas, que enfrentaron durante la pandemia una severa limitación de recursos, personal médico y acceso a servicios básicos de salud.

En particular, la población rural del municipio quedó expuesta a un doble rezago: por un lado, las históricas dificultades estructurales del acceso a la salud en la ruralidad —como la dispersión geográfica, la escasa conectividad vial y la limitada dotación de centros de salud—, y por otro, el agravamiento de estas problemáticas ante las medidas de aislamiento social, la reducción de brigadas de salud extramurales y la suspensión de actividades preventivas comunitarias. La ausencia de un enfoque de gestión del riesgo sanitario rural en el PDM implicó que muchas de las acciones previstas para el fortalecimiento del sistema de salud tuvieran que ser improvisadas o adaptadas sobre la marcha, sin una asignación presupuestal clara ni lineamientos orientadores desde el nivel local. Como resultado, las comunidades rurales enfrentaron no solo el impacto del virus, sino también el debilitamiento de las redes locales de cuidado y atención.

Además, el PDM no incluyó un análisis prospectivo que permitiera anticipar escenarios de emergencia sanitaria ni contempló mecanismos para el fortalecimiento de la resiliencia del

sistema de salud municipal frente a situaciones críticas. Esta carencia fue especialmente notoria en la zona rural, donde los indicadores de atención se vieron comprometidos por la falta de insumos, la desarticulación institucional y la baja cobertura de atención domiciliaria. Si bien el gobierno local adoptó posteriormente medidas para responder a la emergencia, estas no se derivaron del PDM ni contaron con un marco de planificación previamente establecido, lo cual limitó su eficacia. En este sentido, la experiencia de la pandemia evidenció la necesidad de incorporar en los planes de desarrollo territorial una perspectiva de salud pública con enfoque rural y de gestión del riesgo, que permita a los gobiernos locales actuar con mayor anticipación y equidad en futuras crisis sanitarias.

Con el tratamiento de la información en Atlas.ti, se pudo identificar las categorías temáticas emergentes y códigos asociados, los cuales se presentan en la tabla 6, lo que permitió el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas de una forma de organización sistemática, en ella se identifican diez categorías clave que resumen los principales temas abordados por los participantes, tales como la accesibilidad geográfica, la infraestructura deficiente, la falta de personal médico y la percepción de abandono institucional; cada categoría está acompañada por un código único que permite su rápida identificación y análisis en matrices de datos. Además, se incluye una breve descripción que sintetiza el contenido de cada tema, facilitando su interpretación y posterior sistematización para el análisis de resultados.

Para empezar con el análisis es preciso destacar que la categoría "Accesibilidad geográfica" en las entrevistas realizadas a habitantes rurales de Villavicencio revela múltiples barreras estructurales que dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud, puesto que, los testimonios destacan la lejanía de los centros médicos y la falta de transporte público como obstáculos significativos.

**Tabla 6.***Categorías temáticas emergentes y códigos asociados*

| <b>Categoría temática</b>                   | <b>Código asignado</b> | <b>Descripción breve</b>                                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Accesibilidad geográfica                 | AC-GEO                 | Dificultades para llegar a los servicios de salud por distancia, vías, transporte.            |
| 2. Infraestructura de salud insuficiente    | INF-DEF                | Falta de puestos, centros de salud, equipos médicos o instalaciones adecuadas.                |
| 3. Disponibilidad de personal médico        | PER-MED                | Ausencia de médicos permanentes, falta de especialistas o rotación inestable.                 |
| 4. Calidad de la atención recibida          | CAL-ATEN               | Opiniones sobre el trato, el tiempo de espera, la respuesta del sistema de salud.             |
| 5. Percepción de abandono institucional     | ABAND                  | Sensación de olvido o negligencia estatal en temas de salud.                                  |
| 6. Satisfacción general con el servicio     | SAT-GRAL               | Nivel de satisfacción expresado por los usuarios rurales.                                     |
| 7. Propuestas y recomendaciones             | PROP-GOB               | Sugerencias hechas por los entrevistados hacia el gobierno para mejorar la salud.             |
| 8. Estrategias móviles o campañas puntuales | ESTR-MOV               | Opiniones sobre brigadas médicas, campañas extramurales o atención ocasional.                 |
| 9. Barreras económicas                      | BARR-ECON              | Dificultades para cubrir costos de transporte, medicamentos o exámenes.                       |
| 10. Salud diferencial y grupos vulnerables  | DIF-VULN               | Requerimientos específicos para adultos mayores, niños, migrantes, personas con discapacidad. |

*Nota.* La tabla presenta las categorías temáticas emergentes y los códigos asociados obtenidos del análisis cualitativo de las entrevistas sobre el acceso a la salud en zonas rurales de Villavicencio.

Por ejemplo, un entrevistado mencionó: “En la vereda no hay un centro de salud... toca ir hasta la ciudad, el más cercano queda a una hora, hora y media. ¿Cómo hacemos para acceder a un servicio médico donde nos toca correr y coger dos buses?”

Este tipo de barreras no son exclusivas de Villavicencio, pues en el departamento de Nariño, se ha identificado que, en municipios como Barbacoas, Tumaco y Magüí Payán, el tiempo de viaje hasta el hospital de tercer nivel en Pasto supera las cuatro horas, constituyendo una barrera geográfica significativa para la atención en salud oral (Caicedo-Rosero & Estrada-Montoya, 2017).

La frecuencia con la que las familias deben desplazarse a la ciudad para recibir atención médica también es un aspecto crítico, al respecto una entrevistada expresó: “Tengo un niño con hiperactividad... tres o cuatro veces al mes nos toca ir a la ciudad para que sea atendido.”

Este patrón recurrente de desplazamiento implica una carga adicional, tanto física como económica, para las familias rurales, lo cual limita el acceso equitativo a la atención en salud y evidencia la ausencia de una red de servicios de primer nivel en la ruralidad cercana. En el departamento de Caquetá, se ha determinado que la distancia geográfica y la escasez de recurso humano son barreras significativas para el acceso a los servicios de salud, afectando especialmente a los habitantes de municipios con difícil acceso terrestre o fluvial (Beltrán-Cleves et al., 2023).

La dificultad para movilizarse también ha sido asociada a la ausencia de transporte público confiable. Un habitante de la vereda Buenavista explicó: “Hacia esta parte de la ciudad no es muy seguido el transporte... no es continuo. Entonces por eso nos dificulta ir hasta Villavicencio.”

Esta situación se agrava en regiones como Guainía, donde comunidades se encuentran a más de 12 horas en lancha de los puestos de salud, y la ausencia de ambulancias fluviales limita la atención oportuna, obligando a las personas a depender de la medicina tradicional o a enfrentar riesgos durante el traslado (3I Solution Colombia, 2024).

Además, las personas con movilidad reducida o que cuidan de familiares con discapacidad enfrentan retos mayores. Una entrevistada relató: “Yo vivo con una persona con discapacidad... ha sido muy difícil el acceso, trasladarlo, entonces la verdad ha sido pésimo.”

Estos relatos dan cuenta de cómo las condiciones estructurales de accesibilidad refuerzan la exclusión sanitaria en los territorios rurales, especialmente para poblaciones en condición de vulnerabilidad. A nivel nacional, se ha evidenciado que la escasez de médicos generales en zonas rurales incrementa los riesgos de morbilidad y mortalidad, dejando a miles de personas sin acceso oportuno a atención médica (Consultor Salud, 2024).

De otro lado, la percepción de los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio revela una preocupación constante por la insuficiencia de la infraestructura de salud, lo cual se manifiesta en diversas formas. Varios entrevistados coinciden en describir las condiciones de los centros de salud como "muy malas", "muy regular", "muy pequeños y muy antiguos", y en general, con "fallos que no le ponen mucha atención". Esta percepción de deterioro y falta de mantenimiento se alinea con estudios que han documentado el estado precario de la infraestructura de salud en áreas rurales de Colombia, donde la falta de inversión y la obsolescencia de las instalaciones son problemáticas comunes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La carencia de equipos médicos y tecnológicos adecuados es otro aspecto crítico señalado por los participantes. La necesidad de "más equipos para más tecnología", "buenos equipos de laboratorio, necesitan equipos de odontología y cirugía", y "aparatos médicos pues para atención especial, para cosas que le mandan hacer a uno que es, exámenes especiales y aquí no lo hay" resalta la limitación de los servicios ofrecidos en los puestos de salud rurales. Esta falta de recursos diagnósticos y terapéuticos obliga a los pacientes a trasladarse a centros urbanos, lo que

genera demoras en la atención y mayores costos para las familias, situación que ha sido analizada en investigaciones sobre barreras de acceso a la salud en poblaciones rurales (Bran-Piedrahita et al., 2020).

Además de las deficiencias en las instalaciones y los equipos, la falta de personal médico suficiente y la ausencia de especialistas también son señaladas como un problema de infraestructura. Los entrevistados mencionan la necesidad de "más médicos, más profesionales", la escasez de personal para la atención, y la falta de "un médico muy urgente" en sus comunidades. Esta situación no solo afecta la oportunidad de la atención, sino también la calidad de la misma, ya que los pacientes perciben que no se les brinda una atención integral y especializada en sus lugares de residencia. La distribución inequitativa del talento humano en salud, con una concentración en las áreas urbanas, es un desafío persistente en el sistema de salud colombiano, tal como lo evidencian estudios del Observatorio Nacional de Salud (ONS, 2016).

A su vez, la falta de inversión y la percepción de abandono por parte de las autoridades son una constante en los testimonios. Los habitantes de las zonas rurales sienten que "no se invierte" en infraestructura de salud en sus comunidades, que "siempre el centro de salud ha sido igual", y que hay un "deterioro" en lugar de mejoras. Esta sensación de desatención genera frustración y desconfianza en el sistema de salud, y refuerza la idea de que existe una inequidad en el acceso a los servicios entre las áreas rurales y urbanas. La necesidad de "más compromiso por la parte del gobierno actual" y de "un puesto de salud acá que hagan esa inversión" son llamados a la acción que reflejan la urgencia de abordar las deficiencias en la infraestructura de salud rural.

A pesar de las múltiples quejas sobre la insuficiencia de la infraestructura de salud, es importante señalar que durante el periodo de estudio, la Empresa Social del Estado (ESE) municipal realizó esfuerzos por ampliar la red de servicios en la zona rural. Específicamente, se inauguró un nuevo puesto de salud en el barrio Porfiria, lo cual fue percibido como una mejora por algunos habitantes. Incluso en este caso, un entrevistado se señaló que el puesto de salud carecía de "todos los equipos necesarios ni tampoco estuvieran todos los médicos súper buenos especialistas", lo que indica que, si bien se avanzó en la expansión de la infraestructura, aún persisten retos en cuanto a su dotación y capacidad resolutive.

De otro lado, la escasez de personal médico es una preocupación recurrente entre los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio, quienes perciben una insuficiencia que afecta tanto la oportunidad como la calidad de la atención. Los entrevistados expresan la necesidad de "más médicos, más profesionales", señalando que "es muy escasa la atención médica" y que "la parte personal médica es muy poca". Esta percepción de falta de personal se alinea con investigaciones como la del Observatorio Nacional de Salud (2016) que ha documentado la desigual distribución del talento humano en salud en Colombia, donde las zonas rurales a menudo enfrentan una menor disponibilidad de médicos y enfermeras en comparación con las áreas urbanas.

Esta insuficiencia de personal médico tiene consecuencias directas en la calidad de la atención percibida por los usuarios. Algunos entrevistados describen la atención como "regular", mientras que otros enfatizan que "falta mucho" para que la atención sea satisfactoria. De acuerdo a Bran-Piedrahita et al. (2020), la falta de personal se traduce en limitaciones en la capacidad de respuesta de los centros de salud rurales, lo que puede generar demoras en la atención, diagnósticos incompletos y una falta de seguimiento adecuado a los pacientes, situación que

puede contribuir a la insatisfacción general con los servicios de salud y a la percepción de que la atención en las zonas rurales es de menor calidad que en las ciudades.

Las entrevistas también revelan una percepción de falta de sensibilidad y empatía por parte del personal de salud en algunos casos, por ejemplo, un entrevistado menciona que "las enfermeras son gente que a veces ni les duele que haya un señor de 80, 70 años parado esperando", lo que sugiere una falta de atención humanizada y de calidad en la interacción con los pacientes. Esta percepción puede estar relacionada con la sobrecarga de trabajo del personal de salud, la falta de recursos y la falta de capacitación en habilidades de comunicación y trato al paciente (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Mejorar la disponibilidad de personal médico en las zonas rurales no solo implica aumentar el número de profesionales, sino también garantizar que estos cuenten con las competencias y el apoyo necesario para brindar una atención de calidad y humanizada.

A su vez, la evaluación de la calidad de la atención médica por parte de los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio, según las entrevistas, revela una tendencia hacia la insatisfacción, pues los participantes utilizan términos como "muy poca", "muy pésimo", y "regular" para describir su experiencia. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) esta percepción negativa se relaciona con problemas estructurales y organizativos del sistema de salud que afectan la interacción entre los usuarios y los servicios, derivada de la experiencia del paciente y su influencia en la utilización de servicios de salud.

Los entrevistados mencionan las dificultades para acceder a especialistas y la necesidad de traslados a Villavicencio, lo que genera demoras y afecta la continuidad de la atención, dejando ver que la oportunidad en la atención es un factor crítico que influye en la calidad percibida. La espera prolongada para citas con especialistas, como se evidencia en la frase "uno

le toca, lo atiende a uno un doctor y ese doctor le manda un especialista que lo atiende después de seis meses", es un problema que deteriora la confianza en el sistema. La Defensoría del Pueblo (2023) ha mostrado cómo los tiempos de espera excesivos están asociados con una menor satisfacción del usuario y peores resultados en salud.

La falta de equipos médicos especializados y la escasez de personal son mencionados como factores que limitan la capacidad de los centros de salud rurales para brindar una atención adecuada. Los entrevistados señalan la necesidad de "aparatos médicos pues para atención especial" y "buenos equipos de laboratorio", lo que indica una percepción de carencia tecnológica que impacta la calidad de los servicios. La disponibilidad y suficiencia de recursos también juegan un papel fundamental en la calidad de la atención (Del Carmen, 2019).

Por su parte, las estrategias móviles de salud y las campañas puntuales son percibidas por algunos habitantes de las zonas rurales de Villavicencio como un complemento a la atención regular, aunque con ciertas limitaciones. Al respecto, un participante menciona que "algunas veces hay jornadas de atención por parte de la Secretaría de Salud Municipal, nos visitan y hacen campañas jornadas en puntos estratégicos de la vereda".

Sin embargo, la percepción general sugiere que estas acciones son insuficientes en frecuencia y alcance para abordar las necesidades de salud de la población rural de manera integral. La literatura académica resalta el potencial de las estrategias móviles para mejorar el acceso en áreas remotas, pero también subraya la importancia de su sostenibilidad y articulación con la red de servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Es más, la falta de continuidad en estas estrategias es un punto crítico señalado por los entrevistados; la necesidad de que "se haga con más frecuencia" refleja la preocupación por la irregularidad en la prestación de servicios de salud en las zonas rurales. Si bien las campañas

pueden ser efectivas para abordar problemas de salud específicos o realizar actividades de promoción y prevención, la ausencia de una oferta regular de servicios dificulta el seguimiento de los pacientes y la atención de sus necesidades a largo plazo. Estudios recientes enfatizan la necesidad de que las estrategias móviles se integren en un modelo de atención continua para lograr un mayor impacto en la salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Además, las entrevistas sugieren que el enfoque de las estrategias móviles se centra principalmente en atenciones sencillas o de primer nivel. Un participante indica que se sienten "satisfecho, en atenciones a cosas sencillas, en atenciones a primero o segundo nivel, insatisfecho", lo que implica que las necesidades de atención especializada o de mayor complejidad no están siendo adecuadamente cubiertas por estas iniciativas, lo que plantea la necesidad de diversificar la oferta de servicios en las estrategias móviles, incluyendo la participación de especialistas y la disponibilidad de equipos diagnósticos y terapéuticos portátiles, tal como lo sugieren algunas investigaciones.

La satisfacción general con los servicios de salud en las zonas rurales de Villavicencio, según las entrevistas, muestra un predominio de insatisfacción entre los habitantes. Múltiples participantes expresan sentirse "nada satisfecho" o "muy insatisfecho" con la atención recibida, lo que refleja un problema sistémico en la provisión de servicios de salud en estas áreas. Esta percepción negativa se alinea con el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2022) que han documentado la brecha en la satisfacción del usuario entre áreas rurales y urbanas, donde las limitaciones en el acceso y la calidad de la atención contribuyen a una menor satisfacción en las zonas rurales.

Varios factores contribuyen a la baja satisfacción general expresada por los entrevistados. La percepción de lejanía y dificultad en el acceso a los servicios de salud es un tema recurrente, como se evidencia en comentarios como "siempre las cosas son retiradas" y "es muy difícil el acceso a una salud digna acá en zonas rurales del municipio". La necesidad de trasladarse frecuentemente a Villavicencio para recibir atención médica, la falta de disponibilidad de medicamentos y la escasez de personal médico son problemas que afectan la experiencia del usuario y disminuyen su satisfacción con los servicios recibidos.

Durante la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, Villavicencio, al igual que el resto del país, adoptó una serie de políticas públicas de carácter urgente que buscaron contener la propagación del virus y mitigar sus impactos en el sistema de salud. La implementación del Decreto 457 de 2020, que estableció el aislamiento preventivo obligatorio, fue fundamental para restringir la movilidad y disminuir los contagios, especialmente en zonas urbanas densamente pobladas. A su vez, la Resolución 666 de 2020 introdujo protocolos de bioseguridad de aplicación nacional, cuyo cumplimiento fue clave para la reactivación progresiva de servicios de salud y actividades económicas.

Estas políticas también se adoptaron en las áreas rurales de Villavicencio, aunque con dificultades en su implementación por las limitaciones en vigilancia, conectividad y recursos logísticos. Gómez (2020) destaca que la implementación efectiva de estas medidas permitió una contención inicial de la pandemia en el municipio, lo cual fue crucial para ganar tiempo en la adecuación de la capacidad hospitalaria. Sin embargo, estas acciones también visibilizaron las brechas preexistentes en el acceso a servicios de salud en la ruralidad, especialmente en lo relacionado con el seguimiento epidemiológico y la cobertura de atención primaria.

Con el avance de la pandemia y el aumento sostenido de casos, se hizo evidente la necesidad de fortalecer la infraestructura sanitaria. En este sentido, el Decreto 538 de 2020 permitió la expansión de la red hospitalaria, autorizando la contratación extraordinaria de personal médico y la adecuación de unidades de cuidados intensivos (UCI). En el caso de Villavicencio, estas disposiciones se materializaron en la activación de planes hospitalarios de emergencia y en la adecuación de espacios como la clínica Carlos Nieto, aunque no sin dificultades logísticas y legales. Rodríguez (2022) sostiene que la planificación proactiva y la expansión de infraestructura fueron factores determinantes para evitar un colapso completo del sistema local.

No obstante, informes de la Secretaría de Salud Departamental (2021) advierten que la respuesta fue desigual entre áreas urbanas y rurales, donde persistieron limitaciones severas para garantizar acceso efectivo a servicios básicos. Además, la implementación de estrategias como la regionalización de pacientes, el aislamiento domiciliario y la atención extramural resultaron insuficientes en corregimientos dispersos, que carecen de transporte sanitario, red de comunicación y dotación mínima en sus centros de salud.

Una de las medidas más innovadoras adoptadas por Villavicencio fue la incorporación de herramientas tecnológicas como la teleconsulta y el uso de aplicaciones móviles para rastreo de contactos, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas estrategias, complementadas por resoluciones que habilitaron el teletrabajo para parte del personal de salud, permitieron mantener cierta continuidad de la atención, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas y controles prenatales. Sin embargo, la efectividad de estas medidas fue desigual en la zona rural del municipio, debido a las profundas brechas digitales. Según la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF, 2021), menos del 20% de los

hogares rurales en Colombia cuenta con acceso estable a internet, lo cual limitó la viabilidad de la atención remota. Como resultado, muchas comunidades rurales quedaron desconectadas del sistema de vigilancia y seguimiento, enfrentando barreras adicionales para acceder a orientación médica básica durante los momentos más críticos de la pandemia. Esta desigualdad tecnológica subraya la importancia de incorporar un enfoque territorial diferencial en la formulación de políticas públicas en salud.

Así mismo, la reapertura económica gradual, autorizada mediante la Resolución 0000916 de 2020, planteó un nuevo reto para los gobiernos locales, al exigir equilibrio entre reactivación productiva y protección sanitaria. En Villavicencio, la flexibilización de restricciones evidenció las tensiones entre sectores económicos y autoridades de salud, y reveló las debilidades del sistema para garantizar medidas sostenidas de prevención en zonas rurales y periurbanas. Pérez (2021) advierte que estas medidas expusieron las desigualdades estructurales del sistema, ya que muchas comunidades rurales carecen de infraestructura mínima para cumplir protocolos de bioseguridad, como acceso a agua potable o servicios de saneamiento. Aunque el municipio logró mantener niveles de vacunación similares al promedio nacional, con más del 80% de la población objetivo inmunizada, la capacidad de respuesta en zonas rurales siguió siendo limitada. Esta experiencia deja como lección la necesidad de robustecer la infraestructura local en salud, invertir en tecnologías apropiadas para el entorno rural y mejorar la articulación entre los niveles de gobierno para responder de forma más equitativa y eficaz ante futuras emergencias sanitarias.

Así las cosas, la caracterización de las percepciones de los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio revela un panorama complejo en relación con la implementación de estrategias de acceso a la salud, especialmente marcado en el marco de la atención de la emergencia

sanitaria por COVID-19. El mapa de palabras y el análisis de las entrevistas destacan la centralidad del tema de la salud en la vida de estas comunidades, así como la persistencia de importantes desafíos en términos de infraestructura, disponibilidad de personal médico y calidad de la atención. Si bien se reconocen esfuerzos por parte de las autoridades y programas como "Cuidémonos Juntos", la percepción generalizada apunta a una insatisfacción y a la necesidad de una mayor inversión y compromiso para cerrar las brechas existentes entre las zonas rurales y urbanas.

Es más, el Plan de Desarrollo Municipal 2020–2023 “Villavicencio Cambia Contigo”, a través del programa *Cuidémonos Juntos*, definió metas en salud que, si bien fueron técnicamente pertinentes, presentaron limitaciones significativas en su cumplimiento cuando se evalúan desde una perspectiva rural. Por ejemplo, la meta de alcanzar el 100% de cobertura del sistema de salud mostró avances a nivel general, pero en las zonas rurales persistieron múltiples barreras de acceso efectivo, como problemas en el registro de afiliación de personas desplazadas, población migrante o habitantes sin documentación regular. Aunque se logró una mayor vinculación al sistema, no siempre fue acompañada de un acceso real a los servicios médicos, lo cual deja la percepción de una cobertura nominal más que funcional en la ruralidad.

Del mismo modo, el indicador relacionado con el aumento en la atención a población vulnerable con servicios de baja complejidad no alcanzó su potencial en las veredas más alejadas, donde no existen puestos de salud operativos ni unidades móviles permanentes. La meta de pasar de 2.009 a 2.500 personas atendidas resultó ambiciosa, pero no se evidenció una estrategia robusta que priorizara a las comunidades rurales dispersas. Durante la pandemia, el cierre temporal de algunos centros de salud y la redirección de personal a tareas de contención dificultaron aún más la atención regular a pacientes crónicos, adultos mayores y mujeres

embarazadas de sectores rurales, que dependían del transporte interveredal para acceder a controles básicos.

En cuanto a los indicadores de salud materno-infantil, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, los resultados fueron limitados en las zonas rurales. Aunque en la zona urbana se observaron mejoras puntuales gracias a la atención hospitalaria y la vacunación sistemática, en la ruralidad persistieron dificultades para acceder a controles prenatales, partos institucionales y seguimiento pediátrico. La falta de parteras certificadas, la escasa oferta de transporte sanitario y la insuficiencia de personal médico en corregimientos influyeron negativamente en el cumplimiento de estas metas. En muchas veredas, la atención médica llegó de forma esporádica, afectando la oportunidad del diagnóstico y la prevención de complicaciones, lo cual pudo haber contribuido a que los indicadores no mejoraran significativamente en el entorno rural.

Los indicadores de enfermedades transmisibles, como tuberculosis o enfermedades transmitidas por vectores (ETV), también reflejan retos de implementación rural. Aunque el municipio proyectó la reducción de la tasa de tuberculosis y dengue, las limitaciones en vigilancia epidemiológica rural, junto con la falta de acciones sostenidas en control vectorial en zonas endémicas, impidieron un cumplimiento homogéneo. Las brigadas sanitarias no lograron cobertura continua durante el periodo, y en algunas zonas rurales no se realizaron fumigaciones ni campañas educativas con la regularidad necesaria. Además, las interrupciones derivadas del COVID-19 redujeron la posibilidad de hacer tamizajes comunitarios, lo cual afectó tanto la detección temprana como la capacidad de respuesta oportuna ante nuevos casos.

En cuanto a los procesos institucionales, como el aumento del porcentaje de certificación en calidad de los servicios de salud de la ESE municipal, no hay evidencia suficiente de que estas mejoras hayan alcanzado de forma significativa a las zonas rurales. Si bien es probable que la

sede principal de la ESE y algunos centros urbanos hayan avanzado en protocolos de calidad, las comunidades rurales reportaron persistencia de prácticas informales, falta de insumos, ausencia de protocolos actualizados y debilidad en la continuidad de la atención. Esto sugiere que el avance en calidad institucional se concentró en la zona urbana y no logró permear de manera efectiva hacia la periferia rural.

Los hallazgos de este estudio subrayan la urgencia de adoptar un enfoque integral y multidimensional para abordar las problemáticas de acceso a la salud en las zonas rurales. No basta con aumentar la cobertura o implementar estrategias móviles puntuales; es fundamental fortalecer la infraestructura física y tecnológica de los centros de salud, garantizar la presencia de personal médico suficiente y capacitado, y mejorar la calidad de la atención desde una perspectiva tanto técnica como humana. Además, es esencial considerar las barreras geográficas, económicas y culturales que enfrentan los habitantes rurales, y diseñar intervenciones que se adapten a sus necesidades y realidades específicas.

En última instancia, la mejora del acceso a la salud en las zonas rurales de Villavicencio no solo representa un imperativo ético y un derecho fundamental de sus habitantes, sino también una oportunidad para impulsar el desarrollo sostenible y la equidad social en el municipio. Al cerrar las brechas en salud, se contribuye a mejorar la calidad de vida de las comunidades rurales, a fortalecer su capital humano y a promover su inclusión social y económica. Para lograr este objetivo, es fundamental que las políticas públicas en salud se basen en la evidencia, incorporen la voz de los actores involucrados y se orienten hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades).

**Insumos de participación ciudadana para comunidades rurales en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud con enfoque de derechos**

Un tema recurrente en las propuestas de los habitantes de las zonas rurales de Villavicencio es la necesidad de mejorar y expandir la infraestructura de salud. Varios participantes sugieren la construcción de nuevos centros de salud o la ampliación de los existentes. Una entrevistada expresa: "me gustaría más equipos para más tecnología o ampliarlo más grande", y otra entrevistada recomienda "que hicieran un nuevo centro de salud que tuviera varios aparatos de especializaciones", opiniones que convergen en la idea de Rojas et al. (2018) que la infraestructura actual es insuficiente para atender las necesidades de la población rural, lo cual coincide con la problemática de la baja cobertura y calidad de la infraestructura de salud en zonas rurales de Colombia.

La dotación de equipos médicos y la disponibilidad de medicamentos son aspectos críticos señalados por los entrevistados. Un participante indica la necesidad de "buenos equipos de laboratorio, necesitan equipos de odontología y cirugía", mientras que otra entrevistada enfatiza la carencia de "medicamentos, todos los equipos tecnológicos que nos permitan a nosotros no tener que ir lejos", lo que refleja las dificultades en el acceso a tecnologías en salud en áreas rurales, lo cual ha sido documentado como una barrera para la atención oportuna y efectiva.

Varios entrevistados resaltan la importancia de mejorar la accesibilidad geográfica y la movilidad hacia los servicios de salud. Por ejemplo, uno de ellos describe las dificultades para trasladarse a centros de salud urbanos y la necesidad de "un centro de salud en cada vereda", mientras que otro propone "un apoyo a las comunidades para que tengan fácil acceso en materia de movilidad a los centros médicos", para ello se debe tener en cuenta lo dicho por la

Organización Panamericana de la Salud (2022), en cuanto a las barreras geográficas y de transporte, pues son reconocidas como obstáculo importante para el acceso a la salud en poblaciones rurales dispersas.

La participación ciudadana, lejos de ser un simple requisito formal, se convierte en un pilar fundamental para que las políticas de salud en zonas rurales realmente respondan a las necesidades de la gente que habita allí. En la formulación de políticas como las contempladas en el Plan de Desarrollo de Villavicencio, es crucial escuchar las voces de campesinos, líderes comunitarios, mujeres rurales y jóvenes. Ellos conocen de cerca las barreras geográficas, económicas y culturales que dificultan el acceso a un médico, a medicinas o a programas de prevención. Incorporar sus saberes y experiencias desde el inicio garantiza que las estrategias diseñadas partan de la realidad del territorio, no de supuestos de escritorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Un enfoque de derechos en esta participación significa reconocer que la salud no es una dádiva, sino un derecho fundamental que el Estado debe garantizar, sin discriminación alguna. Para las comunidades rurales de Villavicencio, esto implica que su participación debe ir más allá de ser consultados; deben ser agentes activos en la definición de prioridades, la identificación de soluciones innovadoras y la exigencia del cumplimiento de lo pactado en el Plan de Desarrollo. Se trata de empoderar a la comunidad para que conozca sus derechos en salud y cuente con los mecanismos efectivos para hacerlos valer (Departamento Nacional de Planeación, 2024).

En la fase de formulación del Plan de Desarrollo Municipal "Villavicencio Cambia Contigo" 2020-2023, la recolección de propuestas ciudadanas fue un insumo valioso. Sin embargo, es vital que estas propuestas, surgidas del sentir de las comunidades rurales, se vean reflejadas de manera concreta en las metas y programas específicos orientados a mejorar el

acceso a servicios de salud en el campo. La participación inicial cobra verdadero sentido cuando se traduce en acciones medibles y pertinentes para el contexto rural (Alcaldía de Villavicencio, 2020).

El seguimiento a la implementación de estas políticas es otro momento clave para la participación rural. No basta con tener programas en el papel; las comunidades deben poder vigilar que lo prometido se cumpla. Esto implica facilitar espacios y mecanismos accesibles para que reporten si las brigadas de salud están llegando, si los centros de salud rurales cuentan con personal y medicinas, o si los programas de prevención se están ejecutando efectivamente. Su retroalimentación directa es un termómetro indispensable para medir el avance real (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La evaluación participativa, por su parte, permite a las comunidades rurales valorar el impacto de las políticas y programas de salud en sus vidas. ¿Realmente ha mejorado el acceso a los servicios médicos? ¿Las barreras persistentes se han reducido? ¿Las acciones implementadas han tenido en cuenta sus particularidades culturales y geográficas? Esta mirada desde la base es fundamental para ajustar las políticas, aprender de los aciertos y errores, y asegurar que los recursos públicos se inviertan de la manera más efectiva para garantizar el derecho a la salud en el ámbito rural (Colombia Diversa et al., 2018).

Los insumos de participación no son uniformes; varían según las características de cada comunidad rural en Villavicencio. Factores como la dispersión geográfica, la conectividad, el nivel educativo y la presencia de grupos étnicos demandan estrategias de participación diferenciadas y adaptadas a cada contexto. Un enfoque de derechos exige reconocer y valorar esta diversidad, creando canales de comunicación y participación que sean inclusivos y respetuosos con las particularidades locales (Departamento Nacional de Planeación, 2024).

La confianza entre la comunidad y las instituciones es un factor determinante para una participación genuina y efectiva. Si las experiencias previas han generado desconfianza debido a promesas incumplidas o a espacios de participación meramente informativos, será más difícil motivar a la comunidad a involucrarse activamente en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud. Reconstruir esa confianza a través de la transparencia, la rendición de cuentas y la demostración de que su participación genera cambios reales es esencial.

A su vez, las experiencias vividas durante la pandemia por COVID-19 en las zonas rurales de Villavicencio dejaron en evidencia la urgente necesidad de fortalecer mecanismos de participación ciudadana en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud con enfoque de derechos. La emergencia sanitaria expuso no solo las debilidades estructurales del sistema de salud en la ruralidad, sino también la limitada vinculación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones.

La ausencia de canales efectivos para expresar necesidades y prioridades locales generó una respuesta institucional fragmentada, con estrategias que muchas veces no respondieron a las condiciones reales del territorio, lo cual afectó la implementación oportuna de acciones de promoción, prevención y atención en salud, y reafirmó la importancia de incorporar la voz de las comunidades en los instrumentos de planificación territorial. Por ello, uno de los principales insumos que surge de esta experiencia es la necesidad de activar o reconfigurar espacios como los Consejos Territoriales de Planeación, las veedurías ciudadanas en salud y los comités de participación comunitaria (Copacos), especialmente en contextos rurales, para garantizar una representación efectiva y continua de las comunidades en el ciclo de la política pública.

Además, la pandemia mostró que la participación ciudadana no debe ser únicamente consultiva o decorativa, sino que debe traducirse en procesos reales de empoderamiento

comunitario con capacidad de incidir en la gestión pública. En las zonas rurales, los liderazgos locales —veredales, comunitarios o de asociaciones campesinas— desempeñaron un papel clave en la articulación de ayudas, el monitoreo de contagios y la organización de actividades de cuidado colectivo, a pesar de no haber sido integrados formalmente en las estrategias institucionales.

Estas experiencias deben recuperarse como insumos para diseñar políticas públicas de salud con enfoque de derechos, que reconozcan el saber territorial, la corresponsabilidad y la autonomía organizativa de las comunidades rurales. Incluir a estos actores en la planificación no solo favorece la legitimidad y pertinencia de las políticas, sino que fortalece la gobernanza en salud, entendida como la articulación entre Estado y sociedad para garantizar el derecho a la salud de forma equitativa y sostenible.

En definitiva, la participación ciudadana con enfoque de derechos en las zonas rurales de Villavicencio, en el marco de su Plan de Desarrollo, es la savia que nutre políticas de salud más justas, equitativas y efectivas, pues, al empoderar a las comunidades para que sean protagonistas en la garantía de su propio derecho a la salud, se sientan las bases para un mejoramiento sostenible del acceso a los servicios médicos y se construye un futuro más saludable y digno para todos en el campo.

### Conclusiones

El análisis de las políticas públicas en salud rural en Villavicencio revela un marco normativo robusto a nivel nacional, con la Constitución Política como pilar fundamental y leyes como la 100, 715, 1438 y la Estatutaria 1751 que buscan garantizar el acceso universal y equitativo a la salud. Instrumentos de política como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) establecen directrices para la atención integral y la planificación a largo plazo. A nivel local, el Plan de Desarrollo Municipal "Villavicencio Cambia Contigo" y su programa "Cuidémonos Juntos" reflejan un esfuerzo por alinear las acciones con estos mandatos, buscando fortalecer la infraestructura, la atención primaria y la prevención de enfermedades con un enfoque territorial y diferencial. No obstante, es importante señalar que dicho plan fue formulado sin prever el impacto de la pandemia de COVID-19, la cual reconfiguró las prioridades sanitarias del municipio, generando retos que no estaban contemplados inicialmente, como la necesidad de atención extramural, seguimiento epidemiológico rural y reorganización de redes de atención.

Sin embargo, a pesar de estos avances y la existencia de un marco legal y político favorable, persisten limitaciones significativas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en las zonas rurales de Villavicencio, que se intensificaron durante la pandemia. El diagnóstico municipal evidencia carencias en infraestructura, especialmente la falta de puestos de salud con atención continua en áreas remotas, lo que dificultó aún más el acceso oportuno en medio de las restricciones de movilidad impuestas por el aislamiento obligatorio. Aunque el programa "Cuidémonos Juntos" aborda la atención primaria en estas áreas, su ejecución enfrentó obstáculos derivados de la crisis sanitaria, como la redistribución urgente de recursos, la sobrecarga de los equipos de salud y la interrupción de actividades de promoción y prevención.

Superar estas brechas demanda un compromiso continuo, una asignación eficiente de recursos y una coordinación interinstitucional efectiva para traducir las políticas en resultados tangibles que mejoren la salud y el bienestar de la población rural.

La caracterización de las percepciones sobre el acceso a la salud en las zonas rurales de Villavicencio revela un panorama desafiante, donde la centralidad del tema de la salud contrasta con las dificultades persistentes en infraestructura, personal y calidad de la atención. situación se agudizó durante la pandemia por COVID-19, que expuso con mayor crudeza las limitaciones del sistema en contextos rurales. La emergencia sanitaria evidenció la fragilidad de las rutas de atención, el colapso temporal de algunos servicios esenciales y la desarticulación entre los niveles local y nacional, afectando de forma directa a las comunidades rurales más apartadas. A pesar de los esfuerzos y programas implementados, la insatisfacción generalizada subraya la necesidad de un enfoque integral que aborde las barreras geográficas, económicas y culturales, y que priorice la inversión, la mejora de la calidad y la participación comunitaria para lograr un acceso equitativo y sostenible a la salud, contribuyendo así al desarrollo y bienestar de estas comunidades, aún más vulnerables en contextos de crisis sanitaria.

A partir de las voces recogidas, queda claro que la participación ciudadana de las comunidades rurales de Villavicencio ofrece insumos vitales y concretos para la formulación de políticas de salud pertinentes. Las preocupaciones sobre la insuficiencia de infraestructura, la falta de dotación tecnológica y de medicamentos, y las persistentes barreras geográficas y de movilidad no son meras quejas, sino diagnósticos situacionales fundamentados en la experiencia diaria de quienes habitan el territorio. Durante la pandemia, muchas comunidades reportaron una desconexión total con las instituciones de salud debido a restricciones de movilidad, escasez de personal médico y ausencia de atención extramural, lo que reafirma la importancia de integrar

sus perspectivas en la planificación local. Incorporar estas experiencias en la formulación de políticas bajo un enfoque de derechos asegura que el Plan de Desarrollo Municipal "Villavicencio Cambia Contigo" pueda trazar rutas de acción que respondan con mayor pertinencia a las necesidades reales del territorio, especialmente frente a escenarios de emergencia como los vividos entre 2020 y 2022.

En este sentido, la efectividad del Plan de Desarrollo Municipal para mejorar el acceso a servicios médicos en las zonas rurales de Villavicencio dependió en gran medida de la continuidad y profundidad de la participación ciudadana en todas las fases del ciclo de la política pública, lo que se hizo aún más evidente durante el COVID-19, cuando la ausencia de estructuras de gobernanza participativa en salud impidió respuestas rápidas, adaptadas y coordinadas con las comunidades rurales. El seguimiento y la evaluación participativos no solo funcionan como mecanismos de control social y transparencia, sino que también permiten ajustar las estrategias a medida que se implementan, garantizando que las acciones se mantengan alineadas con las necesidades evolutivas de las comunidades rurales y con el enfoque de derechos que debe prevalecer.

A partir del análisis realizado, se puede concluir que el Plan de Desarrollo Municipal de Villavicencio 2020-2023 "Villavicencio Cambia Contigo", a través de su programa "Cuidémonos Juntos", buscó contribuir al acceso a los servicios médicos en las zonas rurales articulándose con el robusto marco normativo nacional y reconociendo la necesidad de fortalecer la infraestructura y la atención primaria, parcialmente nutrido por los valiosos insumos de participación ciudadana que identificaron las principales carencias y barreras como infraestructura deficiente, falta de dotación y problemas de movilidad. No obstante, al no haber previsto los efectos de una emergencia como la pandemia por COVID-19, el plan no contó con

mecanismos de respuesta inmediata ni adaptaciones institucionales suficientes para enfrentar la crisis en el ámbito rural. A pesar de esta alineación programática y la intención de abordar las problemáticas, la evidencia y las percepciones comunitarias recopiladas sugieren que persisten limitaciones significativas y una insatisfacción generalizada, indicando que la contribución real y efectiva del Plan al logro de un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud en el campo enfrentó importantes desafíos en su implementación y no logró superar completamente las profundas brechas existentes durante su periodo de ejecución, menos aún en un contexto marcado por la incertidumbre y la fragilidad institucional provocadas por la pandemia.

Aunque el PDM de Villavicencio 2020–2023 presentó metas de salud plausibles y coherentes con los objetivos nacionales, su ejecución en el ámbito rural fue insuficiente para alcanzar los cambios esperados. Los efectos de la pandemia, sumados a las carencias estructurales en infraestructura, dotación y personal en el campo, limitaron el impacto de las acciones. El cumplimiento de los indicadores fue parcial y mayormente concentrado en áreas urbanas, dejando a las zonas rurales con avances marginales, lo que sugiere que, en futuros planes, se debe considerar un componente rural claramente diferenciado, con recursos específicos, metas propias y estrategias diseñadas desde las realidades territoriales, de modo que el acceso a la salud no continúe siendo un privilegio urbano, sino un derecho garantizado para toda la población.

### **Recomendaciones**

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio es preciso recomendar:

Al gobierno municipal fomentar activamente la participación ciudadana, especialmente en escenarios pospandemia, es invertir en políticas de salud más robustas, equitativas y capaces de generar un impacto positivo y sostenible en la calidad de vida de la población rural de Villavicencio.

También es importante incorporar de manera explícita en los próximos planes de desarrollo municipal un enfoque territorial diferencial en salud rural, que contemple las particularidades geográficas, culturales y sociales de las comunidades rurales de Villavicencio.

A su vez, la pandemia por COVID-19 evidenció que la planificación generalista, sin atención a los contextos específicos, genera respuestas ineficientes e inequitativas, por ello es necesario que los diagnósticos territoriales sean construidos con participación comunitaria directa y que los objetivos estratégicos incluyan metas e indicadores concretos sobre acceso, cobertura, calidad y continuidad de los servicios de salud en zonas rurales.

Se requiere una mayor especificidad en las estrategias de implementación, incluyendo el fortalecimiento de la telemedicina, el uso de tecnologías apropiadas y la participación comunitaria en la gestión del riesgo sanitario. Superar estas brechas demanda un compromiso continuo, una asignación eficiente de recursos y una coordinación interinstitucional efectiva que, a partir de las lecciones de la pandemia, permita traducir las políticas en resultados tangibles que mejoren la salud y el bienestar de la población rural de manera sostenible y resiliente.

Así mismo, se recomienda fortalecer la infraestructura física y tecnológica del sistema de salud rural, garantizando centros de salud con atención permanente, dotación adecuada y personal capacitado dispuesto a permanecer en territorio. Para ello, se sugiere establecer

incentivos diferenciados para médicos y enfermeros que trabajen en zonas rurales, así como desarrollar programas de atención extramural sostenibles, apoyados en tecnologías como la telemedicina y sistemas de información georreferenciada. La expansión de la cobertura debe ir acompañada de inversión en transporte sanitario, conectividad digital y condiciones dignas de atención para asegurar que la población rural reciba atención en condiciones de oportunidad y calidad.

Además, se deben consolidar mecanismos de participación ciudadana rural en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud, como los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos), los Consejos Territoriales de Planeación y las veedurías ciudadanas, los cuales deben ser activadas, fortalecidas y dotadas de capacidad de incidencia real. Para ello, el municipio debería diseñar estrategias de formación ciudadana en derechos en salud, control social y planeación participativa, que permitan a las comunidades incidir con conocimiento y legitimidad en las decisiones que afectan su bienestar.

También se recomienda que futuras investigaciones se enfoquen en evaluar la efectividad real de dichas estrategias y programas en las zonas rurales, cuantificando el impacto en indicadores clave de acceso y calidad. Así mismo, es fundamental explorar los factores facilitadores y las barreras encontradas durante la implementación de estas iniciativas, así como documentar las percepciones y experiencias de los habitantes rurales respecto a la disponibilidad, pertinencia y oportunidad de la atención en salud recibida.

### Referencias bibliográficas

3I Solution Colombia. (2024). *Barreras y retos para la provisión de servicios en salud -*

*Guainía*. <https://latam.3is.org/multiple-afectacion-guania/barreras-y-retos-para-la-provision-de-servicios-en-salud-guainia/>

Alcaldía de Villavicencio. (2020). *Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 “Villavicencio Cambia Contigo”*. Alcaldía de Villavicencio.

Alcaldía de Villavicencio. (2024a, 24 de mayo). *Ampliar la cobertura y mejorar la atención en salud, metas de la ESE municipal para estos cuatro años*.

<https://villavicencio.gov.co/ampliar-la-cobertura-y-mejorar-la-atencion-en-salud-metas-de-la-ese-municipal-para-estos-cuatro-anos/>Alcaldía de Villavicencio

Alcaldía de Villavicencio. (2024b, 17 de julio). *Villavicencio impulsa modelo preventivo de*

*salud: 250 usuarios se han beneficiado*. <https://villavicencio.gov.co/villavicencio-impulsa-modelo-preventivo-de-salud-250-usuarios-se-han-beneficiado/>

Alcaldía de Villavicencio. (2024c, 11 de diciembre). *Prevención de enfermedades y ampliación de cobertura médica, principales logros en salud pública este año*.

<https://villavicencio.gov.co/prevencion-de-enfermedades-y-ampliacion-de-cobertura-medica-principales-logros-en-salud-publica-este-ano/>

Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF). (2021). *El sistema de salud colombiano: retos y oportunidades*. Carta Financiera, (174).

Balabanova, D., Mills, A., Conteh, L., Akkazieva, B., Banteyerga, H., Dash, U., et al. (2013).

Good health at low cost 25 years on: Lessons for the future of health systems strengthening. *The Lancet*, 381(9883), 2118–2133.

- Beltrán-Cleves, M. V., Estrada-Montoya, J. H. y Durán-Torres, C. F. (2023). Recurso humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud, Caquetá, Colombia, 2020: análisis cuantitativo y desde la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Médicas UIS*, 36(3), 31-44. <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023003> *Revistas UIS*
- Bran-Piedrahita, L., Valencia-Arias, A., Palacios-Moya, L., Gómez-Molina, S., Acevedo-Correa, Y. y Arias-Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Brinkerhoff, D., Fort, C. y Stratton, S. (2009). *Good governance and health: Assessing progress in Rwanda*. Twubakane Decentralization and Health Program, USAID. <http://www.intrahealth.org/~intrahea/files/media/good-governance-and-healthassessing-progress-in-rwanda/goodgovandhealth.pdf>
- Caicedo-Rosero, Á. V. y Estrada-Montoya, J. H. (2017). Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.bgas>
- Carrillo Vargas, J. F. y Rojas Sánchez, L. A. (2022). *Plan de gestión en cobertura para la salud rural colombiana. Salud al alcance de todos*. [Tesis de Maestría, Universidad Externado de Colombia]. Repositorio Institucional Uexternado. <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/13184>
- Cepal-OPS (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Informe COVID-19. 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52536>

Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final

(CSIVI). (2022). *Informe sobre la implementación del PNSR y su vínculo con los PDET*.

<https://www.comisiondelaverdad.co>

Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Diario

Oficial No. 109.645. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148.

[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=4635](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4635)

Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias*. Diario Oficial No. 44.654.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4326>

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*.

Diario Oficial No. 47.957.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41275>

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015, Derecho Fundamental a la*

*Salud*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Consultor Salud. (2024). *Radiografía de la Salud Rural en Colombia: el 37,3% de los hospitales*

*públicos están en riesgo financiero*. <https://consultorsalud.com/salud-rural-col-hospitales-publicos-financiero/Consultor Salud>

Cuéllar-Segura, C. M. (2022). Lecciones aprendidas en salud pública frente a la COVID-19: una mirada hacia futuras epidemias y pandemias. *Biomédica*, 42(Suppl. 2), 5-8.

- Del Carmen, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36,2: 288-295. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Defensoría del Pueblo. (2020). *Informe de seguimiento al derecho fundamental a la salud*. Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. (2023). *XXXI Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República. Informe Situación de DD. HH y DIH 2023*. Defensoría del Pueblo. [https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2025-02/Informe-al-Congreso-2023\\_0.pdf](https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2025-02/Informe-al-Congreso-2023_0.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022). *Indicadores de salud y condiciones de vida en Colombia rural*. <https://www.dane.gov.co>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2021). *Seguimiento a la implementación del Acuerdo Final a través del Sistema Integrado de Información para el Posconflicto: potencialidades y retos de una herramienta sin precedentes*. <https://www.redalyc.org/journal/675/67572336008/>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2021). *Plan Nacional de Salud Rural: Documento técnico de política pública*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/PN-Salud-Rural.pdf>
- Dodgson, R., Lee, K. y Drager, N. (2002). *Global health governance: A conceptual review* (Discussion Paper No. 1). Centre on Global Change & Health, Department of Health & Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine and World Health Organization.
- El País. (2025, marzo 16). Los médicos revisan la gestión del covid-19 en Colombia: "No estamos preparados para otra pandemia". <https://elpais.com/america-colombia/2025-03->

[16/los-medicos-revisan-la-gestion-del-covid-19-en-colombia-no-estamos-preparados-para-otra-pandemia.html](https://revistas.uniajc.edu.co/index.php/sapientia/article/view/132)

Franco, D. L., Cubillos, A. L. y López, Ó. M. (2023). Prestación de servicios de salud en el territorio rural de la región andina colombiana 2020. *Revista Sapientia*, 15(29), 45–58.

<https://revistas.uniajc.edu.co/index.php/sapientia/article/view/132>

Gobierno de Colombia. (2020). Decreto 457 de 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110674>

Gobierno Nacional y FARC-EP. (2016). *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*.

[https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3932\\_Anexo%20B\\_Plan%20Marco%20de%20Implementaci%C3%B3n%20%28PMI%29.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3932_Anexo%20B_Plan%20Marco%20de%20Implementaci%C3%B3n%20%28PMI%29.pdf)

González, J. (2021). *Gestión Integral del Riesgo en Salud: Retos y perspectivas en las zonas rurales de Colombia*. Editorial Universitaria.

González, L. y Sánchez, D. (2021). Evaluación del impacto de políticas públicas locales en contextos rurales: Una revisión crítica. *Revista de Administración Pública y Territorio*, 18(2), 45-62. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rapyt/article/view/38721>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., ... & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 490-504.

- Joshi, A. y Moore, M. (2004). Institutionalised co-production: Unorthodox public service delivery in challenging environments. *Journal of Development Studies*, 40(4), 31–49.
- Liang, X., Guo, H., Jin, C., Peng, X. y Zhang, X. (2012). The effect of New Cooperative Medical Scheme on health outcomes and alleviating catastrophic health expenditure in China: A systematic review. *PLoS ONE*, 7(8), e40850.
- Mena, C. L. (2023). *Determinación de factores y propuesta de mejora para reducir el tiempo óptimo de respuesta en emergencias de la ambulancia de atención prehospitalaria del Hospital General del Sur de Quito IESS durante el periodo enero–diciembre 2022*. [Tesis de Maestría, Universidad de las Américas]. Repositorio Institucional UDLA.  
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15358>
- Méndez, L. A. (2022). *Satisfacción de los pacientes que reciben servicio odontológico en el centro de salud Ricaurte del distrito norte de la zona rural de la ciudad de Cuenca periodo octubre 2021-febrero 2022*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Cuenca]. Repositorio Institucional UCACUE. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/12371>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*. MinSalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Análisis de la situación de salud en Colombia, 2018*. MinSalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19*. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031*. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Política Nacional de Salud Rural*. MinSalud.

<https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Logros del Ministerio de Salud y Protección Social en 2023*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Logros-del-Ministerio-de-Salud-y-Protecci%C3%B3n-Social-en-2023.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Decreto 0351 de 2023: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural*. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0351-2023-plan-nacional-salud-rural.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Informe sobre Goce Efectivo del Derecho a la Salud 2024*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-goce-efectivo-derecho-salud-2024.pdf> .

Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2016). *Mortalidad evitable en Colombia, 1998-2015*. Instituto Nacional de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Mortalidad-evitable-Colombia.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.

[http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Estrategia para el fortalecimiento de la atención primaria en salud en el contexto del COVID-19*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54326>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Equidad en el acceso a la salud: una prioridad en las Américas*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Equidad en salud: Principios y desafíos para la acción pública en América Latina*. <https://www.paho.org>

Rincón, M. y Bonilla, C. (2022). Participación comunitaria y gobernanza en salud rural: desafíos para la implementación de políticas públicas territoriales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21(43), 1–18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps21-43.pcg>

Rincón, L. y Gaitán, L. (2021). *Desigualdades estructurales y derecho a la salud en Colombia: retos para su garantía efectiva*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20(41), 1–16.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps20-41.deds>

Rodríguez, M. (2020). *Atención primaria en salud en zonas rurales de Colombia: Estrategias de inclusión y acceso*. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 34-50.

Rojas, F. (2022). Fundamentos de la cobertura universal en servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(1), e2108.

- Rojas, M. I., et al. (2018). Calidad de la atención en salud en zonas rurales dispersas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 567-575.
- Sánchez, L. (2020). *El enfoque diferencial en la Política de Atención Integral en Salud: Impacto en la población rural*. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 18(2), 75-90.
- Sarmiento, J. P., Pérez, L. M. y Castro, D. (2021). Salud pública y ruralidad: gestión del riesgo y vigilancia comunitaria. *Salud y Sociedad Rural*, 10(2), 45–60.
- Secretaría de Salud Departamental (2021). *Informe de atención a la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Departamento del Meta*. Gobernación del Meta.
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M. y Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13–25.
- Studenta. (2020). *Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023, Gobierno de los ciudadanos - Trabajo Social*. <https://es.studenta.com/content/137579276/plan-de-desarrollo-municipal-2020-2023-gobierno-de-los-ciudadanos>
- Transparencia Internacional. (2017). *Índice de Percepción de la Corrupción 2016*.
- Travis, P., Egger, D., Davies, P. y Mechbal, A. (2001). *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). (2023). *Plan de estudios – Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial*. <https://estudios.unad.edu.co/plan-de-estudios-maestria-en-gobierno-politicas-publicas-y-desarrollo-territorial>
- Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz. (2021). *Informe de seguimiento a la salud en el marco del Acuerdo Final*. <https://www.portalpaaz.gov.co>

Vélez, M. y Gómez, H. (2020). Salud intercultural en Colombia: retos para la atención en comunidades rurales. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 73–80.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v22n1.86577>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.

You, X. y Kobayashi, Y. (2009). The New Cooperative Medical Scheme in China. *Health Policy*, 91, 1–9.

## **Apéndices**

### **Apéndice A. Cuestionario de entrevista a la comunidad**

#### **Objetivo del instrumento:**

Recopilar información cualitativa sobre las percepciones, experiencias y propuestas de los habitantes de zonas rurales, profesionales de la salud y funcionarios locales en relación con el acceso a servicios médicos y la infraestructura sanitaria en Villavicencio.

#### **Estructura del instrumento:**

La entrevista semiestructurada está dividida en tres secciones principales: **1) Acceso a servicios de salud, 2) Infraestructura sanitaria, y 3) Propuestas de mejora.** Cada sección incluye preguntas abiertas que permiten explorar en profundidad las experiencias y opiniones de los entrevistados, con la posibilidad de realizar preguntas adicionales según las respuestas obtenidas.

#### **Entrevista a Habitantes de Zonas Rurales**

##### **1. Acceso a Servicios de Salud**

- ¿Cómo describiría su experiencia al acceder a servicios médicos en su comunidad rural durante los años 2020-2023?
- ¿Con qué frecuencia usted o su familia necesitan trasladarse a otras localidades para recibir atención médica? ¿Qué obstáculos enfrenta en este proceso?
- ¿Cree que los servicios de salud disponibles en su zona son suficientes para satisfacer sus necesidades? ¿Por qué?

##### **2. Calidad de la Infraestructura Sanitaria**

- ¿Qué opina sobre la calidad de la atención médica que ha recibido en su comunidad?
- ¿Cómo describiría las condiciones de los centros de salud o puestos médicos en su comunidad?
- ¿Qué recursos o equipos considera que son necesarios en los centros de salud de su zona?

### **3. Satisfacción del Usuario**

- ¿Ha notado alguna mejora o deterioro en la infraestructura sanitaria en los últimos años? ¿Qué cambios ha observado?
- En su opinión, ¿qué medidas podrían tomarse para mejorar el acceso a los servicios médicos en su comunidad?
- Si pudiera hacer una recomendación directa a las autoridades locales sobre el sistema de salud, ¿qué les sugeriría?

## **Apéndice B. Cuestionario de entrevista a Funcionarios Públicos**

**Objetivo:** Obtener información sobre la planificación e implementación de políticas de salud relacionadas con la infraestructura sanitaria en zonas rurales de Villavicencio.

### **1. Políticas de Salud**

- ¿Cuáles son las principales políticas que se han implementado para mejorar la infraestructura sanitaria en las zonas rurales de Villavicencio?
- ¿Qué desafíos han encontrado al implementar estas políticas en las comunidades rurales?

### **2. Medición de Impacto**

- ¿Cómo se ha medido el impacto de las políticas de salud que se han implementado hasta ahora en términos de acceso y calidad de servicios?

### **3. Participación Comunitaria**

- ¿Qué estrategias se están utilizando para garantizar que la comunidad participe en el proceso de planificación de la infraestructura sanitaria?

### **4. Expectativas Futuras**

- ¿Cuáles son las expectativas o metas que se tienen para el acceso a servicios médicos en las zonas rurales durante el periodo 2021-2024?

## **Apéndice C. Cuestionario de entrevista a Funcionarios del Sector Salud**

**Objetivo:** Recoger información sobre la operación de los servicios de salud y las necesidades de la población en áreas rurales.

### **1. Desafíos en la Atención Médica**

- ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrentan al brindar atención médica en las zonas rurales de Villavicencio?

### **2. Impacto de la Infraestructura**

- ¿Cómo afecta la infraestructura sanitaria actual a la calidad de los servicios médicos que pueden ofrecer?

### **3. Recursos Necesarios**

- ¿Qué recursos o herramientas consideran necesarios para mejorar el acceso a servicios médicos en estas áreas?

### **4. Identificación de Necesidades**

- ¿Cómo se involucra a la comunidad en la identificación de sus propias necesidades de salud?

### **5. Cambios Observados**

- ¿Qué cambios o mejoras han observado en el acceso a servicios médicos desde la implementación de nuevas políticas en el periodo 2021-2024?

### **Criterios de Aplicación**

- **Población objetivo:** Habitantes de zonas rurales de Villavicencio, profesionales de la salud que trabajan en estas áreas y funcionarios locales relacionados con la gestión de servicios médicos.
- **Duración estimada:** 30-45 minutos por entrevista.

- **Lugar de aplicación:** En las comunidades rurales o en espacios acordados con los participantes, garantizando un ambiente cómodo y confidencial.
- **Consentimiento informado:** Antes de iniciar la entrevista, se explicará a los participantes el propósito de la investigación y se solicitará su consentimiento para participar y grabar la conversación (si es necesario). Este formato será empleado con fines únicamente académicos.

## **Apéndice D. Evidencias**

**Registro de las entrevistas:** <https://drive.google.com/drive/folders/1awEpNB-JldEZ99yPnl3pSQ3soA2FvMS2?usp=sharing>

**Consentimientos informados:**  
<https://drive.google.com/file/d/1ksYBja1fZw723TVHtsO2-qp-b6D1IkFn/view?usp=sharing>