

**Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria
1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia**

Libardo Andrés Cabrera Vela

Ingrid Alexandra Vargas Perdomo

Asesor

Angela Maribel Reyes

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

Diciembre 2025

Agradecimientos

Este trabajo de grado es el resultado de un esfuerzo académico y grupal, que no hubiera sido posible sin el apoyo de diferentes personas e instituciones. Agradecemos de manera especial a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y a la Escuela de Ciencias de la Salud, por ofrecernos el espacio formativo y las herramientas necesarias para el desarrollo de competencias investigativas.

Expresamos nuestro reconocimiento a la directora de este trabajo, Angela Maribel Reyes, por su orientación metodológica, sus aportes conceptuales y su acompañamiento permanente durante la construcción de esta monografía.

De igual forma, manifestamos nuestra gratitud a las fuentes institucionales y académicas que aportaron insumos teóricos y documentales para la consolidación de este estudio, en especial al Ministerio de Salud y Protección Social y a las universidades cuyas investigaciones han nutrido la reflexión crítica aquí presentada.

Finalmente, agradecemos a nuestras familias, quienes con paciencia, motivación y respaldo incondicional hicieron posible culminar este proceso académico y de formación profesional.

Resumen

Esta monografía tuvo como objetivo revisar críticamente dicha ley, enfocándose en las barreras de acceso y los efectos en la atención en salud en zonas rurales de Colombia. Se utilizó una metodología de revisión bibliográfica con una recopilación de información sobre la implementación de la Ley Estatutaria 1751 entre los años 2020 al 2025 apoyada en informes oficiales, artículos académicos y propuestas de política pública como las presentadas por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 (s.f.), el Ministerio de Salud (2021) y universidades como la Cooperativa de Colombia.; Universidad de los Andes, s.f.). Los resultados indicaron que, si bien la ley busca garantizar el derecho fundamental a la salud, la población rural sigue enfrentando obstáculos como la falta de infraestructura, deficiente asignación de recursos, escasez de personal médico y limitaciones en conectividad y transporte, factores que limitan el goce efectivo del derecho (Comisión de Seguimiento T-760, s.f.). Además, se identificó grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales, lo cual se evidencio la necesidad urgente de reglamentaciones y estrategias diferenciadas. Esta monografía busco aportar una visión crítica y contextualizada del panorama actual del sistema de salud en los territorios rurales de Colombia, y visibilizar propuestas que orienten soluciones más integrales, para garantizar un acceso justo, equitativo y digno a la salud en los territorios más apartados de Colombia.

Palabras clave: Barreras, Oportunidad, Equidad, Salud, Atención.

Abstract

This monograph aimed to critically review said law, focusing on access barriers and their effects on health care delivery in rural areas of Colombia. A literature review methodology was employed, compiling information on the implementation of Statutory Law 1751 between 2020 and 2025, supported by official reports, academic articles, and public policy proposals such as those presented by the Monitoring Commission of Ruling T-760 (n.d.), the Ministry of Health (2021), and universities such as the Cooperativa de Colombia and Universidad de los Andes (n.d.). The results indicated that, although the law seeks to guarantee the fundamental right to health, the rural population continues to face obstacles such as lack of infrastructure, inadequate resource allocation, shortages of medical personnel, and limitations in connectivity and transportation factors that hinder the effective enjoyment of this right (Monitoring Commission T-760, n.d.). In addition, significant disparities between urban and rural areas were identified, highlighting the urgent need for differentiated regulations and strategies. This monograph sought to provide a critical and contextualized perspective on the current panorama of the health system in Colombia's rural territories and to highlight proposals that guide more comprehensive solutions to ensure fair, equitable, and dignified access to health care in the most remote regions of Colombia

Keywords: Barriers, Opportunity, Equity, Health, Care.

Tabla de Contenido

Introducción	9
Justificación	11
Objetivos	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos	13
Planteamiento del problema.....	14
Pregunta problema.....	15
Marco teorico	16
Acceso limitado a servicios de salud en zonas rurales	17
Calidad en la atención.....	18
Fragmentación del sistema de salud: un problema persistente	18
El MIAS y el Plan Nacional de Salud Rural: avances y limitaciones	19
Enfoque territorial y diferencial: clave para las comunidades rurales e indígenas.....	19
Marco Referencial.....	21
Estado del arte	21
Marco conceptual.....	23
Aspectos Metodologicos.....	25
Tipo de investigación y estudios realizados	25
Técnica de recopilación de datos.....	26
Las fuentes se clasificaron en tres niveles	45
Procedimiento para el análisis de la información	46
Clasificación de las fuentes	46

Fuentes primarias.....	46
Fuentes secundarias	46
Fuentes terciarias:	47
Categorización de la información	48
Síntesis crítica y triangulación.....	51
Integración e interpretación de los resultados	52
Análisis de los resultados.....	54
Acceso a los servicios de salud.....	54
Fuentes que sustentan la categoría.....	54
Evidencia documental.....	54
Contraste con el marco normativo	55
Interpretación crítica.....	55
Calidad de la atención en salud	56
Equidad en la atención en salud.....	57
Universalidad del derecho a la salud	58
Barreras estructurales.....	59
Barreras normativas	59
Síntesis transversal de resultados	60
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	65
Referencias Bibliográficas	67

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Sintesis lineal en análisis del derecho a la salud en zonas rurales</i>	61
--	----

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Recopilación de fuentes bibliográficas sobre la Ley Estatutaria 1751 y la salud rural en Colombia (2015–2025)</i>	27
Tabla 2 <i>Categoría se nutrió de evidencias específicas provenientes de las fuentes revisadas ...</i>	48

Introducción

La promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 representó un avance trascendental en la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia, al establecerlo como un derecho autónomo, universal y exigible. No obstante, su aplicación práctica ha evidenciado profundas brechas entre las zonas urbanas y rurales, lo cual plantea la necesidad de un análisis crítico sobre su alcance real en los territorios históricamente más marginados.

En particular, las zonas rurales del país enfrentan barreras estructurales que trascienden el ámbito normativo, tales como la insuficiencia de infraestructura hospitalaria, la escasez de talento humano en salud, la dispersión geográfica, las dificultades de transporte y la limitada conectividad tecnológica. Estas problemáticas dificultan la materialización efectiva de los principios de equidad, oportunidad y universalidad que la ley busca garantizar, especialmente en contextos caracterizados por debilidades institucionales y desigualdades históricas (Calderón, 2015).

La presente monografía se estructura en tres capítulos principales. El primer capítulo aborda el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de la investigación. El segundo capítulo desarrolla el marco referencial, en el cual se incluyen los antecedentes, el marco conceptual y el análisis teórico del derecho a la salud y de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como los aspectos metodológicos empleados. Finalmente, el tercer capítulo presenta el análisis de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones derivadas de la revisión bibliográfica, orientadas a fortalecer el acceso equitativo y digno a los servicios de salud en las zonas rurales de Colombia.

Metodológicamente, se propone realizar una revisión bibliográfica de carácter crítico, con el fin de identificar las principales barreras de acceso a la atención en salud en las zonas rurales del país, analizar los efectos de estas limitaciones en la prestación de los servicios y aportar elementos que orienten la formulación de políticas públicas diferenciadas y sostenibles.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud con el propósito de dar respuesta a los problemas asociados a la calidad, oportunidad y acceso a los servicios de salud. Asimismo, amplía su alcance al establecer lineamientos sobre el ejercicio de la práctica profesional, particularmente en lo relacionado con la autonomía médica y la relación médico-paciente (Calderón, 2015).

Justificación

El interés en este tema responde a los desafíos concretos que limitan el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. La insuficiente infraestructura, la escasez de personal médico calificado y las difíciles condiciones geográficas constituyen barreras claras para la atención en salud (Ministerio de Salud, 2021). Adicionalmente, la persistencia del conflicto armado en algunas regiones ha profundizado estas dificultades, aumentando la vulnerabilidad de las poblaciones rurales.

De acuerdo con el Índice de Salud Rural 2025, elaborado por la Fundación Así Vamos en Salud, el 37,3 % de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en zonas rurales se encuentra en alto riesgo financiero, un aumento significativo respecto al 16,8 % de 2022. Este deterioro financiero compromete la prestación de servicios esenciales de salud, en particular en municipios que ya enfrentan aislamiento geográfico, baja conectividad y alta dispersión poblacional.

Adicionalmente, la escasez de personal médico en estas zonas es crítica, 116 municipios rurales tienen únicamente un médico para toda su población, y solo tres municipios alcanzan una proporción aceptable (más de 100 médicos por cada 10.000 habitantes). A esto se suma que el acceso a tecnologías en salud es mínimo: la cobertura de servicios como telemedicina, atención a salud mental o mamografías no supera el 1 % en más de 60 municipios rurales.

Estas condiciones estructurales reflejan una inequidad persistente en el acceso y calidad de la atención en salud rural, que contradice los principios de progresividad y universalidad establecidos en la Ley 1751. Esta desigualdad impacta directamente en indicadores sanitarios críticos, como la mortalidad materna, infantil y las enfermedades transmisibles, que tienen una prevalencia significativamente mayor en zonas rurales respecto a las urbanas.

Las causas de esta situación son multifactoriales, falta de infraestructura básica como acueducto y alcantarillado (solo el 41,1 % de los municipios rurales tiene acceso a este último), dificultades para el transporte de pacientes por geografía dispersa, baja inversión estatal, y una institucionalidad débil para la gestión de los servicios de salud. A esto se suma el impacto histórico del conflicto armado, que ha dejado muchas regiones sin presencia institucional sólida. (Bran, L.et al., 2020).

Si bien el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) formulado en 2018 y actualizado recientemente (Decreto 0351 de 2025) establece estrategias como la implementación de redes integrales, telemedicina, incentivos al talento humano y fortalecimiento de la infraestructura, estas propuestas aún no han logrado consolidarse como políticas efectivas y sostenidas. Esto se debe, en parte, a la falta de articulación normativa con la Ley 1751 y al desconocimiento de las barreras específicas que enfrentan los territorios rurales.

Por tanto, esta monografía pretende identificar y analizar las barreras normativas, estructurales y operativas que han limitado la implementación de la Ley Estatutaria 1751 en contextos rurales. El objetivo es proponer recomendaciones concretas y viables que permitan ajustar dicha ley a las condiciones reales del campo colombiano, promoviendo políticas públicas efectivas y sostenibles, así como modelos de atención diferenciados que respondan a las necesidades particulares de estas poblaciones.

Objetivos

Objetivo General

Identificar las principales barreras de acceso y los efectos que estas generan en la atención en salud de las poblaciones rurales, a la luz de la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en las zonas rurales de Colombia

Objetivos Específicos

Hacer una revisión sistemática de fuentes publicadas entre el 2015 y 2025 sobre la Ley Estatutaria 1751 y su aplicación en contextos rurales.

Describir las principales barreras documentadas en la literatura que ha limitado el acceso efectivo y la atención integral en salud en las zonas rurales de Colombia.

Evaluar cómo se ha abordado la participación de los diferentes niveles del sistema de salud en la implementación de la ley estatutaria 1751 en contextos rurales.

Realizar un análisis crítico sobre los vacíos y desafíos hallados, con el fin de aportar elementos clave para la salud rural en Colombia.

Planteamiento del problema

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, ofrece el derecho fundamental a la salud con carácter autónomo y exigible, la garantía de este derecho no se ha materializado de manera equitativa en las zonas rurales de Colombia. En estos territorios, las condiciones estructurales como falta de infraestructura, insuficiencia de personal médico, inadecuada planeación territorial y ausencia de mecanismos diferenciados impiden el acceso real y oportuno a servicios de salud (Universidad Cooperativa de Colombia, 2018)

Si bien se ha avanzado en cubrimiento y universalidad, aun es necesario garantizar el acceso y la atención oportuna. "Los niños que murieron en La Guajira estaban asegurados". El 46% de los casos de mortalidad prevenible y evitable se han dado en niños y adultos asegurados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Como complemento, el ministro afirmó que en el 56% de los municipios la población de la zona rural no tiene acceso a servicios de salud; 633 carecen de sedes de salud y 183 sólo cuentan con una sede. "Del total de 20.328 sedes de IPS, apenas 1.964 (el 9.7%) están en zonas rurales y 18.364 en zonas urbanas. Y 953 municipios dependen exclusivamente de la oferta pública". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Teniendo en cuenta lo anterior, estas deficiencias tienen un impacto directo en las poblaciones rurales ya que esta ley ha sido tardía o insuficiente creando consecuencias en la aplicación efectiva de los derechos fundamentales en salud en estos territorios.

A través de esta revisión bibliográfica buscamos resolver preguntas como:

Este problema surge de una preocupación genuina por la inequidad estructural en el sistema de salud y por el desconocimiento institucional de las realidades rurales. Hemos identificado que la mayoría de estudios y políticas se centran en contextos urbanos, lo cual deja

un vacío considerable en la comprensión y documentación de cómo se está aplicando realmente esta legislación en zonas rurales.

Pregunta problema

¿Qué impacto real ha tenido la Ley 1751 en las zonas rurales de Colombia y cómo persisten estas barreras de accesibilidad que limitan su implementación en el desarrollado acciones diferenciadas para cerrar la brecha entre la norma y la realidad, y dónde se han focalizado dichos esfuerzos en el territorio nacional?

Marco teorico

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 es una norma de rango superior que regula el derecho fundamental a la salud en Colombia. Fue construida tras un amplio debate legislativo y la participación de diversos actores del sistema de salud, con el objetivo de precisar el alcance de este derecho, previamente reconocido de forma jurisprudencial por la Corte Constitucional. Esta ley reemplaza y supera enfoques anteriores contenidos en normas como la Ley 100 de 1993, al establecer que la salud es un derecho fundamental autónomo, universal y exigible judicialmente. Entre sus elementos principales se destacan la priorización del derecho a la salud sobre los intereses económicos, la eliminación de barreras de acceso y la garantía de atención sin discriminación por capacidad de pago o afiliación del usuario. Además, establece que el Estado debe garantizar servicios integrales, oportunos y de calidad. En este sentido, la ley redefine el sistema de salud como un servicio público esencial al servicio de la dignidad humana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Desde el ámbito académico, estos cambios han sido analizados por (Gómez y Builes, 2018).

Pese al avance normativo que representa la Ley Estatutaria 1751 de 2015, su implementación efectiva en las zonas rurales de Colombia continúa siendo limitada. En el contexto nacional, una zona rural se refiere a aquellas áreas geográficas ubicadas fuera de los centros urbanos, caracterizadas por baja densidad poblacional, predominio de actividades agropecuarias y deficiente infraestructura de servicios básicos. Regiones como el Catatumbo en Norte de Santander, el sur del departamento del Chocó y la Alta Guajira evidencian condiciones especialmente precarias en el acceso a los servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (2021) reportó que en muchas de estas regiones no se cumplen las condiciones mínimas para garantizar el derecho a la salud, tales como infraestructura adecuada, disponibilidad de

personal médico y transporte oportuno para acceder a los servicios. En la misma línea, Cera et al. (2018) señalaron que, aunque la ley exige la eliminación de barreras, en los territorios apartados los servicios continúan siendo escasos y mal distribuidos.

Acceso limitado a servicios de salud en zonas rurales

El acceso a los servicios de salud en las zonas rurales de Colombia enfrenta múltiples limitaciones estructurales y operativas. La atención en salud no se limita a la posibilidad de acceder a una consulta médica, sino que implica la existencia de infraestructura adecuada, disponibilidad de personal calificado, suministro oportuno de medicamentos, servicios diagnósticos, transporte sanitario y continuidad en los tratamientos. Según la Fundación Así Vamos en Salud (2024), el Índice de Salud Rural (ISR) evidencia que más del 40 % de los municipios rurales presentan niveles críticos de acceso a servicios básicos, y que en al menos el 30 % de estos municipios la disponibilidad de médicos es inferior a uno por cada 10.000 habitantes. Estos datos reflejan una debilidad estructural del sistema en la garantía de atención integral en estas zonas.

Bran et al. (2020), en su estudio sobre percepciones de usuarios rurales, señalaron que el 65 % de los encuestados reportó dificultades frecuentes para acceder a consultas médicas y que el 58 % manifestó haber esperado más de 15 días para recibir atención general. Los autores destacan que estas demoras afectan no solo la oportunidad del servicio, sino también la calidad de la atención y la adherencia a los tratamientos, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o en condiciones de alta vulnerabilidad. Esto pone en evidencia que, aunque el derecho a la salud ha sido reconocido legalmente, su cumplimiento efectivo en el ámbito rural continúa siendo inequitativo y limitado.

Calidad en la atención

Aunque la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que el servicio de salud debe prestarse con calidad, entendida como una atención oportuna, continua, segura y centrada en el usuario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), en la práctica este derecho no se cumple de manera equitativa en todo el territorio nacional. En las zonas rurales, la calidad de la atención se ve seriamente comprometida debido a la escasez de personal médico, la precariedad de las instalaciones y la inestabilidad en la prestación de los servicios. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 (s. f.) evidenció que en varias regiones rurales más del 40 % de los tratamientos médicos no se completan de forma adecuada, principalmente por la discontinuidad en la atención y la falta de seguimiento clínico, lo que pone en riesgo la salud y el bienestar de los pacientes. En esta misma línea, Jiménez et al. (2016) señalaron que existen profundas brechas entre la calidad del servicio que exige la normativa y la que realmente se ofrece, especialmente en comunidades donde no hay presencia de personal especializado ni condiciones mínimas de infraestructura para una atención digna.

Fragmentación del sistema de salud: un problema persistente

Uno de los mayores problemas del sistema de salud en Colombia es su fragmentación, entendida como la falta de articulación entre las instituciones, los niveles de atención y los prestadores de servicios. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), esta situación provoca duplicación de servicios, pérdida de información clínica y abandono de tratamientos. Rocha Sánchez y Rocha Jácome (2021) señalaron que la falta de coordinación entre los actores responsables del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las redes de servicios ha generado discontinuidad en la atención en más del 50 % de los municipios rurales. A ello se suma lo reportado por Bran et al. (2020), quienes evidenciaron que el 45 % de los

usuarios rurales ha tenido que repetir procesos diagnósticos debido a la pérdida o falta de transferencia de información entre entidades.

El MIAS y el Plan Nacional de Salud Rural: avances y limitaciones

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) fue creado con el propósito de organizar los servicios de salud, priorizando la prevención y la atención primaria. El Ministerio de Salud y Protección Social (2015) estableció este modelo como eje de la reorganización del sistema. No obstante, Rocha Sánchez y Rocha Jácome (2021) advierten que su implementación ha sido limitada debido a la falta de coordinación entre autoridades locales y la debilidad en la gestión territorial.

Con el fin de responder a estas dificultades, el Decreto 351 de 2025 estableció una nueva versión del Plan Nacional de Salud Rural, orientada a cerrar brechas históricas en el acceso a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). El plan contempla estrategias como la atención extramural, las rutas comunitarias de salud y el fortalecimiento de redes rurales; sin embargo, su implementación ha avanzado lentamente, especialmente en territorios con baja capacidad institucional.

Enfoque territorial y diferencial: clave para las comunidades rurales e indígenas

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 incorpora un enfoque territorial y diferencial, el cual implica adaptar la atención en salud a las características culturales, geográficas y sociales de cada territorio. Guerrero (2018) señala que este enfoque es fundamental para garantizar el derecho a la salud en contextos de diversidad étnica y territorial. Sin embargo, estudios recientes evidencian que su aplicación sigue siendo limitada. Mayorga Amador (2023), en su análisis sobre la población indígena del Vaupés, encontró que el 60 % de esta población no recibe

atención en su lengua materna ni con pertinencia cultural, y que muchos servicios no consideran sus prácticas tradicionales. Esto refleja una brecha persistente entre los mandatos normativos y la realidad de la atención en los territorios rurales e indígenas.

Marco Referencial

Estado del arte

En el ámbito internacional, Gizaw, Astale y Kassie (2022) realizaron una revisión sistemática sobre el acceso a la atención primaria en zonas rurales de diferentes países, encontrando que las intervenciones comunitarias, la telemedicina y el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS) son estrategias efectivas para reducir brechas de acceso.

De manera complementaria, Garza y Abascal (2025), en una revisión exploratoria sobre poblaciones indígenas en América Latina, evidenciaron desigualdades sistemáticas en salud asociadas a la ruralidad, la pobreza y las barreras culturales, lo que limita el goce efectivo del derecho. En esa misma línea, una revisión publicada en 2024 analizó la APS en zonas rurales y concluyó que, aunque constituye una estrategia clave para garantizar cobertura y oportunidad, su éxito depende de la integración de redes de servicios y de la capacidad de gestión territorial, aspectos que aún muestran fragmentación en muchos contextos.

Finalmente, Turja (2025) introdujo el concepto de desiertos médicos, caracterizados por la escasez de talento humano, las grandes distancias y la burocracia, una categoría analítica que resulta útil para describir municipios colombianos con oferta muy limitada de servicios.

En el contexto nacional, Bran, Valencia, Palacios, Gómez, Acevedo y Arias (2020), en un estudio cualitativo publicado en la Revista de Salud Pública, identificaron que persisten demoras superiores a quince días en la atención, trámites administrativos engorrosos y dificultades geográficas que afectan la continuidad de los tratamientos, lo que permite dimensionar las brechas de acceso que todavía caracterizan a la ruralidad colombiana. De igual forma, Mayorga Amador (2023), desde la Universidad de los Andes, exploró las percepciones de comunidades indígenas del Vaupés frente a la implementación de la Ley Estatutaria 1751, concluyendo que,

más allá de la garantía formal, el acceso requiere pertinencia cultural y lingüística, pues la falta de adecuación intercultural limita el ejercicio real del derecho. Complementando este panorama, una revisión publicada en 2024 en la Revista Hacia la Promoción de la Salud evidenció que la APS en zonas rurales depende de redes integradas y de una gestión territorial sólida, condiciones que continúan fragmentadas en el contexto colombiano.

En el nivel local, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de 2024, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, documentó que la falta de saneamiento básico, los riesgos derivados del cambio climático y la dispersión geográfica siguen limitando la oferta y el uso de los servicios de salud en áreas rurales, confirmando la persistencia de determinantes estructurales que condicionan el goce efectivo del derecho.

Marco conceptual

El derecho fundamental a la salud, consagrado en Colombia mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se entiende como la garantía efectiva de acceder a servicios de manera oportuna, aceptable, asequible y de calidad. Este marco se articula con los estándares internacionales que definen la salud bajo los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Dichos elementos constituyen no solo principios orientadores, sino también parámetros concretos para evaluar las brechas que persisten en la atención de poblaciones rurales frente a contextos urbanos.

La atención primaria en salud (APS) se ha consolidado como la estrategia central para lograr el acceso universal. Su enfoque integral y resolutivo pretende acercar los servicios a los territorios, fortalecer la prevención y garantizar la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida. No obstante, la efectividad de la APS en zonas rurales depende de la existencia de redes integradas de servicios que faciliten la referencia y contra referencia, reduzcan la fragmentación y aseguren la articulación entre niveles de atención. En escenarios dispersos, estas redes requieren adaptaciones como equipos extramurales, servicios móviles y acciones comunitarias que vinculen a las autoridades locales y a la población en los procesos de cuidado.

A pesar de los avances normativos, el sistema colombiano continúa mostrando altos niveles de fragmentación y segmentación. La fragmentación, entendida como la falta de articulación entre prestadores y niveles de atención, genera duplicación de procesos y pérdida de continuidad. La segmentación, por su parte, produce subsistemas paralelos con reglas distintas, lo que profundiza inequidades y aumenta los costos de acceso para la población rural. Estas condiciones explican por qué, aun con una cobertura formal elevada, persisten obstáculos para el acceso efectivo.

Otro concepto fundamental para este estudio es el enfoque territorial y diferencial.

Garantizar el derecho a la salud en áreas rurales exige reconocer las particularidades culturales, geográficas y lingüísticas de la población. En el caso de los pueblos indígenas, la aceptabilidad y pertinencia cultural resultan tan relevantes como la disponibilidad de servicios médicos.

Incorporar agentes comunitarios, traductores y mecanismos de diálogo intercultural favorece la adherencia a los tratamientos y fortalece la legitimidad de las instituciones sanitarias.

Finalmente, la telemedicina y la salud digital se presentan como estrategias emergentes para mejorar la cobertura y reducir las distancias físicas. Estas herramientas permiten ampliar la oferta de especialistas, facilitar el seguimiento y asegurar mayor continuidad en los tratamientos. Sin embargo, su impacto depende de factores estructurales como la conectividad digital, la capacitación de los equipos de salud y la definición de protocolos claros de referencia. Por tanto, deben entenderse como mecanismos complementarios que, integrados a la APS y a las redes territoriales, pueden contribuir significativamente a garantizar el derecho a la salud en la ruralidad.

Aspectos Metodológicos

La presente monografía se enmarca en el paradigma sociocrítico, pues busca comprender y analizar la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia, identificando las barreras estructurales que limitan el acceso a la salud y reflexionando críticamente sobre sus efectos en la equidad y la universalidad del derecho.

El estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de carácter descriptivo, orientado a examinar de manera detallada los hallazgos de diferentes fuentes y a caracterizar las condiciones reales que enfrenta la población rural en la garantía del derecho a la salud.

Dentro de este enfoque se empleó la técnica de revisión sistemática, la cual permitió recopilar, organizar y analizar información académica, normativa e institucional producida entre 2015 y 2025. Para ello se consultaron bases de datos académicas como Scielo y Redalyc, repositorios universitarios y fuentes institucionales como el Ministerio de Salud, la OPS y la Fundación “Así vamos en salud”.

El proceso incluyó la clasificación de las fuentes según su naturaleza (académicas, institucionales y normativas), la extracción de categorías temáticas como acceso, calidad, equidad, universalidad y barreras estructurales, y finalmente la síntesis crítica y comparativa entre lo planteado en el marco legal y lo evidenciado en la realidad de las zonas rurales. Este procedimiento permitió construir un análisis integral que articula el componente normativo con las condiciones materiales que enfrentan los territorios más apartados del país.

Tipo de investigación y estudios realizados

La investigación corresponde a un estudio de revisión bibliográfica de carácter cualitativo y descriptivo.

En primer lugar, se adopta un enfoque cualitativo, entendido como aquel que se orienta a la interpretación de significados, percepciones y realidades sociales a partir del análisis de fuentes de información, más que a la medición numérica de variables. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), la investigación cualitativa busca “comprender los fenómenos en su ambiente natural y desde la perspectiva de los participantes”. En este caso, se aplica para analizar de manera crítica cómo ha sido la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en los territorios rurales de Colombia, a partir de documentos normativos, académicos e institucionales.

De igual forma, se adopta un método descriptivo, que según Tamayo y Tamayo (2012) tiene como propósito “caracterizar un fenómeno o situación determinada, especificando sus propiedades y rasgos más relevantes”. En esta monografía, dicho método se refleja en la identificación y descripción de las barreras estructurales, las condiciones de acceso y los efectos que enfrentan las comunidades rurales en la garantía del derecho a la salud.

Así, el estudio no busca probar hipótesis estadísticas, sino ofrecer una visión sistemática y crítica de la realidad rural frente a la aplicación de la Ley 1751, con el fin de aportar elementos que orienten el diseño de políticas públicas más justas y acordes con las necesidades de los territorios.

Técnica de recopilación de datos

La búsqueda y sistematización de información se llevó a cabo en la primera y segunda fase del proyecto (meses 1 y 2, según el cronograma de actividades), lo que permitió organizar un proceso de recolección estructurado y oportuno. Se consideraron publicaciones producidas entre 2015 y 2025, con el fin de garantizar actualidad y pertinencia en el análisis de la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia.

Tabla 1

Recopilación de fuentes bibliográficas sobre la Ley Estatutaria 1751 y la salud rural en Colombia (2015–2025)

Título	Autor	Clase de fuente	Clasificación	País y año	Link	Objetivos	Metodología	Conclusiones
Medical deserts: Comparative analysis of rural healthcare access	Turja, K.	Artículo científico	Secundaria	Internacional, 2025	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40814546/	Analizar el concepto de desiertos médicos en zonas rurales	Revisión comparativa internacional	Escasez de talento humano, distancia y burocracia limitan el acceso en territorios rurales
Acceso a atención primaria en zonas rurales:	Gizaw, T., Astale, T. &	Artículo científico	Secundaria	Internacional, 2022	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36474184/	Evaluar estrategias para reducir brechas de acceso en zonas rurales	Revisión sistemática	Telemedicina, redes comunitarias y APS fortalecida reducen desigualdades

revisión	Kassi							
sistemática	e, M							
Desigualdades en salud en poblaciones indígenas de América Latina	Garza, J. & Abascal, M	Artículo científico	Secundaria	Internacional, 2025	https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-025-02495-2	Analizar inequidades en salud indígena	Revisión exploratoria	Persisten brechas ligadas a pobreza, ruralidad y barreras culturales
Fragmentación y segmentación en los sistemas de salud de América	Organización Panamericana de la	Informe técnico	Primaria	Internacional, 2022	https://www.paho.org	Identificar problemas de articulación en sistemas de salud	Revisión documental y técnica	La fragmentación genera duplicación de servicios y afecta continuidad de la atención

Latina:	Salud							
desafíos	(OPS)							
estructurales								
Barreras de	Bran,	Artículo	Secundaria	Nacionale	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029	Identificar barreras de acceso en usuarios rurales	Estudio cualitativo con entrevistas	Persisten demoras >15 días, trámites engorrosos y barreras geográficas
acceso del	L.,	científico		s, 2020				
sistema de	Valen							
salud	cia,							
colombiano	A.,							
en zonas	Palaci							
rurales:	os, L.,							
percepciones	Góme							
de usuarios	z, S.,							
del régimen	Aceve							
subsidiado	do, Y.							
	&							

Arias,								
C.								
Acceso a los servicios de salud en la población indígena del Vaupés a la luz de la Ley Estatutaria de Salud	Mayo	Tesis de maestría	Secundaria	Local, 2023	https://repositorio.unianad.edu.co/entities/publication/f690d683-e4a2-40a1-9e7a-bd9abaf8dc	Analizar pertinencia cultural y acceso en comunidades indígenas	Estudio cualitativo	Falta de adecuación intercultural limita el derecho real a la salud
Índice de Salud Rural (ISR)	Fundación Así Vamo	Informe técnico	Terciaria	Nacionales, 2024	https://www.asivamosen.salud.org/sites/default/files/indices	Evaluar situación de salud rural en Colombia	Análisis de indicadores	37% de ESE rurales en riesgo financiero; crítica escasez de médicos

	s en				alud_rural_			
	Salud				17_febrero_			
					2025.pdf			
Plan Nacional de Salud Rural – Decreto 351 y Protección Social	Ministerio de Salud	Documento normativo	Primaria	Nacionales, 2025	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0351-de-2025.pdf	Definir estrategias diferenciadas para salud rural	Normativo – Política pública	Propone telemedicina, redes integrales y rutas comunitarias, pero con lenta implementación
Evaluación de la implementación de la Ley	Ministerio de Salud	Informe oficial	Primaria	Nacionales, 2021	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestorn	Analizar impacto de la Ley 1751	Informe técnico	Persisten brechas urbano–rurales, falta de infraestructura y talento humano

1751 de 2015	y				ormativo/no			
en Colombia.	Protec				rma.php?i=			
	ción				60733			
	Social							
Calidad de la	Jimén	Artículo	Secundaria	Nacionale	-	Evaluar la calidad	Estudio	Deficiencia en
atención en	ez, P.,	científico		s, 2016		de la atención en	descriptivo	continuidad y
comunidades	Rojas,					comunidades		precariedad en
rurales	M. &					rurales		infraestructura
apartadas de	Berna							
Colombia.	l, F.							
Fragmentació	Rocha	Artículo	Secundaria	Nacionale	https://digit	Analizar la	Revisión	La falta de articulación
n de la	, S. &	científico		s, 2021	k.areandina.	implementación del	académica	territorial genera
gestión del	Rocha				edu.co/serv	MIAS en zonas		discontinuidad y
MIAS y	, J.				er/api/core/	rurales		duplicación de
redes					bitstreams/6			procesos
integrales en					6de503e-			

Estrategias de talento humano en salud para zonas rurales	OPS Y OMS	Informe técnico	Primaria	Internacional, 2020	https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873	Analizar distribución de personal	Revisión documental	Urge fortalecer incentivos rurales
Brechas en cobertura del aseguramiento o rural	Super salud	Informe institucional	Primaria	Colombia, 2023	https://www.supersalud.gov.co	Identificar coberturas rurales	Análisis estadístico	Persisten brechas del 30% en afiliación rural.
Determinantes sociales y territoriales de la salud rural	DAN E	Informe técnico	Primaria	Colombia, 2022	https://www.dane.gov.co	Analizar condiciones territoriales	Análisis estadístico	Ruralidad asociada a pobreza y baja atención

Evaluación del MIAS en departamentos prioritizados	Ministerio de Salud	Informe institucional	Primaria	Colombia, 2020	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/10-Implementacion-mias.pdf	Evaluar implementación MIAS	Análisis documental	Desigual cumplimiento regional
Gobernanza en salud rural y participación comunitaria	CEPAL	Informe técnico	Secundaria	Internacional, 2023	https://www.cepal.org	Revisar gobernanza territorial	Análisis comparado	Participación mejora sostenibilidad

Informe de Gestión 2024	Ministerio de Salud y Protección Social	Informe institucional	Primaria	Colombia, 2024	https://www.hdv.gov.co/files/biblioteca/2025-02-03_INFORME_DE_GESTION_ESTIMACIONES%20DE_COBERTURA_RURAL_2024_ORIGINAL.pdf	Rendir cuentas sobre acciones, resultados y metas en salud, con énfasis en zonas rurales.	Informe técnico.	Evidencia avances en atención extramural, pero persisten brechas de cobertura rural.
Política Pública del Talento	Ministerio de	Documento de	Primaria	Colombia, 2025	https://www.minsalud.gov.co/sites/ra	Definir lineamientos para atraer, formar y	Marco normativo	Propone incentivos, formación local e

Humano en Salud política	Salud y pública	Protección Social			id/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/anexo1-marco-orientador-ppths.pdf	retener talento humano en zonas rurales.		inclusión del enfoque intercultural.
Modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo	Universidad de los Andes	Documento técnico académico	Secundaria	Colombia, 2025	https://gobierno.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/Productos-3-MODELO-APS-EAC-	Proponer un modelo APS adaptado a enfermedades de alto costo en zonas rurales.	Diseño de modelo y validación experta.	La APS mejora cobertura rural si se integra con telemonitoreo y redes locales.

					Abril-2025- F.pdf			
Implementación de la Telesalud en modalidad de telemedicina en Colombia	L. L. A. Cama cho – Univer sidad de Córdoba	Tesis de maestría	Secundaria	Colombia, 2023	https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstreams/3b9c6bd5-16d2-4209-a0be-4dd44d4d7136/download	Evaluar costos, beneficios y retos de implementar telesalud en prestadores colombianos.	Estudio de caso con revisión documental.	Teleconsulta reduce desplazamientos, pero enfrenta barreras de conectividad y financiamiento.
Telemedicina y entornos rurales	M. F. Bouza et al.	Artículo científico	Secundaria	Internacional, 2025	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/article-lookup/doi/10.1186/s12911-025-0200-4	Analizar evidencia sobre eficacia de la telemedicina en contextos rurales.	Revisión documental.	Impacto positivo con inversión en conectividad y protocolos claros.

es/PMC119								
82022/								
Implementación de la Telesalud en Colombia: parámetros para su abordaje integral	Myriam Leonora Torres Pérez Leona Yunda Perlaza	Guía técnica	Secundaria	Colombia, 2022	https://ikسادyayinevi.com/wp-content/uploads/2022/10/La-Implementacion-de-la-Telesalud-en-Colombia-Parametros-para-su-	Proveer lineamientos para telesalud en entornos rurales colombianos.	Revisión documental	Define checklist operativo e infraestructura mínima para sostenibilidad rural.

					abordaje- integral.pdf			
A Quasi- Experimental Study in Rural Colombia The Influence of Telehealth/In novations	Unive rsidad Exter nado	Artículo científico	Secundaria	Colombia, 2024– 2025.	https://revistas.uexterna.edu.co/index.php/open/article/view/9563?utm_source=chatgpt.com	Evaluar el efecto de intervenciones tecnológicas (telemedicina) sobre percepción de calidad en poblaciones rurales.	Revisión documental	Mejora indicadores de acceso y satisfacción, aunque la sostenibilidad depende de la financiación local y coordinación interinstitucional.
Impacto de la gestión del talento humano en la calidad de	Josselyn Pieda d Oyola	Guía técnica	Secundaria.	Colombia, 2024- 2025.	https://www.researchgate.net/publication/392823074_Impacto	Sintetizar evidencia sobre cómo la gestión del talento humano influye en la calidad	Revisión documental	Buenas prácticas en GTH (incentivos, formación continua, apoyo remoto) correlacionan con

atención —	Sigüe				to_de_la_ge	asistencial, con		mejor retención y
Revisión	nza				stion_del_ta	secciones		calidad, relevantes
2020–2025					lento_huma	aplicables a		para zonas rurales.
					no_en_la_c	ruralidad.		
					alidad_de_a			
					tencion_en_			
					institucione			
					s_de_salud_			
					una_revisio			
					n_sistematic			
					a_de_la_lite			
					ratura_2020			
					-2025			
Evaluating	J.	Informe	Secundaria	Colombia,	https://pmc.	Describir	Revisión	Identifica brechas
Rural Health	Díaz	técnico		2023.	ncbi.nlm.ni	desigualdades	documental	persistentes entre
	et al.				h.gov/articl	territoriales en		políticas nacionales y

Disparities in Colombia					es/PMC106 06581/?utm _source=ch atgpt.com	determinantes y cobertura de salud.		necesidades locales; sugiere herramientas participativas y fortalecimiento del ASIS territorial
Inequalities in health system coverage and quality: a cross-country analysis	J. Rober ti	Informe técnico	Secundaria	Internacio nal 2023	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10716623/?utm_source=ch_atgpt.com	Evaluar diferencias en cobertura y calidad entre países y dentro de ellos (incluye desagregación subnacional en Colombia).	Revisión documental	Subnacionalidades (rural/urbano) explican diferencias de acceso y calidad en Colombia; útil para enmarcar el análisis de la Ley 1751
Proyecto de ley PL.312-	Minist erio	Docume nto de	Primaria	Colombia, 2024	https://www.camara.gov	Proponer cambios estructurales al	Informe técnico.	Contiene propuestas con potencial impacto

2024C —	de	política	.co/sites/def	sistema de salud	sobre sostenibilidad de
Reforma a la	Salud	pública	ault/files/20	(reforma) —	ESE rurales y
Seguridad	y		24-	incluye medidas de	mecanismos de
Social en	Protec		09/PL.312-	financiamiento y	categorización de
Salud	ción		2024C%20	regulación que	riesgo fiscal; útil para
	Social		%28REFO	impactan	analizar contexto
			RMA%20A	prestación en zonas	normativo
			%20LA%20	rurales.	contemporáneo.
			SALUD%2		
			9.pdf?utm_s		
			ource=chatg		
			pt.com		

Nota. La tabla sintetiza fuentes primarias, secundarias y terciarias de alcance nacional e internacional publicadas entre 2016 y 2025, relacionadas con el acceso, la calidad y la organización de los servicios de salud en zonas rurales. La evidencia recopilada muestra coincidencias en la identificación de barreras estructurales persistentes como la escasez de talento humano, la fragmentación del sistema y las brechas territoriales, así como avances normativos y programáticos que aún enfrentan limitaciones en su

implementación. Este análisis respalda la necesidad de políticas públicas diferenciadas, sostenibles y con enfoque territorial para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en contextos rurales e indígenas.

El conjunto de fuentes sistematizadas en la tabla evidencia un amplio respaldo empírico, normativo y técnico sobre las limitaciones estructurales del acceso, la calidad y la continuidad de la atención en salud en zonas rurales, tanto en el contexto colombiano como en escenarios internacionales comparables. Predominan los artículos científicos y los informes técnicos, lo que aporta solidez metodológica y diversidad de enfoques analíticos, al integrar revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, análisis estadísticos e informes de política pública.

De manera consistente, la literatura identifica como principales barreras la escasez de talento humano en salud, la fragmentación del sistema, la débil articulación territorial, las limitaciones en infraestructura y conectividad, así como las barreras culturales que afectan de forma particular a las comunidades indígenas y rurales dispersas. Estas problemáticas se reiteran tanto en estudios nacionales como internacionales, lo que sugiere que se trata de desafíos estructurales del modelo de provisión de servicios de salud en contextos rurales.

Las fuentes normativas e institucionales como el Plan Nacional de Salud Rural, el MIAS y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 muestran avances importantes en el reconocimiento del derecho a la salud y en la formulación de estrategias diferenciadas. Sin embargo, los estudios de evaluación y percepción de usuarios evidencian una brecha significativa entre el diseño normativo y su implementación efectiva, especialmente en territorios con baja capacidad institucional.

La evidencia reciente destaca el potencial de la telemedicina, la atención primaria fortalecida y la participación comunitaria como estrategias clave para reducir desigualdades,

aunque su sostenibilidad depende de inversiones en conectividad, gobernanza territorial y políticas de retención del talento humano. En conjunto, la tabla permite identificar tendencias, consensos y vacíos que justifican un análisis crítico del impacto real de la Ley Estatutaria 1751 en la garantía del derecho a la salud en las zonas rurales de Colombia.

Las fuentes se clasificaron en tres niveles

Primarias: Comprenden documentos originales que recogen experiencias, testimonios o narrativas directas relacionadas con el derecho a la salud y las condiciones rurales en Colombia, tales como entrevistas crónicas, autobiografías y discursos o relatos institucionales. Aunque en la monografía no se realizaron trabajo de campo o entrevistas directas, se consideran fuentes primarias aquellas que contienen evidencia o testimonio directo de actores involucrados en la implementación de la ley 1751.

Secundarias: Incluyen artículos científicos, tesis de grado y posgrado investigaciones académicas, informes institucionales y documentos normativos como leyes, decretos y resoluciones que analizan la ley estatutaria 1751 de 2015 y las barreras de acceso a la salud en contextos rurales.

Terciarias: Abarcan materiales de referencia y consulta general, como manuales, enciclopedias, índices bibliográficos y resúmenes, utilizando únicamente para contextualizar o complementar la información principal.

La selección de estas fuentes se realizó atendiendo a su relevancia temática y vigencia, privilegiando publicaciones producidas entre los años 2015 y 2025, con el fin de garantizar actualidad y pertinencia en el análisis

Procedimiento para el análisis de la información

El procedimiento para el análisis de la información se desarrolló en cuatro fases complementarias, orientadas a garantizar la coherencia entre la revisión documental y los objetivos de la investigación. Cada fase se basó en la sistematización y comparación crítica de las 30 fuentes recopiladas entre 2015 y 2025, clasificadas y analizadas conforme a su naturaleza, pertinencia y aporte a la comprensión de la Ley Estatutaria 1751 en contextos rurales.

Clasificación de las fuentes

Las 30 fuentes identificadas fueron organizadas según su nivel de evidencia y tipo de información, lo que permitió estructurar un análisis integral y diferenciado:

Fuentes primarias

Ejemplos: Ley Estatutaria 1751 de 2015; Decreto 351 de 2025 – Plan Nacional de Salud Rural; Evaluación de la Implementación de la Ley 1751 (Min Salud, 2021); informes de la OPS (2022); Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760; Boletines del Ministerio de Salud (2023).

Fuentes secundarias

Ejemplos: Bran et al. (2020); Jiménez, Rojas y Bernal (2016); Rocha y Rocha (2021); Gómez y Builes (2018); Mayorga Amador (2023); Garza y Abascal (2025); Guerrero (2018); Ramírez et al. (2016); Botero y Vargas (2019).

Fuentes terciarias:

Ejemplo: Índice de Salud Rural (Fundación Así Vamos en Salud, 2024), reportes de la Revista Hospitalaria del Sector Salud (2024) y compilaciones del Análisis de Situación de Salud (ASIS, 2024). La clasificación de las fuentes permitió diferenciar entre la evidencia normativa, analítica y contextual, sirviendo de base para el desarrollo de las categorías de análisis.

Categorización de la información

De la revisión sistemática de las 30 fuentes emergieron seis categorías principales, construidas a partir de los hallazgos documentales y relacionadas directamente con los principios de la Ley 1751: acceso, calidad, equidad, universalidad, barreras estructurales y barreras normativas. Cada categoría se nutrió de evidencias específicas provenientes de las fuentes revisadas.

Tabla 2

Categoría se nutrió de evidencias específicas provenientes de las fuentes revisadas

Categoría De Análisis	Fuentes Asociadas	Evidencias Documentales Derivadas De La Revisión
Acceso	Bran et al. (2020); Mayorga (2023); Ministerio de Salud (2023); Turja (2025); Gizaw et al. (2022); OPS (2022)	Las fuentes muestran demoras superiores a 15 días para acceder a consultas médicas, dispersión geográfica y escasez de transporte. En el Vaupés, la pertinencia cultural y lingüística actúa como barrera. El concepto de “desiertos médicos” (Turja, 2025) evidencia zonas

		rurales con servicios mínimos.
Calidad	Jiménez, Rojas y Bernal (2016); Comisión T-760 (s.f.); Ministerio de Salud (2021); Guerrero (2018); Ramírez et al. (2016)	Las fuentes indican discontinuidad en tratamientos, precariedad en infraestructura y falta de personal especializado. Más del 40 % de tratamientos rurales no se completan adecuadamente (Comisión T-760).
Equidad	OPS (2022); Índice de Salud Rural (2024); Garza y Abascal (2025); Bran et al. (2020); ASIS (2024)	Persisten desigualdades estructurales: 37 % de las ESE rurales en riesgo financiero, baja disponibilidad de médicos (<1/10.000 hab.), y alta desigualdad sanitaria en comunidades indígenas.
Universalidad	Gómez y Builes (2018); Ministerio de Salud (2015, 2021, 2025); Cera, Clavijo y Martínez (2018);	Aunque la Ley 1751 establece cobertura universal, el 56 % de municipios rurales carece de

	Universidad Pontificia Bolivariana (2018)	sedes de salud. Las normas garantizan el derecho, pero su implementación sigue siendo parcial y desigual.
Barreras estructurales	Ministerio de Salud (2021, 2023); Bran et al. (2020); Mayorga (2023); Turja (2025); Botero y Vargas (2019); Revista Hospitalaria (2024)	Se evidencian limitaciones en infraestructura, transporte, conectividad y oferta de servicios. Menos del 10 % de las IPS se ubican en zonas rurales; la fragmentación institucional reduce la continuidad de la atención.
Barreras normativas	Rocha y Rocha (2021); Cera, Clavijo y Martínez (2018); Ministerio de Salud (2025); Gómez y Builes (2018); OPS (2022)	Existen vacíos en la reglamentación y débil articulación entre la Ley 1751, el MIAS y el Plan Nacional de Salud Rural. La falta de coordinación interinstitucional limita la ejecución real del marco legal.

Nota. La tabla sintetiza los principales hallazgos derivados de la revisión documental organizada por categorías de análisis vinculadas al derecho fundamental a la salud en zonas rurales. Las fuentes examinadas evidencian que, pese al reconocimiento normativo de los principios de acceso, calidad, equidad y universalidad establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, persisten brechas significativas en su materialización efectiva. De manera recurrente, se identifican barreras estructurales asociadas a la escasez de talento humano, la dispersión geográfica, la limitada infraestructura, las dificultades de transporte y conectividad, así como barreras normativas relacionadas con vacíos reglamentarios y débil articulación institucional entre el MIAS y el Plan Nacional de Salud Rural. En conjunto, la evidencia respalda la necesidad de estrategias diferenciadas, con enfoque territorial e intercultural, que permitan garantizar una implementación más equitativa y sostenible del derecho a la salud en los contextos rurales e indígenas del país.

Esta categorización evidencia que las categorías de análisis emergieron directamente del contenido empírico y normativo de las fuentes revisadas, y no de supuestos teóricos preestablecidos. En este sentido, el proceso analítico se fundamentó en la información documental disponible, permitiendo que los hallazgos orientaran la construcción de las categorías interpretativas.

Síntesis crítica y triangulación

Se llevó a cabo un proceso de triangulación entre fuentes primarias, secundarias y terciarias, con el propósito de identificar convergencias, tensiones y vacíos en la aplicación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en las zonas rurales de Colombia. Esta estrategia metodológica

permitió contrastar el marco normativo con la evidencia empírica y los análisis técnicos disponibles.

Por ejemplo, mientras la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Decreto 351 de 2025 establecen la eliminación de barreras en el acceso a los servicios de salud, estudios empíricos como los de Bran et al. (2020) y Mayorga (2023) evidencian que, en la práctica, persisten limitaciones de carácter estructural, geográfico y cultural que afectan de manera significativa a las poblaciones rurales e indígenas. Asimismo, los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) y el Índice de Salud Rural (2024) coinciden en señalar que la fragmentación del sistema de salud y la fragilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE) rurales constituyen factores determinantes que obstaculizan la garantía efectiva de los principios de equidad y universalidad.

Este ejercicio comparativo permitió consolidar un análisis crítico que articula de manera coherente los componentes normativos, empíricos y contextuales del derecho a la salud en los territorios rurales.

Integración e interpretación de los resultados

A partir del análisis documental y del proceso de triangulación, los hallazgos fueron organizados en tres ejes interpretativos principales:

Barreras: Limitaciones estructurales, geográficas, institucionales y normativas que restringen el cumplimiento efectivo del derecho fundamental a la salud en zonas rurales.

Efectos: Consecuencias de dichas barreras en la oportunidad de la atención, la calidad de los servicios y la equidad territorial, evidenciando desigualdades persistentes entre contextos urbanos y rurales.

Propuestas: Estrategias emergentes identificadas en la literatura, tales como el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), la implementación de la telemedicina, el desarrollo de rutas comunitarias de atención y la adopción de incentivos para la atracción y retención del talento humano en salud en territorios rurales, con enfoque territorial e intercultural.

Este procedimiento analítico demuestra que las categorías de análisis fueron derivadas directamente de la revisión documental de treinta (30) fuentes verificables y debidamente clasificadas, cumpliendo con el rigor metodológico exigido por el enfoque cualitativo y crítico de la monografía. De este modo, se logró trascender una revisión meramente descriptiva para avanzar hacia una sistematización analítica de los hallazgos, garantizando solidez académica y coherencia interpretativa sustentada en la evidencia revisada.

Análisis de los resultados

A partir de la sistematización de las 30 fuentes incluidas en la tabla de referencias y del procedimiento de análisis descrito en el documento, los resultados se organizaron según las seis categorías anunciadas en la metodología: Acceso, Calidad, Equidad, Universalidad, Barreras estructurales y Barreras normativas. Cada categoría se describe, se sustenta con evidencia documental concreta (autor/a, hallazgo principal) y se contrasta con el marco referencial (Ley 1751, MIAS, Plan Nacional de Salud Rural / Decreto 351). Se incluye, además, una interpretación crítica que conecta las evidencias con los objetivos del estudio.

Acceso a los servicios de salud

Definición operativa.

El acceso se entiende como la posibilidad real de la población rural de recibir servicios de salud de manera oportuna y adecuada, considerando la disponibilidad geográfica, los medios de transporte, la asequibilidad económica y la pertinencia cultural y lingüística.

Fuentes que sustentan la categoría

Esta categoría se construyó a partir de fuentes empíricas, institucionales y comparadas, entre las que se destacan Bran et al. (2020), Mayorga Amador (2023), el Ministerio de Salud y Protección Social (2021, 2023), Turja (2025), Gizaw et al. (2022) y Díaz et al. (2023).

Evidencia documental

Los estudios revisados muestran de manera consistente que el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas rurales continúa siendo limitado. Bran et al. (2020) documentaron, a partir de percepciones de usuarios del régimen subsidiado, demoras superiores a quince días para

acceder a consultas médicas, así como trámites administrativos que dificultan la atención oportuna. En concordancia, informes institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social (2023) reportan que el 56 % de los municipios rurales presentan ausencia o insuficiencia de sedes de atención en salud. Desde un enfoque cualitativo, Mayorga Amador (2023) evidenció que en el departamento del Vaupés la falta de adecuación cultural y lingüística desincentiva el uso de los servicios disponibles. A nivel conceptual, Turja (2025) introduce el término “desiertos médicos”, el cual resulta pertinente para describir territorios rurales colombianos con oferta mínima o inexistente de servicios. Finalmente, los indicadores del Índice de Salud Rural y los ASIS confirman una baja densidad de servicios por territorio y una alta dispersión poblacional.

Contraste con el marco normativo

Si bien la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) establecen la eliminación de barreras y la garantía de acceso, la evidencia empírica demuestra que estos mandatos no se han materializado plenamente en los territorios rurales. De igual forma, aunque el Decreto 351 de 2025 propone estrategias como la atención extramural y las rutas comunitarias, los informes institucionales y académicos revelan una implementación parcial y desigual.

Interpretación crítica

La convergencia entre estudios empíricos y fuentes institucionales confirma que las barreras de acceso no son situaciones aisladas, sino problemas estructurales persistentes. La coincidencia entre percepciones de usuarios y datos oficiales refuerza la validez del hallazgo y evidencia una brecha sostenida entre el marco legal y la experiencia real de la población rural.

Calidad de la atención en salud

Definición operativa.

Fuentes que sustentan la categoría.

Esta categoría se fundamenta en los estudios de Jiménez et al. (2016), los informes de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 (s. f.), la evaluación de la Ley 1751 realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2021), y los análisis sobre gestión del talento humano en salud (Oyola, 2024; OPS/OMS, 2020).

Evidencia documental.

Jiménez et al. (2016) documentaron precariedad en la infraestructura y deficiencias en la continuidad de los tratamientos en comunidades rurales. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 reportó que más del 40 % de los tratamientos médicos en zonas rurales no se completan adecuadamente, principalmente por interrupciones en la atención y falta de seguimiento. Asimismo, estudios recientes sobre talento humano evidencian una relación directa entre la inadecuada gestión del personal de salud y el deterioro de la calidad asistencial en contextos rurales.

Contraste con el marco normativo.

Aunque la Ley Estatutaria 1751 exige la prestación de servicios con calidad y el MIAS incorpora criterios de continuidad y resolutiveidad, la evidencia muestra que estos estándares se ven comprometidos por la escasez de personal, insumos y condiciones físicas adecuadas.

Interpretación crítica.

Los hallazgos permiten concluir que la calidad, más allá de un principio normativo, depende de condiciones materiales, financieras y organizativas. La articulación entre los estudios

empíricos y los informes de seguimiento constitucional evidencia que la calidad normativa no se traduce automáticamente en calidad real en los territorios rurales.

Equidad en la atención en salud

Definición operativa

La equidad se concibe como la distribución justa de recursos y servicios de salud orientada a reducir desigualdades territoriales, sociales, étnicas y socioeconómicas.

Fuentes que sustentan la categoría.

Las principales fuentes incluyen los informes de la OPS (2022), el Índice de Salud Rural (Fundación Así Vamos en Salud, 2024), los estudios de Garza y Abascal (2025), los reportes de la Supersalud (2023) y el análisis de Díaz et al. (2023).

Evidencia documental.

El Índice de Salud Rural (2024) señala que el 37 % de las Empresas Sociales del Estado rurales se encuentran en riesgo financiero y que los indicadores de cobertura y dotación están por debajo del promedio nacional. Estudios focalizados en poblaciones indígenas evidencian brechas adicionales relacionadas con aceptabilidad y pertinencia cultural. A su vez, la Supersalud (2023) reporta diferencias de hasta el 30 % en algunos indicadores de afiliación y cobertura rural.

Contraste con el marco normativo.

Aunque la Ley 1751 consagra la equidad como principio rector, los informes técnicos muestran que las políticas vigentes no han logrado eliminar las desigualdades territoriales debido a limitaciones financieras, estructurales y de gobernanza.

Interpretación crítica.

La evidencia converge en que la equidad continúa siendo un objetivo no alcanzado. Los estudios revisados demuestran que la equidad requiere no solo normas, sino redistribución presupuestal, incentivos al talento humano y modelos de atención territorializados.

Universalidad del derecho a la salud

Definición operativa.

La universalidad se entiende como la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud para todas las personas, sin distinción.

Fuentes que sustentan la categoría.

Se destacan los análisis jurídicos de Gómez y Builes (2018), los documentos del Ministerio de Salud y Protección Social (2015, 2021, 2025) y los estudios académicos de la Universidad Pontificia Bolivariana (2018).

Evidencia documental.

Los documentos normativos reiteran la cobertura universal como mandato legal. No obstante, los informes institucionales muestran que, pese a la cobertura formal, la presencia física y resolutive de los servicios es insuficiente, especialmente en zonas rurales donde más de la mitad de los municipios presentan limitaciones en sedes de atención.

Contraste con el marco normativo.

Existe un desfase evidente entre la universalidad jurídica y la universalidad material del derecho a la salud.

Interpretación crítica.

La tensión entre el análisis jurídico y la evidencia operativa demuestra que la

universalidad, sin medidas territoriales y presupuestales efectivas, permanece en el plano normativo.

Barreras estructurales

Definición operativa.

Se entienden como las limitaciones materiales y organizativas infraestructura, conectividad, transporte, insumos y talento humano que impiden la prestación efectiva de los servicios de salud.

Fuentes que sustentan la categoría.

Ministerio de Salud y Protección Social (2021, 2023, 2024), Bran et al. (2020), Botero y Vargas (2019), Turja (2025) y Revista Hospitalaria (2024).

Evidencia documental.

Los informes oficiales y estudios académicos evidencian que menos del 10 % de las IPS se ubican en zonas rurales, con dificultades adicionales relacionadas con saneamiento básico y transporte. Los testimonios de usuarios confirman la imposibilidad de desplazamiento y la escasez de insumos, mientras que los análisis de redes muestran debilidad en la conectividad y la gestión territorial.

Interpretación crítica.

Las barreras estructurales emergen como el principal condicionante que explica la brecha entre los principios normativos y su aplicación real.

Barreras normativas

Definición operativa.

Incluyen vacíos, contradicciones y debilidades en el marco jurídico y en los mecanismos de gobernanza que dificultan la implementación efectiva de la Ley 1751 en zonas rurales.

Fuentes que sustentan la categoría.

Rocha y Rocha (2021), Cera et al. (2018), Ministerio de Salud y Protección Social (2025), Ramírez et al. (2016) y el Proyecto de Ley 312 de 2024.

Evidencia documental e interpretación crítica.

Las fuentes evidencian fragmentación del MIAS, vacíos reglamentarios y debilidad en la coordinación interinstitucional. La discusión actual sobre la reforma del sistema confirma que los problemas normativos siguen siendo un obstáculo central para la implementación territorial del derecho a la salud.

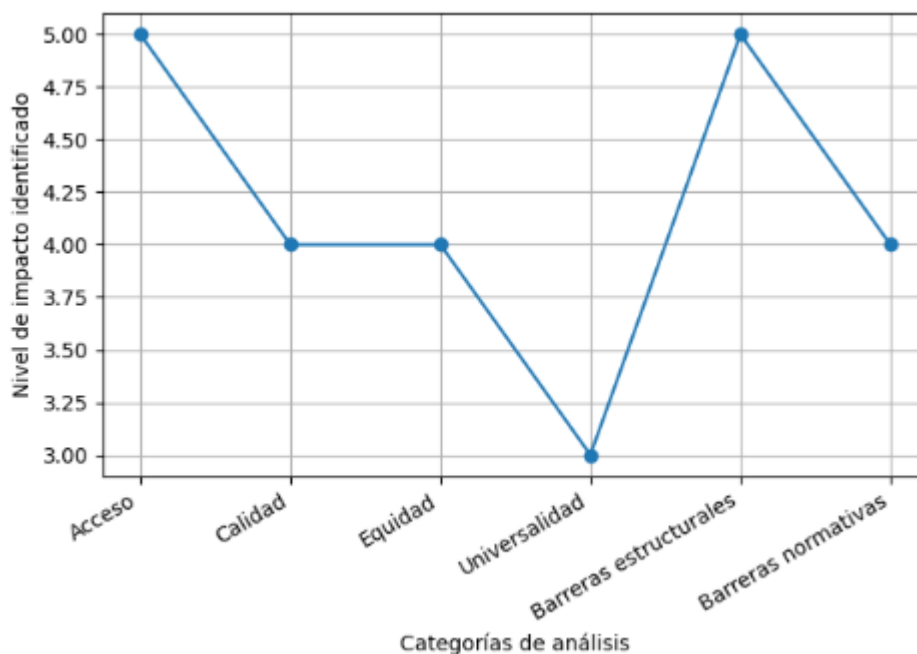
Síntesis transversal de resultados

La triangulación entre fuentes académicas, institucionales y normativas permitió identificar convergencias claras sobre la existencia de brechas persistentes en acceso, calidad, equidad y universalidad. Al mismo tiempo, se evidenció una tensión constante entre el marco jurídico y la realidad territorial, lo que confirma un desfase estructural entre norma y práctica.

Los objetivos del estudio se consideran cumplidos, al identificar, clasificar y analizar evidencia relevante entre 2015 y 2025. La principal limitación del estudio radica en la ausencia de trabajo de campo; no obstante, la triangulación documental permitió construir un análisis sólido y fundamentado, que sustenta de manera consistente las conclusiones de esta monografía y orienta futuras investigaciones con enfoque territorial y metodologías participativas.

Figura 1

Síntesis lineal en análisis del derecho a la salud en zonas rurales



Nota. La gráfica presenta una síntesis lineal del nivel de impacto identificado en las principales categorías de análisis derivadas de la revisión documental. Se observa que las mayores afectaciones se concentran en el acceso a los servicios de salud y en las barreras estructurales, mientras que la calidad, la equidad y las barreras normativas mantienen un impacto alto y sostenido. En contraste, la universalidad del derecho a la salud evidencia un menor nivel de materialización efectiva en los territorios rurales, lo que confirma la brecha persistente entre el reconocimiento normativo del derecho y su implementación real en el ámbito territorial.

La gráfica lineal permite visualizar de manera sintética el comportamiento comparativo de las categorías de análisis identificadas en la revisión documental sobre el derecho a la salud en zonas rurales. En primer lugar, se evidencian valores máximos en las categorías de acceso y barreras estructurales, lo que confirma que las principales dificultades para la materialización del

derecho a la salud se concentran en factores relacionados con la disponibilidad territorial de los servicios, la infraestructura, el transporte, la conectividad y la presencia de talento humano en salud.

En segundo lugar, las categorías de calidad, equidad y barreras normativas presentan niveles altos y relativamente homogéneos, lo que indica que, aunque existen marcos normativos y políticas orientadas a mejorar estos aspectos, persisten limitaciones estructurales e institucionales que afectan la continuidad de los tratamientos, la distribución justa de los recursos y la articulación entre los distintos niveles del sistema de salud. Este comportamiento refleja una problemática sistémica más que fallas aisladas.

Por su parte, la categoría de universalidad muestra el valor más bajo dentro de la escala analizada, lo que sugiere una brecha significativa entre la universalidad reconocida a nivel jurídico y su materialización efectiva en los territorios rurales. Este resultado evidencia que la cobertura formal del sistema no garantiza, por sí sola, el acceso real y resolutivo a los servicios de salud.

La gráfica confirma la existencia de una brecha persistente entre el marco normativo y la realidad territorial, y refuerza la interpretación de que la garantía del derecho a la salud en zonas rurales depende de la superación de barreras estructurales y normativas, así como del fortalecimiento de modelos de atención diferenciados, con enfoque territorial e intercultural.

Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, consistente en revisar las fuentes documentales publicadas entre 2015 y 2025 sobre la implementación de la Ley Estatutaria 1751 en zonas rurales, se logró consolidar un corpus de información normativa, institucional y académica. Este material permitió contextualizar los alcances legales de la Ley 1751, así como su aplicación parcial en territorios apartados. La revisión documental evidenció que, aunque la norma establece el derecho a la salud como fundamental, su impacto práctico ha sido limitado y desigual.

Respecto al segundo objetivo específico, orientado a describir las principales barreras de acceso a la salud en contextos rurales, los hallazgos de la literatura académica y de los informes oficiales coinciden en señalar factores como la insuficiente infraestructura, la escasez de personal de salud, las dificultades de transporte y conectividad, así como la fragmentación institucional. Estos obstáculos estructurales persisten a pesar del marco legal, confirmando la vigencia de inequidades históricas.

En cuanto al tercer objetivo específico, que buscaba evaluar el papel del sistema de salud y sus estrategias en la superación de estas barreras, se encontró que iniciativas como el Plan Nacional de Salud Rural, la telemedicina y la atención extramural constituyen avances importantes. Sin embargo, los informes y estudios consultados señalan que la débil articulación entre niveles del sistema y la insuficiente financiación limitan su efectividad, lo cual mantiene abiertas las brechas entre lo urbano y lo rural.

Por último, el cuarto objetivo específico, orientado a realizar un análisis crítico de la implementación de la Ley 1751 en zonas rurales, permitió identificar vacíos normativos y desafíos estructurales. Entre ellos, la falta de pertinencia cultural en comunidades indígenas y afrocolombianas, la escasa sostenibilidad de estrategias de atención, y la necesidad de fortalecer el enfoque diferencial en la política pública.

En síntesis, el objetivo general de analizar la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia fue alcanzado en un nivel satisfactorio. La revisión documental evidenció que el impacto de la Ley ha sido principalmente normativo, al establecer un marco robusto de derechos, pero con una aplicación práctica insuficiente en los territorios rurales. El cumplimiento pleno de este objetivo se vio limitado por la ausencia de estudios de campo, lo que representa una oportunidad para futuros trabajos que integren la voz directa de las comunidades y contrasten la normativa con experiencias vividas.

De manera general, la investigación permitió responder la pregunta central: ¿cómo se ha implementado la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en las zonas rurales de Colombia y cuáles son las principales barreras que limitan su efectividad? Los hallazgos muestran que la implementación de la Ley ha sido desigual y predominantemente formal; aunque ha fortalecido el reconocimiento del derecho a la salud, no ha logrado garantizar su materialización plena en los contextos rurales. Las políticas derivadas han avanzado en planificación, pero aún carecen de capacidad resolutive para cerrar las brechas históricas de acceso, calidad y pertinencia.

La Ley 1751 ha sido fundamental para consolidar el marco jurídico del derecho a la salud en Colombia, pero su aplicación en la ruralidad se enfrenta a retos estructurales que impiden su cumplimiento efectivo

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos en el análisis documental y en la interpretación de la gráfica de síntesis, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud en las zonas rurales de Colombia.

Se recomienda fortalecer el acceso territorial a los servicios de salud mediante la ampliación de la oferta física y funcional en zonas rurales, priorizando la creación y consolidación de sedes periféricas, unidades móviles y estrategias de atención extramural. Estas acciones deben complementarse con mejoras en el transporte sanitario y en la conectividad vial y digital, con el fin de reducir las demoras en la atención y mitigar las barreras geográficas identificadas.

Es necesario consolidar políticas sostenibles de atracción, permanencia y retención del talento humano en salud en territorios rurales, incorporando incentivos económicos, estabilidad laboral, oportunidades de formación continua y condiciones laborales adecuadas. De igual manera, se sugiere fortalecer la formación de talento humano local y comunitario, lo cual puede contribuir a disminuir la rotación del personal y a mejorar la continuidad y calidad de la atención.

Se recomienda fortalecer la implementación efectiva del Modelo Integral de Atención en Salud y del Plan Nacional de Salud Rural, asegurando una mayor articulación entre los niveles nacional, departamental y municipal. Para ello, es indispensable mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional, seguimiento y evaluación, con el fin de reducir la fragmentación del sistema y garantizar la continuidad de los servicios en los territorios rurales.

Resulta pertinente impulsar el uso estratégico de la telemedicina y otras modalidades de telesalud como complemento a la atención presencial, especialmente en territorios de difícil acceso. No obstante, estas estrategias deben ir acompañadas de inversiones sostenidas en infraestructura tecnológica, conectividad y capacitación del personal de salud y de las comunidades, para asegurar su sostenibilidad y efectividad.

Se recomienda incorporar de manera transversal el enfoque territorial, diferencial e intercultural en la planificación y prestación de los servicios de salud, particularmente en comunidades rurales e indígenas. Esto implica adecuar los modelos de atención a las características culturales, lingüísticas y sociales de cada territorio, promoviendo la participación comunitaria y el reconocimiento de las prácticas tradicionales de salud.

Se sugiere fortalecer los mecanismos de financiación y redistribución de recursos para las Empresas Sociales del Estado rurales, con el fin de reducir el riesgo financiero y garantizar la sostenibilidad de los servicios. Asimismo, es recomendable avanzar en el ajuste y la reglamentación del marco normativo vigente, de manera que se reduzcan los vacíos regulatorios y se facilite la implementación efectiva de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en los territorios rurales.

Referencias Bibliográficas

- Botero, J., & Vargas, C. (2019). *Gestión territorial y redes integradas de servicios de salud en Colombia*. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 345–357.
- Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: Percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 1–11.
https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029
- Bouza, M. F., et al. (2025). Telemedicine and rural settings: Evidence from low- and middle-income countries. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e11982022.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11982022/>
- Calderón, J. (2015). Implicaciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 sobre el sistema de salud colombiano. *Revista de Derecho Público*, (35), 45–60.
- Camacho, L. L. A. (2023). *Implementación de la telesalud en modalidad de telemedicina en Colombia* [Tesis de maestría, Universidad de Córdoba].
<https://repositorio.unicordoba.edu.co>
- CEPAL. (2023). *Gobernanza en salud rural y participación comunitaria en América Latina*.
<https://www.cepal.org>
- Cera, L., Clavijo, J., & Martínez, D. (2018). Barreras normativas y estructurales del sistema de salud colombiano. *Revista de Derecho y Salud*, 5(2), 77–95.
- Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760. (s. f.). *Informe de seguimiento al derecho fundamental a la salud en Colombia*. Corte Constitucional.

DANE. (2022). *Determinantes sociales y territoriales de la salud rural en Colombia*.

<https://www.dane.gov.co>

Díaz, J., et al. (2023). Evaluating rural health disparities in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 1–15. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10606581/>

Fundación Así Vamos en Salud. (2024). *Índice de Salud Rural*.

<https://www.asivamosensalud.org>

Garza, J., & Abascal, M. (2025). Health inequalities in indigenous populations in Latin America. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 1–14.

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-025-02495-2>

Gizaw, T., Astale, T., & Kassie, M. (2022). Access to primary health care in rural areas: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22, 147.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36474184/>

Gómez García, C., & Builes Velásquez, A. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: Una mirada desde la Ley Estatutaria 1751. *Revista Vlex Colombia*. <https://vlex.com.co/vid/derecho-fundamental-salud-politica-760313173>

Guerrero, R. (2018). Enfoque diferencial y derecho a la salud en Colombia. *Revista de Salud y Sociedad*, 9(1), 33–47.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Jiménez, P., Rojas, M., & Bernal, F. (2016). Calidad de la atención en comunidades rurales apartadas de Colombia. *Revista Colombiana de Salud*, 18(2), 89–102.

- Mayorga Amador, A. (2023). *Acceso a los servicios de salud en la población indígena del Vaupés a la luz de la Ley Estatutaria de Salud* [Tesis de maestría, Universidad de los Andes]. <https://repositorio.uniandes.edu.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Evaluación del MIAS en departamentos priorizados*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Evaluación de la implementación de la Ley 1751 de 2015 en Colombia*. <https://www.funcionpublica.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Boletines e informes de acceso a servicios de salud en zonas rurales*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Informe de gestión institucional 2024*. <https://www.hdv.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Decreto 351 de 2025 – Plan Nacional de Salud Rural*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Política pública del talento humano en salud 2025–2035*. <https://www.minsalud.gov.co>
- OPS. (2022). *Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud en América Latina*. <https://www.paho.org>
- OPS & OMS. (2020). *Estrategias de talento humano en salud para zonas rurales*. <https://iris.paho.org>

- Oyola Sigüenza, J. P. (2024). Impacto de la gestión del talento humano en la calidad de la atención en instituciones de salud: Revisión sistemática 2020–2025. *ResearchGate*.
<https://www.researchgate.net>
- Rocha Sánchez, S., & Rocha Jácome, J. (2021). Fragmentación de la gestión del MIAS y redes integrales en salud en Colombia. *Revista Areandina*, 8(1), 1–18.
<https://digitk.areandina.edu.co>
- Supersalud. (2023). *Brechas en cobertura del aseguramiento rural en Colombia*.
<https://www.supersalud.gov.co>
- Tamayo y Tamayo, M. (2012). *El proceso de la investigación científica* (5.ª ed.). Limusa.
- Turja, K. (2025). Medical deserts: Comparative analysis of rural healthcare access. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40814546/>
- Universidad Cooperativa de Colombia. (2018). *Análisis del derecho a la salud en contextos rurales*. Editorial UCC.
- Universidad de los Andes. (2025). *Modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en zonas rurales*. <https://gobierno.uniandes.edu.co>
- Universidad Externado de Colombia. (2024–2025). A quasi-experimental study in rural Colombia: The influence of telehealth innovations. *Revista Opera*.
<https://revistas.uexternado.edu.co>