

Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales

Research methods used for the analysis of access to health services in rural contexts

Sandra Milena Montoya Sanabria^{1,2*} <https://orcid.org/0000-0002-9334-304X>

Norman Giovanni Apráez Ippolito³ <https://orcid.org/0000-0002-3448-0116>

¹Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Salud Pública. Bogotá, Colombia.

²Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Bogotá, Colombia.

³Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Bogotá, Colombia.

*Autor para correspondencia: sammontoyasa@unal.edu.co

RESUMEN

Introducción: La ruralidad y los sistemas de salud a nivel global constituyen un campo de fuerzas marcado por la pervivencia de la ruralidad y las condiciones de inequidad y desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

Objetivo: Identificar los métodos de investigación utilizados en el contexto internacional para analizar los servicios de salud en poblaciones rurales.

Métodos: Se realizó un estudio de revisión sistemática que incluyó los reportes de investigación relacionados con el tema, publicados hasta diciembre de 2014. El proceso de selección de los estudios se realizó en cuatro etapas: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Se recuperaron 253 referencias que muestran la diversidad metodológica de aproximación al acceso a servicios de salud en poblaciones rurales.

Conclusiones: Se necesita una mirada diferenciada a la ruralidad para elaborar políticas públicas eficientes, que estén en concordancia con los contextos y necesidades de las comunidades que demandan los servicios de salud.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud; disponibilidad de servicios de salud; política pública; equidad en salud; población rural.

ABSTRACT

Introduction: Rurality and health systems represent globally a field of forces marked by the survival of rurality and the inequity and inequality conditions in the access to health services.

Objective: Identify the research methods used in the international context to analyze health services in rural populations.

Methods: It was carried out an study of systematic review that included research reports related with the topic published until December, 2014. The selection process of the studies was conducted in four stages: identification, sieving, eligibility and inclusion. 253 references were recovered and those show the methodological diversity of approaches in the access to health services in rural populations.

Conclusions: It is needed a different view to rurality for creating efficient public policies that are in accordance with the contexts and needs of communities that demand health services.

Keywords: Access to health services; availability of health services; public policy; equity in health; rural population.

Recibido: 17/09/2018

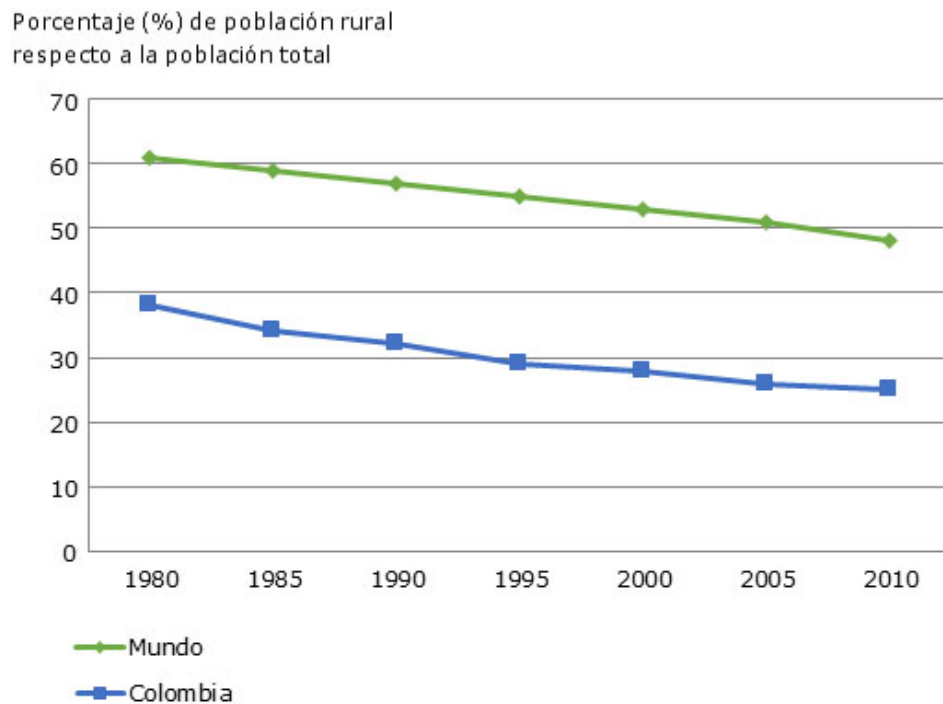
Aceptado: 03/07/2019

Introducción

Según el Banco Mundial,⁽¹⁾ para el año 2010 la población rural a nivel mundial representaba una proporción del 49 %, respecto al total de la población estimada en 6,9 mil millones de habitantes. En contraste, en Colombia la proporción es considerablemente menor. Para ese mismo año, según las proyecciones poblacionales efectuadas durante el último censo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE),⁽²⁾ la proporción de población procedente del área rural correspondía al 24,4 %. No obstante, Colombia es uno de los países de América Latina que aún en el siglo XXI cuenta con un alto

porcentaje de población rural, junto con Bolivia, Perú, Nicaragua, Costa Rica, Honduras, entre otros.⁽³⁾

La población rural en Colombia está conformada por los campesinos, los pequeños, medianos y algunos grandes propietarios; los pescadores, los artesanos y quienes se dedican a las actividades de la minería, indígenas y gran parte de los miembros de las comunidades negras, palenqueras y afrodescendientes. Como muestra la figura 1, esta tendencia ha sido persistente durante los últimos 30 años, sin embargo, el inicio del siglo xx se caracterizó por un desacelerado crecimiento demográfico producto de las numerosas guerras civiles, del estancamiento económico y de la desorganización social.⁽⁴⁾ Desde 1905 (cuando la tasa de crecimiento anual alcanzaba las 13 personas por 100 000 habitantes) hasta 1938, aspectos como el aumento en la tasa bruta de natalidad y el descenso en la tasa de mortalidad marcaron un incremento poblacional que fue absorbido por el campo.^(4,5) Al final de este periodo el 70 % de los habitantes del país residían en el campo y de este porcentaje solo el 15 % conformaba núcleos de 100 000 habitantes.⁽⁶⁾



Fuente: Banco Mundial-DANE, 2013.

Fig. 1 - Comparación de tendencias de población rural a nivel mundial y en Colombia (1980-2010).

A partir de 1928, la crisis agraria, los desequilibrios regionales, la incipiente industrialización, el auge del comercio y los servicios, la presión demográfica en el campo y la violencia política configuraron las condiciones para una acelerada reubicación de la población colombiana, con la particularidad que hasta los años sesenta la distribución poblacional era de características netamente rurales.^(7,8) Con una población cercana a los 14,3 millones de habitantes, de la cual más del 54 % vivía fuera de las cabeceras municipales; solo una ciudad, Bogotá, sobrepasaba el millón de personas.^(2,9,10)

Los datos sobre el número de pobladores rurales y de sus niveles de crecimiento que se registraron en los censos realizados entre 1938 y 2005, muestran que, si bien la población rural disminuyó en términos porcentuales del 69,1 % en 1938 al 24 % en 2005, el número de habitantes en las áreas rurales aumentó de 6 millones a 11,6 millones en 2005, es decir, su población se duplicó en 73 años.⁽¹¹⁾ Sumado a la dinámica migratoria presentada anteriormente, algunos autores^(12,13,14) afirman que las prácticas de distribución de la tierra en Colombia forjan un contexto de pobreza y de precarización de las condiciones de vida. Es precisamente esa persistencia de la pobreza y su crecimiento en los últimos 30 años lo que ubica en una posición muy vulnerable al país frente a los problemas de salud pública, incrementados por la globalización. No solo se ven amenazadas las poblaciones humanas, sino la economía, el ambiente y la seguridad alimentaria.

Por otro lado, las comunidades rurales pobres de América Latina y el Caribe en su mayoría cuentan con condiciones de escaso acceso a los servicios de salud.^(15,16) Las barreras geográficas, culturales y socioeconómicas impiden a las poblaciones tener acceso a los profesionales y los establecimientos de atención en salud. El acceso a dichos servicios también se complica por el terreno difícil que a veces hay que recorrer para acudir a ellos, donde el transporte público a menudo es inexistente. Al mismo tiempo, los profesionales de salud calificados, generalmente no se trasladan a zonas aisladas, emigran a otros países donde la remuneración es más atractiva⁽¹⁷⁾ o se ve vulnerado su actuar por el conflicto interno armado, como fue el caso de la misión médica en Colombia.^(18,19)

Además, existe poco interés por parte los pobladores rurales en acceder a los servicios de salud. Esta situación puede explicarse por lo imperante del modelo biomédico en el sistema de salud y las instituciones de salud, lo que forja medios hostiles que desconocen los orígenes y el contexto de quienes proceden de áreas rurales; lo cual vulnera las representaciones e imaginarios de las poblaciones rurales sobre el cuerpo o el proceso de salud-enfermedad.^(20,21,22) Además, perviven imaginarios socioculturales sobre los procesos salud - enfermedad - atención y, por tanto, la preferencia del uso de los saberes tradicionales para

abordar las necesidades de salud que el sistema de salud no resuelve. Así mismo, en Colombia el aseguramiento en salud en la ruralidad se ha restringido únicamente a los afiliados con capacidad de pago⁽²³⁾ o con residencia temporal en el área urbana,^(24,25) lo cual limita el diseño de políticas públicas pertinentes y contextualizadas a las necesidades de las comunidades rurales.

Este panorama, conllevó a indagar sobre qué métodos de investigación existen para abordar el fenómeno de acceso a servicios de salud en contextos rurales. De ahí, que el presente estudio responde a la pregunta: ¿qué abordajes metodológicos se han utilizado a nivel mundial para analizar el acceso a los servicios de salud en poblaciones rurales? Por lo que su objetivo es identificar los métodos de investigación utilizados en el contexto internacional para analizar los servicios de salud en poblaciones rurales.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura. La pertinencia de esta metodología radica en que resume y analiza “los hallazgos más relevantes en las distintas áreas de conocimiento para, posteriormente, devolverlos a modo de síntesis a esa misma comunidad, con el fin de que se haga uso de ellos”.⁽²⁶⁾ No se combinaron los resultados con métodos estadísticos, como el metaanálisis.⁽²⁷⁾ Se realizó la búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de información:

- Bases de datos bibliográficas: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Medline mediante el proveedor EBSCO.
- Hemerotecas digitales: Scielo, Dialnet, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc).
- Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad el Rosario y Biblioteca Virtual Colombiana.
- Fuentes de información suministradas por expertos en el tema.
- Búsqueda de documentos emblemáticos a partir de corrientes de pensamiento y acción en salud pública.

Se consideraron todos los estudios relacionados con el tema de la revisión, independientemente de la forma de difusión y del tipo de publicación. Si bien esta condición de entrada puede interpretarse como un sesgo de información, permitió la recuperación, no solo de los trabajos publicados en la literatura científica, sino también los libros, capítulos de libros, conferencias, documentos de trabajo, informes no publicados y tesis doctorales o de maestría. Se examinaron los estudios publicados en español, inglés y portugués, hasta diciembre de 2014, realizados con métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos, de fuente primaria o secundaria, relatos de experiencia, ensayos, así como literatura gris. Para ello, se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión y exclusión los mostrados en la tabla 1.

Tabla 1 - Criterios de inclusión y exclusión

Dimensión	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Participantes	Participantes de cualquier edad, residentes en áreas rurales	---
Periodo de tiempo	Todos los artículos publicados hasta diciembre de 2014.	---
Tipo de estudio	Estudios cualitativos, cuantitativos, ensayos y relatos de experiencia. libros, informes, actas de conferencias, seminarios o congresos	Editoriales, cartas al director, reseñas.

La búsqueda en bases de datos bibliográficas se realizó a partir de descriptores (Tabla 2), consultados en MeSH -Medical Subject Headings y DeCS -Descriptores de Ciencias de la Salud, y operadores booleanos, que constituyeron ecuaciones de búsqueda (Tabla 3) adaptadas a las interfaces de las bases de datos bibliográficas y las hemerotecas digitales consultadas. Se hizo búsqueda inversa de referencias de forma manual.

Tabla 2 - Descriptores utilizados en la búsqueda en bases de datos bibliográficas

Descriptor en español	Descriptor en inglés	Descriptor en portugués	Fuente
Acceso a la Atención de Salud	Access to health care	---	MeSH
Acceso a los Servicios de Salud	Accessibility of health services	---	MeSH
Accesibilidad a los Servicios de Salud	Health Services Accessibility	Acesso aos Serviços de Saúde	DeCS
Población rural	Rural population	População Rural	DeCS
Comunidades rurales	Rural communities	---	MeSH
Zonas Rurales	Rural Areas	Zonas Rurais	DeCS
Zonas Rurales	Rural Zones	zonas Rurais	DeCS
Salud Rural	Rural Health	Saúde da População Rural	DeCS

Tabla 3 - Ejemplos de ecuaciones de búsqueda

Ecuación de búsqueda	Base de datos o hemeroteca digital
(((((access to health care[MeSH Terms]) OR accessibility of health services[MeSH Terms])) AND rural population[MeSH Terms]) AND rural communities[MeSH Terms])	PubMed
Acces\$ salud rural\$	Scielo
((acceso a los Servicios de Salud) AND (disponibilidad de Servicios de Salud) AND (acceso a la Atención de Salud) AND (accesibilidad a los Servicios de Salud)) AND (poblaciones rurales) AND (salud rural)	EBSCO

La revisión sistemática de literatura se realizó en cuatro fases: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión (Fig. 2).

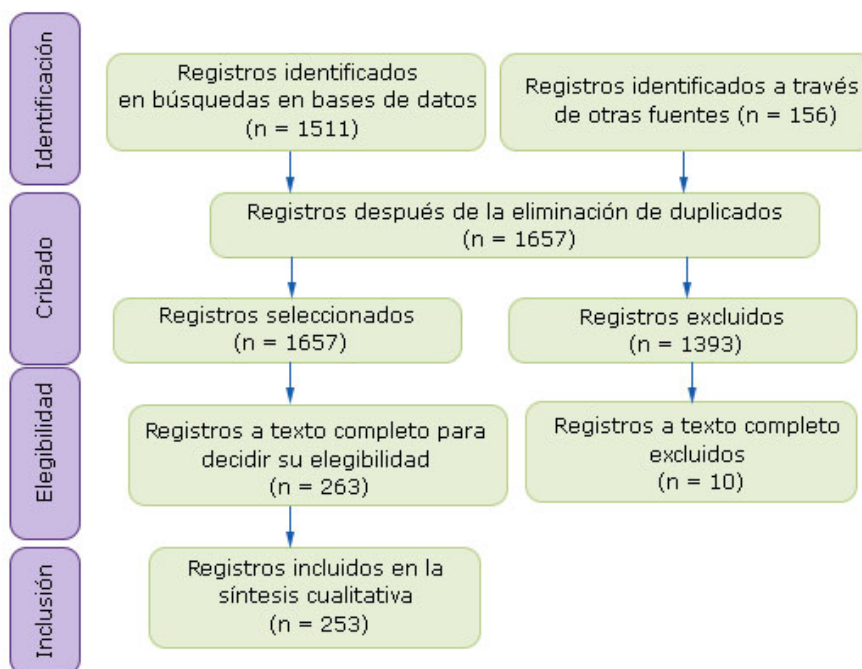


Fig. 2 - Proceso de selección de estudios.

Proceso de selección según fases del estudio

En la fase de identificación se obtuvieron 1667 artículos y se eliminaron 10 duplicados. En la fase de cribado, realizada por título, resumen y texto completo, se excluyeron 1393 artículos. Posteriormente, en la fase de elegibilidad se identificaron veinte artículos duplicados y con la ayuda de los criterios de evaluación de la calidad de los manuscritos sugeridos por listas de comprobación STROBE,⁽²⁸⁾ CASPe⁽²⁹⁾ y Sadelowsky⁽³⁰⁾ se seleccionaron 253 artículos a texto completo, que fueron sometidos a extracción de variables y categorías de interés, en una base de datos en Microsoft Office (Excel), denominada matriz de síntesis.

Respecto a la temporalidad de los documentos seleccionados, se encontró que pese a su difusión hasta 1964 por la Organización Panamericana de la Salud, con el Informe Dawson⁽³¹⁾ (publicado en 1920) se realizó en un primer acercamiento hacia la organización de los hospitales y la regionalización de los servicios de salud. También se encontró que la tendencia en la temporalidad fue ascendente, no obstante, en los años noventa la publicación de documentos no fue superior a cinco. Durante la primera década del siglo XXI se mantuvo una tendencia similar a la de los años noventa y en los últimos años se aumentó la producción de artículos relacionados con la accesibilidad a servicios de salud, llegando casi a cuadruplicar

la producción, como en el caso del año 2008. En lo que ha transcurrido de la segunda década del siglo XXI, se ha mantenido esta tendencia.

Del total de documentos seleccionados se observó que el 84,29 % fueron textos obtenidos de publicaciones periódicas, el 5,24 % correspondió a libros, el 3,14 % a documentos técnicos y el 2,09 % a capítulos del libro. En proporciones iguales o inferiores al 1 % se encontraron otras tipologías de documentos como informes de investigación o trabajos de investigación de posgrado.

En cuanto a la nacionalidad de los autores consultados, 57 artículos fueron elaborados por autores de los Estados Unidos de América, 26 eran colombianos, 15 canadienses y 14 australianos. Respecto a la categoría de otras nacionalidades, esta hizo referencia a autores que provenían de países africanos, como Gambia y Kenia; países asiáticos, como China y Vietnam y otros países de Europa como Bélgica, Suiza y Polonia.

Frente a la distribución geográfica de la nacionalidad de los autores, el 15 % de los estudios fueron realizados en países diferentes a la ubicación de los centros de trabajo de los autores. Este fenómeno se observó en los autores de origen estadounidense e inglés, que realizaron trabajos de investigación en países como el Salvador, Guatemala, la India y países de África subsahariana.

Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a servicios de salud en poblaciones rurales

La metodología con mayor frecuencia de utilización en los estudios recopilados fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (17,8 % de los artículos). A esta metodología le siguió el enfoque cualitativo (7,1 %), donde los abordajes como el estudio de caso, fenomenológico y etnográfico tuvieron mayor representación. El tercer lugar correspondió a la revisión bibliográfica (4,3 %). Frente a esta tipología, cabe destacar que recibió esta clasificación, porque los artículos encontrados no correspondían a métodos rigurosos de revisión sistemática de literatura, sin embargo, el contenido de los documentos tenía información y conceptos que eran pertinentes para el objetivo de esta investigación. En cuanto a la categoría de otras metodologías (70,8 %), estuvo representada por libros producto de procesos discursivos, estudios orientados por la investigación acción participativa y estudios de tipo comparativo.

Gran parte de los estudios transversales se realizaron a partir de encuestas poblacionales^(32,33,34,35,36,37,38,39) y utilizaron el muestreo aleatorio para la selección

de los participantes.^(40,41,42,43) Estos estudios midieron variables como características sociodemográficas,^(40,44) ingreso per cápita,⁽⁴⁵⁾ disponibilidad de insumos clínicos,⁽³¹⁾ distancias geográficas recorridas para acceder a los servicios de salud,^(38,46) características y utilización de los prestadores de servicios de salud.^(25,43)

Los sujetos abordados en los estudios descriptivos transversales pertenecían a poblaciones vulnerables como niños y niñas menores de un año y en edad escolar,^(46,47) gestantes^(48,49) y personas mayores.⁽⁴⁴⁾ A su vez, se utilizaron estrategias de modelamiento de variables para la explicación de los fenómenos bajo estudio.^(50,51)

En cuanto a los estudios cualitativos, se encontraron seis estudios de caso,⁽⁵²⁾ dos estudios fenomenológicos⁽⁵³⁾ y dos estudios etnográficos.^(54,55) Los demás artículos mezclaban enfoques metodológicos como la hermenéutica⁽⁵⁶⁾ y el análisis de contenido. A través de las categorías de análisis emergentes, los estudios de tipo cualitativo abordaron las percepciones frente a la calidad de la atención en los servicios de salud,⁽⁵⁷⁾ las barreras de acceso,⁽⁵⁸⁾ la disponibilidad a los servicios de salud⁽⁵⁹⁾ y en algunos casos las vivencias de los usuarios en enfermedades específicas como el VIH/sida,⁽⁶⁰⁾ el acceso a programas de detección temprana de riesgo cardiovascular⁽⁶¹⁾ o el análisis de las experiencias de personas refugiadas o víctimas del conflicto armado.⁽⁵⁹⁾ Por otro lado, la elaboración de esos estudios se basó en marcos metodológicos de accesibilidad a los servicios de salud, como ocurrió en el estudio realizado por *Sutherns y Bourgeault*.⁽⁶²⁾

Frente a los limitantes de los estudios cualitativos, se encontraron categorías de análisis con escasa delimitación⁽⁵⁵⁾ o en la presentación de los resultados no retomaron los testimonios de los sujetos que participaron en el estudio.⁽⁵⁴⁾

Las revisiones bibliográficas se caracterizaron por abordar temas como las definiciones y diferenciación de la salud rural,⁽⁶³⁾ sus determinantes e implicaciones de la política pública^(64,65) y en algunos casos la revisión de enfermedades específicas como VIH/sida y el acceso a programas pediátricos.⁽⁶⁶⁾ Este tipo estudio se realizó en contextos netamente anglosajones, a excepción del trabajo de *Lourenco*,⁽⁶⁷⁾ realizado con el objetivo de encontrar las definiciones de ruralidad y salud en Brasil.

Como metodología de investigación, los estudios mixtos que valoraron la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales, se utilizaron a partir del 2004. Las principales variables que se midieron en este tipo de estudio fueron: recursos financieros, costo de horas médicas, situación de policlínicas comunitarias,⁽⁶⁸⁾ rezago social,⁽⁶⁹⁾ características sociodemográficas, de vivienda,

características de acceso geográfico⁽⁷⁰⁾ y tipo de proveedores de servicio de salud.⁽⁷¹⁾

Los estudios mixtos fueron utilizados con mayor frecuencia por autores procedentes de países latinoamericanos como Uruguay, México y países como Estados Unidos de América. Una característica general de estos estudios, correspondió a que en una primera fase se realizó un acercamiento a la comunidad utilizando datos de encuestas poblacionales, para posteriormente analizar los fenómenos bajo estudio con la ayuda de técnicas cualitativas y crítico - sociales como el grupo focal, el análisis de contenido o enfoques como la investigación cualitativa y la acción participativa.^(72,73)

Los ensayos fueron la tipología documental utilizada exclusivamente por autores de origen anglosajón. Entre sus intereses están los cambios y los retos originados a partir de las reformas en el sistema de salud chino⁽⁷⁴⁾ y estadounidense,⁽⁷⁵⁾ además de críticas a las características de los servicios rurales,⁽⁷⁶⁾ la ruralidad como un determinante social en salud⁽⁷⁷⁾ y la importancia de contextualizarla en términos de persona y territorio.⁽⁷⁸⁾

Por último, entre los relatos de experiencia seleccionados el principal propósito fue señalar las características de macroproyectos enfocados a la atención en salud en comunidades rurales.^(79,80,81) Este tipo de documentos fue realizado por autores de Estados Unidos de América, Australia y Chile.⁽⁸²⁾

Consideraciones finales

Con una metodología netamente descriptiva y secundaria, el presente estudio hizo un esbozo de una situación sobre la que se debate con frecuencia, pero que en el contexto colombiano ha sido vista de manera superficial. A pesar de contar con una diversidad de población que varía desde la campesina, afrodescendiente e indígena.

Se realizó la recopilación de una serie de estudios realizados en las zonas rurales de Norteamérica, Europa, Asia, África y otros países latinoamericanos como Chile y Brasil que constituyen un marco de referencia, en el cual se muestran los diferentes abordajes del acceso a los servicios de salud en poblaciones rurales en otros contextos, con modelos económicos y características sociodemográficas diferentes, con culturas y sistemas de salud particulares. Estos hallazgos tuvieron como principal riqueza el conocer abordajes metodológicos distintos, concepciones de la ruralidad situadas en los países de desarrollo de los estudios.

Además, permitió “escuchar” otras voces y constatar el olvido histórico al que han sido sometidas aquellas poblaciones que comúnmente se han considerado como minorías.

A pesar de la diversidad de los enfoques que intentaron abordar esta problemática, se evidenció una mirada vertical de los investigadores hacia los sujetos de estudio, teniendo como principal limitante coartar el testimonio de quienes viven y padecen los sistemas de salud. Por ello, a pesar de que este sea un estudio cuantitativo tiene como conclusión, la reivindicación de la necesidad de una mirada integral, que no limite la búsqueda del conocimiento a través de una metodología y en cambio fortalezca la integración de métodos cuantitativos y cualitativos, que no solo midan, sino que también intervengan y fortalezcan las políticas públicas dirigidas a las poblaciones rurales.

Si bien existen otras revisiones sistemáticas que contemplan los conceptos de acceso, accesibilidad y utilización de servicios de salud,^(83,84,85,86) se observó que guardan correlación con las limitaciones de este estudio en el terreno de la exploración de la accesibilidad simbólica⁽⁸⁷⁾ o el análisis desde las ciencias sociales.⁽⁸⁸⁾ Esta limitante sería una potencialidad que debería explotarse en investigaciones futuras, ya que ello ofrecería un vasto marco de análisis a las motivaciones para la utilización real y potencial de los servicios de salud y exploraría otras condiciones de utilización de servicios de salud en las poblaciones rurales, que para este estudio se redujeron a la disponibilidad de servicios o la pervivencia de las prácticas culturales en los procesos de salud-enfermedad atención.

En consecuencia, se concluye que los conceptos de salud y ruralidad deben emerger como un campo de investigación en salud pública, donde es indispensable conciliar la investigación cualitativa y cuantitativa, a partir de la cohesión de abordajes históricos, fenomenológicos, epidemiológicos, entre otros. Este tránsito en las miradas, permitirá que la investigación ofrezca un abordaje integral de los fenómenos, donde los sujetos de investigación tomen parte activa y no sean considerados como los objetos de investigación; además, parafraseando a Spinelli, que “sea simultáneo el medir y el hacer”, donde la investigación deje de hacer parte de los anaqueles del conocimiento y se dé paso a la construcción de políticas públicas pertinentes y coherentes a los contextos de los ciudadanos y ciudadanas.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia donde se realizó el trabajo de tesis de maestría “Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención”. Parte de sus resultados se muestran en el presente artículo.

Referencias bibliográficas

1. Banco Mundial. Washington, DC: Datos de Agricultura y desarrollo rural. Washington, DC: Banco Mundial; 2007 [acceso 31/01/2014]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/tema/agricultura-y-desarrollo-rural>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Series de Población 1985 - 2020. Colombia: DANE; 2014 [acceso 31/01/2015]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121
3. Pérez E, Pérez M. El sector rural en Colombia y su crisis actual. Cuadernos de Desarrollo Rural. 2002 [acceso 31/01/2015];48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11704803>
4. Kalmanovitz S. Economía y nación: una breve historia de Colombia. Cuarta Edición. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1998.
5. Arrubla M. La agricultura en Colombia Siglo XX. Bogotá: Ediciones Colcultura; 1976.
6. Rueda-Plata JO. El campo y la ciudad: Colombia, de país rural a país urbano. Revista Credencial Historia. 1999;(199):1-2.
7. Fals-Borda O. Historia de la Cuestión Agraria en Colombia Bogotá: Editorial Punta de Lanza; 1976.
8. Machado A. Problemas agrarios colombianos. Bogotá: Siglo Veintiuno Editores; 1986.
9. Zamosc L. Los usuarios campesinos y las luchas por la tierra en los años 70. Bogotá: CINEP; 1982.
10. Gómez-Henao R. La población y la calidad de vida de los colombianos. Universidad de Antioquia. s. f.: [acceso 31/01/2015]. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?id=72995>

11. Banguero H. La Transición Demográfica En Colombia: 1938-2025 Cali: Universidad del Valle; 1991.
12. Pérez-Correa E. El mundo rural latinoamericano y la nueva ruralidad. Nómadas (Col). 2004 [acceso 31/01/2015];(20):180-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105117734017.pdf>
13. Ortíz-Guerrero CE. Nueva ruralidad en zonas marginales de Colombia. En Brumer A, editor. Agricultura Latinoamericana. Novos arranjos e velhas quesotes. Rio Grande Do Sul: Editorial UFRGS; 2005. p. 35-69.
14. Rodríguez A, Meneses J. Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. En: Reunión de expertos sobre: población, territorios y desarrollo sostenible. Santiago de Chile; 2001. p. 43.
15. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009 [acceso 20/10/2013].;27(2):12-130. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria. Washington, DC: OPS; 2004 [acceso 23/10/2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-indigenas.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. VIII Conferencia iberoamericana de ministras y ministros de Salud. Montevideo: OMS; 2006.
18. Comité Internacional de la Cruz Roja. Colombia: preocupante aumento de infracciones contra la misión médica; 2011 [acceso 20/10/2013]. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/news-release/2011/colombia-news-2011-10-13.htm>
19. Colorado P. Subieron los ataques a la misión médica. El colombiano. 13 oct. 2011.
20. Arias-Pérez AM, Diazgranados-Quimbaya LA. Acercamiento conceptual y análisis del tratamiento histórico, normativo y jurisprudencial de los trabajadores rurales, a propósito de la necesidad de una especial protección. Estudios Socio-Jurídicos. 2010 [acceso 31/03/2015];12(2):219-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-05792010000200007&lng=en&tlng=es

- 21 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia No. T-385/94; 1994 [acceso 16/11/2013]. Disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-385-94.htm>.
22. Arcos FA, Galindo M. La exposición corporal y el cuidado de enfermería. *Cultura de los cuidados*. 2010;(28):63-70. DOI: [10.7184/cuid.2010.28.09](https://doi.org/10.7184/cuid.2010.28.09)
23. Arroyo S, Tovar LM. Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante. *Desarrollo y sociedad*. 2009;(64):152-72.
- 24 Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete, LM, Mogollón-Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública*. 2010 [acceso 31/03/2015];12(5):701-12. Disponible en:
<https://scielosp.org/article/rsap/2010.v12n5/701-712/es/#ModalArticles>
25. Baldwin LM, Hollow WB, Casey S, Hart LG, Larson EH, Moore K, *et. al.* Access to specialty health care for rural American Indians in two states. *J Rural Health*. 2008 Summer;24(3):269-78. DOI: [10.1111/j.1748-0361.2008.00168.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2008.00168.x)
26. Gálvez A. Métodos contemporáneos de síntesis científica: una propuesta de homogeneidad. *Medicina Clínica*. 2003;121(7):253-63.
27. Higgins JPT, Green S (editores). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration; 2011 [acceso 31/03/2015]. Disponible en: www.cochrane-handbook.org
28. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*. 2014;12(12):1500-24. DOI: [10.1016/j.ijsu.2014.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014)
29. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). *Materiales CASPe, Parrillas para lectura*. Madrid: CASPe; 2013 [acceso 23/04/2013]. Disponible en:
<https://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
30. Sandelowski M, Barroso J. Reading Qualitative Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002 [acceso 23/04/2013];1(1):1-47. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/160940690200100107>
31. Dawson B. Informe Dawson. Informe provisional. Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Report No. 93. Londres: Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines; 1920.

32. Kruk ME, Rockers PC, Williams EH, Varpilah ST, Macauley R, *et al.* Availability of essential health services in post-conflict Liberia. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(7):527-34. DOI: [10.2471/BLT.09.071068](https://doi.org/10.2471/BLT.09.071068)
33. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? PLoS One. 2012;7(1):e29936. DOI: [10.1371/journal.pone.0029936](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029936)
34. Zhou Z, Gao J, Fox A, Rao K, Xu K, Xu L, Zhang Y. Measuring the equity of inpatient utilization in Chinese rural areas. BMC Health Serv Res. 2011;11:201. DOI: [10.1186/1472-6963-11-201](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-201)
35. Smith L, Holloman C. Health status and access to health care services: a comparison between Ohio's rural non-Appalachian and Appalachian families. Family & community health. 2011;34(2):102-10. DOI: [10.1097/FCH.0b013e31820de961](https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31820de961)
36. Kruk ME, Rockers PC, Varpilah ST, Macauley R. Which doctor?: Determinants of utilization of formal and informal health care in postconflict liberia. Medical Care. 2011;49(6):585-91. DOI: [10.1097/MLR.0b013e31820f0dd4](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820f0dd4)
37. Lamarche PA, Pineault R, Haggerty J, Hamel M, Levesque JF, Gauthier J. The experience of primary health care users: a rural-urban paradox. Can J Rural Med. 2010 [acceso 23/04/2013.];15(2):61-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20350447/>
38. Baldwin LM, Cai Y, Larson EH, Dobie SA, Wright GE, Goodman DC, *et al.* Access to cancer services for rural colorectal cancer patients. J Rural Health [Internet]. 2008 Fall;24(4):390-9. DOI: [10.1111/j.1748-0361.2008.00186.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2008.00186.x)
39. Lewis M, Eskeland G, Traa-Valerezo X. Primary health care in practice: is it effective? Health Policy. 2004;70(3):303-25. DOI: [10.1016/j.healthpol.2004.04.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.011)
40. Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G, Rodríguez L, Orozco M, Guiscafré H. La mortalidad por enfermedad diarreica en Mexico: ¿Problema de acceso o de calidad de atención? Salud pública Méx. 1998; 40(4):316-23.
41. Okwaraji YB, Mulholland K, Schellenberg JR, Andarge G, Admassu M, Edmond KM. The association between travel time to health facilities and childhood vaccine coverage in rural Ethiopia. A community based cross sectional study. BMC Public Health. 2012;12(476). DOI: [10.1186/1471-2458-12-476](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-476)

42. Hang H, Byass P. Difficulties in getting treatment for injuries in rural Vietnam. *Public Health*. 2009;123(1):58-65. DOI: [10.1016/j.puhe.2008.07.018](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.07.018)
43. Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: Evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(109). DOI: [10.1186/1472-6963-8-109](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-109)
44. Qu B, Li X, Liu J, Mao J. Analysis of the current situation regarding the aging rural population in China and proposed countermeasures. *Popul Health Manag*. 2012 Jun;15(3):181-5. DOI: [10.1089/pop.2011.0033](https://doi.org/10.1089/pop.2011.0033)
45. Hsia R, Shen Y-Ch. Possible geographical barriers to trauma center access for vulnerable patients in the United States: An analysis of urban and rural communities. *Archives of Surgery*. 2011;146(1):46-52. DOI: [10.1001/archsurg.2010.299](https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.299)
46. Fagnan L. To give or not to give: Approaches to early childhood immunization delivery in Oregon rural primary care practices. *The Journal Of Rural Health*. 2011 invierno;27(4). DOI: [10.1111/j.1748-0361.2010.00356.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00356.x)
47. Okwaraji YB, Mulholland K, Schellenberg JR, Andarge G, Admassu M, Edmond KM. The association between travel time to health facilities and childhood vaccine coverage in rural Ethiopia. A community based cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012 Jun 22;12:476. DOI: [10.1186/1471-2458-12-476](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-476)
48. Blanford J, Kumar S, Luo W, MacEachren A. It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International Journal of Health Geographics*. 2012;27(11). DOI: [10.1186/1476-072X-11-24](https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-24)
49. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*. 2011;11(147). DOI: [10.1186/1472-6963-11-147](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-147)
50. Sibley LM, Weiner JP. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*. 2011;11:20. DOI: [10.1186/1472-6963-11-20](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-20)
51. Sanz-Barbero B, Otero Garcia L, Blasco Hernandez T. The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. *Medical care*. 2012;50(1):27-34. DOI: [10.1097/MLR.0b013e31822d5e03](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31822d5e03)

52. Ngwenya B, Nnyepi M. Threats to Maternal and Child Well-Being in Rural Communities in Ngamiland, Botswana. *Health Care for Women International*. 2011;32(10):917-38. DOI: [10.1080/07399332.2011.603860](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603860)
53. Hossen A, Westhues A. Improving access to government health care in rural bangladesh: the voice of older adult women. *Health Care for Women International*. 2011;32(12):1088-110. DOI: [10.1080/07399332.2011.603862](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603862)
54. Caldwell PH, Arthur HM. The influence of a “culture of referral” on access to care in rural settings after myocardial infarction. *Health & Place*. 2009;15(1).
55. Schoenfeld N, Juarbe T. From sunrise to sunset: an ethnography of rural Ecuadorian women’s perceived health needs and resources. *Health Care For Women International*. 2005;26(10).
56. Williams C, Thorpe R, Harris N, Dickinson H, Barrett C, Rorison F. Going home from hospital: the postdischarge experience of patients and carers in rural and remote Queensland. *Aust J Rural Health*. 2006;14(1):9-13. DOI: [10.1111/j.1440-1584.2006.00749.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2006.00749.x)
57. Bloom G. Building institutions for an effective health system: Lessons from China’s experience with rural health reform. *Social Science & Medicine*. 2011;72(8):1302-9. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.02.017](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.017)
58. Lewando Hundt G, Alzaroo S, Hasna F, Alsmearan M. The provision of accessible, acceptable health care in rural remote areas and the right to health: Bedouin in the North East region of Jordan. *Social Science & Medicine*. 2012;74(1):36-43. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.08.042](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.042)
59. Sypek S, Clugston G, Phillips C. Critical health infrastructure for refugee resettlement in rural Australia: Case study of four rural towns. *Australian Journal of Rural Health*. 2008;16(6).
60. Kempf MC, McLeod J, Boehme AK, Walcott MW, Wright L, Seal P, *et .al.* A qualitative study of the barriers and facilitators to retention-in-care among HIV-positive women in the rural southeastern United States: implications for targeted interventions. *AIDS Patient Care STDS*. 2010;24(8):515-20. DOI: [10.1089/apc.2010.0065](https://doi.org/10.1089/apc.2010.0065)
61. Hayman N. Strategies to improve indigenous access for urban and regional populations to health services. *Heart, lung & circulation*. 2010;19(5-6):367-71. DOI: [10.1016/j.hlc.2010.02.014](https://doi.org/10.1016/j.hlc.2010.02.014)

62. Sutherns R, Bourgeault IL. Accessing maternity care in rural Canada: there's more to the story than distance to a doctor. *Health Care for Women International*. 2008;29(8).
63. Bourke L, Humphreys JS, Wakerman J, Taylor J. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place*. 2012;8(3):496-503. DOI: [10.1016/j.healthplace.2012.02.009](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.02.009)
64. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MGA. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*. 2008;16(2).
65. Weisgrau S. Issues in rural health: access, hospitals, and reform. *Health Care Financing Review*. 1995 otoño;17(1).
66. De Baets AJ, Lepage P, Ramet J, Mujuru H, Savadogo LG, Van der Linden D, Bulterys M. Using a sociological model to analyze access to pediatric HIV/AIDS care in rural sub-Saharan Africa. *Curr HIV Res*. 2008;6(6):563-71. DOI: [10.2174/157016208786501553](https://doi.org/10.2174/157016208786501553)
67. Lourenco AEP. The meaning of 'rural' in rural health: a review and case study from Brazil. *Glob Public Health*. 2012;7(1):1-13. DOI: [10.1080/17441692.2011.552513](https://doi.org/10.1080/17441692.2011.552513)
68. Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, *et. al.* De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate*. 2012 [acceso: 23/09/2021];36(94):421-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762014>
69. Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*. 2011 [acceso 23/09/2021];7(1):73-86. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n1/73-86/es>
70. Buzza C, Ono SS, Turvey C, Wittrock S, Noble M, Reddy G, *et. al.* Distance is relative: unpacking a principal barrier in rural healthcare. *J Gen Intern Med* [internet]. 2011;26 Suppl 2(Suppl 2):648-54. DOI: [10.1007/s11606-011-1762-1](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1762-1)
71. Goudge J, Gilson L, Russell S, Gumede T, Mills A. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009;9(9).
72. Reid H, Kibona S, Rodney A, McPherson B, Sindato C, Malele I, *et. al.* Assessment of the burden of human African trypanosomiasis by rapid

- participatory appraisal in three high-risk villages in Urambo District, Northwest Tanzania. *Afr Health Sci.* 2012;12(2):104-13. DOI: [10.4314/ahs.v12i2.5](https://doi.org/10.4314/ahs.v12i2.5)
73. Averill J. Keys to the puzzle: recognizing strengths in a rural community. *Public Health Nurs.* 2003;20(6):449-55. DOI: [10.1046/j.1525-1446.2003.20605.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20605.x)
74. Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin of the World Health Organization.* 2004;82(7).
75. Hunsaker M, Kantayya V. Building a Sustainable Rural Health System in the Era of Health Reform. *Disease-a-Month.* 2010;56(12):698-715. DOI: [10.1016/j.disamonth.2010.10.003](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.10.003)
76. Mueller KJ, Mackinney AC. Care across the continuum: access to health care services in rural America. *The Journal of Rural Health.* 2006 invierno;22(1):43-9. DOI: [10.1111/j.1748-0361.2006.00010.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2006.00010.x)
77. Lutfiyya MN, McCullough JE, Haller IV, Waring SC, Bianco JA, Lipsky MS. Rurality as a root or fundamental social determinant of health. *Dis Mon.* 2012;58(11):620-8. DOI: [10.1016/j.disamonth.2012.08.005](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2012.08.005)
78. Probst JC, Moore CG, Glover SH, Samuels ME. Person and place: the compounding effects of race/ethnicity and rurality on health. *American Journal of Public Health.* 2004;94(10):1695-703. DOI: [10.2105/ajph.94.10.1695](https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1695)
79. Gaus D, Herrera D, Heisler M, Cline B, Richmond J. Making secondary care a primary concern: the rural hospital in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2008 [acceso 23/09/2021];23(3):212-7. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v23n3/212-217>
80. Gardner K, Bailie R, Si D, O'Donoghue L, Kennedy C, Liddle H, et.al. [Internet]. Reorienting primary health care for addressing chronic conditions in remote Australia and the South Pacific: review of evidence and lessons from an innovative quality improvement process. *Aust J Rural Health.* 2011;19(3):111-7. DOI: [10.1111/j.1440-1584.2010.01181.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01181.x)
81. Moscovice I, Christianson J, Johnson J, Kralewski J, Manning W. Rural hospital networks: implications for rural health reform. *Health Care Financ Rev.* 1995 otoño [acceso 23/09/2021];17(1):53-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10153475/>
82. Daza A. Atención pediátrica rural en la comuna de Til-Til. *Revista chilena de pediatría.* 1957;8(5).

83. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. *Revista Salud Pública*. 2008;10(2).
84. Kiwanuka SN, Ekirapa EK, Peterson, S, Okui, O, Hafizur-Rahman M, Peters, D, Pariyo DW. Access to and utilisation of health services for the poor in Uganda: a systematic review of available evidence. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2008;102(11).
85. Raúl MS, Umberto BJ. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4).
86. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete LM, Mogollón-Pérez, SA Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública*. 2010 [acceso 23/09/2021];12(5):701-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en
87. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, *et. al.* El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En Universidad de Buenos Aires, (editor). *Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006. p. 201-209.
88. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*. 1992;34(1).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Sandra Milena Montoya Sanabria: conceptualización; curación de datos; análisis; investigación; metodología; administración de proyecto; validación; visualización; redacción - borrador original y redacción - revisión y edición forma.

Norman Giovanni Apréaz Ippolito: metodología; supervisión; validación; redacción - revisión y edición forma.