

Enfermería rural en Latinoamérica: cuidando en la adversidad en los últimos 10 años. Revisión sistemática

Rural Nursing in Latin America: Caring in Adversity in the last 10 years. Systematic Review

Enfermagem rural na América Latina: cuidando na adversidade nos últimos 10 anos. Revisão sistemática

*Clara Ivonne López-Andrade*¹ ORCID 0000-0001-9070-0745
*Karla Ivonne Mijangos Fuentes*² ORCID 0000-0002-2112-3291

¹ *Universidad de Los Lagos, Chile*

¹ *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Resumen: Introducción: Los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en contextos rurales de América Latina revisten de gran importancia para la Enfermería, dadas las condiciones socioeconómicas y políticas que afectan estos territorios y los desafíos inherentes a la práctica profesional. Esta revisión sistemática tiene como objetivo analizar el desarrollo de la Enfermería en contextos rurales latinoamericanos a partir de la evidencia científica de los últimos diez años. Método: Se realizó una búsqueda en bases de datos científicas (CINAHL Complete, Dialnet, DOAJ, Dynamed, Elsevier, Enfermería al Día, Health Source: Nursing/Academic Edition, JSTOR, MEDLINE, Nursing Reference Center Plus, PubMed Central, Redalyc, SciELO, ScienceDirect, Scopus y Web of Science), utilizando descriptores MeSH y DeCS relacionados con Enfermería Rural, Enfermería en Salud Comunitaria, Salud Rural y Agentes Comunitarios de Salud, en inglés, portugués y español. La búsqueda finalizó en agosto de 2023. Resultados: Se identificaron 54 artículos, de los cuales, tras aplicar los criterios de inclusión PRISMA 2020, se seleccionaron 9 estudios centrados en la atención primaria en salud. Estos fueron analizados según tres categorías: Responsabilidad del Profesional de Enfermería, Intencionalidad Profesional (asistencialismo vs. enfoque colectivo) y Características propositivas para una Enfermería rural. Conclusión: Las condiciones del territorio, las dinámicas laborales y la estandarización de la atención rural con la urbana reflejan la mercantilización de la salud, lo que representa un desafío profesional clave: reducir las inequidades en salud en comunidades rurales.

Palabras clave: enfermería rural; atención primaria de salud; salud rural; agentes comunitarios de salud.

Abstract: Introduction: The processes of health, illness, care and attention in rural contexts in Latin America are of great importance for Nursing, given the socioeconomic and political conditions that affect these territories and the challenges inherent to professional practice. This systematic review aims to analyze the development of Nursing in rural Latin American contexts based on scientific evidence from the last ten years. Method: A search was

conducted in scientific databases (CINAHL Complete, Dialnet, DOAJ, Dynamed, Elsevier, Enfermería al Día, Health Source: Nursing/Academic Edition, JSTOR, MEDLINE, Nursing Reference Center Plus, PubMed Central, Redalyc, SciELO, ScienceDirect, Scopus and Web of Science), using MeSH and DeCS descriptors related to Rural Nursing, Community Health Nursing, Rural Health and Community Health Agents, in English, Portuguese and Spanish. The search ended in August 2023. Results: 54 articles were identified, from which, after applying the PRISMA 2020 inclusion criteria, 9 studies focused on primary health care were selected. These were analyzed according to three categories: Responsibility of the Nursing Professional, Professional Intentionality (welfare vs. collective approach) and Propositional Characteristics for Rural Nursing. Conclusion: The conditions of the territory, the work dynamics and the standardization of rural and urban care reflect the commercialization of health, which represents a key professional challenge: reducing health inequalities in rural communities.

Keywords: rural nursing; primary health care; rural health; community health workers.

Resumo: Introdução: Os processos de saúde, doença, atenção e cuidado em contextos rurais da América Latina são de grande importância para a Enfermagem, dadas as condições socioeconômicas e políticas que afetam esses territórios e os desafios inerentes à prática profissional. Esta revisão sistemática tem como objetivo analisar o desenvolvimento da Enfermagem em contextos rurais latino-americanos a partir da evidência científica dos últimos dez anos. Método: Foi realizada uma busca em bases de dados científicas (CINAHL Complete, Dialnet, DOAJ, Dynamed, Elsevier, Enfermería al Día, Health Source: Nursing/Academic Edition, JSTOR, MEDLINE, Nursing Reference Center Plus, PubMed Central, Redalyc, SciELO, ScienceDirect, Scopus e Web of Science), utilizando descritores MeSH e DeCS relacionados à Enfermagem Rural, Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Rural e Agentes Comunitários de Saúde, nos idiomas inglês, português e espanhol. A busca foi finalizada em agosto de 2023. Resultados: Foram identificados 54 artigos, dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão do PRISMA 2020, foram selecionados 9 estudos centrados na atenção primária à saúde. Esses estudos foram analisados segundo três categorias: Responsabilidade do Profissional de Enfermagem, Intencionalidade Profissional (assistencialismo vs. abordagem coletiva) e Características propositivas para a Enfermagem rural. Conclusão: As condições territoriais, as dinâmicas laborais e a padronização da atenção rural com a urbana refletem a mercantilização da saúde, o que representa um desafio profissional essencial: reduzir as iniquidades em saúde nas comunidades rurais.

Palavras-chave: enfermagem rural; atenção primária à saúde; saúde da população rural; agentes comunitários de saúde.

Recibido: 31/07/2024

Aceptado: 24/02/2025

Cómo citar:

López-Andrade CI, Mijangos Fuentes KI. Enfermería rural en Latinoamérica: cuidando en la adversidad en los últimos 10 años. Revisión sistemática. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2025;14(1):e4196. doi: 10.22235/ech.v14i1.4196

Correspondencia: Clara Ivonne López-Andrade. E-mail: clara.lopez@ulagos.cl

Introducción

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico considera como territorio rural aquel territorio que presenta una densidad poblacional inferior a los 150 habitantes por km² (para Japón es de 500 hab/km², debido a que su densidad promedio es de 300 hab/km²).^(1, 2) En América Latina y el Caribe, los territorios rurales cuentan con diversas definiciones (algunas con más de un siglo de existencia), como es el caso de México y Venezuela, que los catalogan así siempre que habiten menos de 2.500 habitantes. En Colombia, la ruralidad se define si habitan menos de 25.000 habitantes y presenta una densidad poblacional intermedia (entre 10 hab/km² y 100 hab/km²).

Los contextos rurales poseen características socioeconómicas, de desarrollo humano y de salud que condicionan sus formas de vivir. La epidemiología clínica y las estadísticas presentan en este sector una mayor mortalidad general e infantil, mayor porcentaje de casos asociados a años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y considerables diferencias en la calidad de vida.^(3, 4) Esto demuestra que el proceso de salud-enfermedad-atención-prevención difiere del sector urbano.

Los indicadores biomédicos expuestos hacen visible el reto que enfrenta la ruralidad, dada la desatención estatal y la capacidad de respuesta de los equipos de salud. Por ello es que se requieren programas acordes a su población campesina/agraria/fluvial, población perteneciente a pueblos originarios, las nuevas ruralidades y familias que sufren el desplazamiento hacia los sectores urbanos.⁽³⁻⁹⁾

En tal sentido, el sistema de salud en territorios rurales debe dar respuesta a las condiciones de vida, desarrollo y cotidianidad de sus habitantes, así como al entorno en que se brinda la gestión del cuidado por el profesional de enfermería, ya que es un contexto con dificultades de acceso y vivienda, fuertes condiciones climáticas y reducido o nulo acceso a servicios básicos (energía, agua potable, infraestructura, vías de comunicación y transporte).

Esas características distintivas del sector rural requieren profesionales de enfermería capaces de asumir esas complejidades, que en ocasiones extralimitan sus funciones, con herramientas e insumos insuficientes. Todo lo descrito se acompaña de menores garantías e incentivos laborales, comparados con las zonas urbanas.^(3-7, 10-12)

La realidad del sector rural respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado suscita la necesidad de visualizar la práctica de enfermería en esos espacios. Por lo tanto, se genera la presente revisión sistemática con la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el panorama de la enfermería desarrollada en contextos rurales, a partir de la evidencia científica a nivel latinoamericano en los últimos 10 años (2014-2023)? El objetivo es vislumbrar el posicionamiento de la enfermería rural, tipos de responsabilidades-roles y la motivación profesional con la comunidad (asistencialista/meta sanitaria o vínculo/proceso colectivo).

Metodología

El abordaje de la presente revisión sistemática parte del marco de referencia PICOC (*population*/población o problema, *intervention*/intervención, *comparison*/control, *outcome*/resultado esperado, *context*/contexto) que se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1 – Referencia PICOOC para la revisión

Criterio	Descripción
Problema	Desconocimiento de las intervenciones de enfermería en contextos de ruralidad según la evidencia científica latinoamericana.
Intervención	Discernir las características de la evidencia científica en enfermería según concepto, posicionamiento de la enfermería en contextos de ruralidad y visibilidad del profesional de enfermería.
Control	Contextos urbanos. Vinculación comunitaria.
Resultado esperado	Vinculación comunitaria, vinculación con cuidados culturales, reconocimiento de saberes tradicionales o populares, adaptaciones de cuidados según los territorios, innovaciones en tecnología con pertinencia territorial.
Contexto	Latinoamericano, desde hace 10 años.

Metodológicamente, se elabora el protocolo de la revisión por medio de la declaración de criterios de inclusión/exclusión y la formulación de la estrategia de búsqueda, recogida y depuración de registros. Se concretaron como criterios de inclusión: artículos en formato completo; período de publicación no mayor a 10 años; desarrollados en el contexto latinoamericano; en idioma español, portugués e inglés. Se excluyeron las evidencias desarrolladas en servicios clínicos o en áreas diferentes a atención primaria en salud; artículos que omitieron la participación del profesional de enfermería; que no describen características del rol profesional; que se realicen en contextos diferentes a los rurales.

La estrategia de búsqueda se aplicó en el descubridor EDS de la Universidad de Los Lagos con acceso a las bases de datos: CINAHL Complete, Dialnet, DOAJ, Dynamed, Elsevier, Enfermería Al Día, Health Source: Nursing/Academic Edition; JSTOR Biological Sciences Archive Collection, MEDLINE, Nursing Reference Center Plus, Pubmed Central Open Access, Redalyc, SciELO, ScienceDirect, Scopus, Web of Science. Todas con acceso al texto en línea; última fecha de búsqueda 31 de agosto de 2023. Las rutas de búsqueda se establecieron mediante los tesauros DeCS y MeSH, con los booleanos AND y OR (Tabla 2).

Tabla 2 – Cadena de búsqueda de la revisión sistemática

Tema	Cadena de búsqueda
Enfermería en salud comunitaria	“Community Health Nursing” OR “Enfermagem em Saúde Comunitária”
AND	
Enfermería rural	“Enfermagem Rural” OR “Rural Nursing”
AND	
Salud rural	“Rural Health” OR “Rural Health Services” OR “Salud de la Población Rural” OR “Saúde da População Rural”
AND	
Agentes comunitarios de salud	“Agente Comunitario de Salud” OR “Agentes Comunitários de Saúde” OR “Agentes de Salud Comunitaria” OR “Community Health Workers” OR “Health Worker, Village” OR “Trabajador de Salud Rural” OR “Health Worker, Community” OR “Trabajadores Comunitarios de Salud” OR “Trabajadores de Salud Comunitaria” OR “Worker, Village Health”

La fase de cribado de los resultados se realizó a partir de la lectura de los títulos y los resúmenes por parte de las investigadoras y puede verse concretado en el diagrama de flujo PRISMA ⁽¹⁴⁾ en la Figura 1.

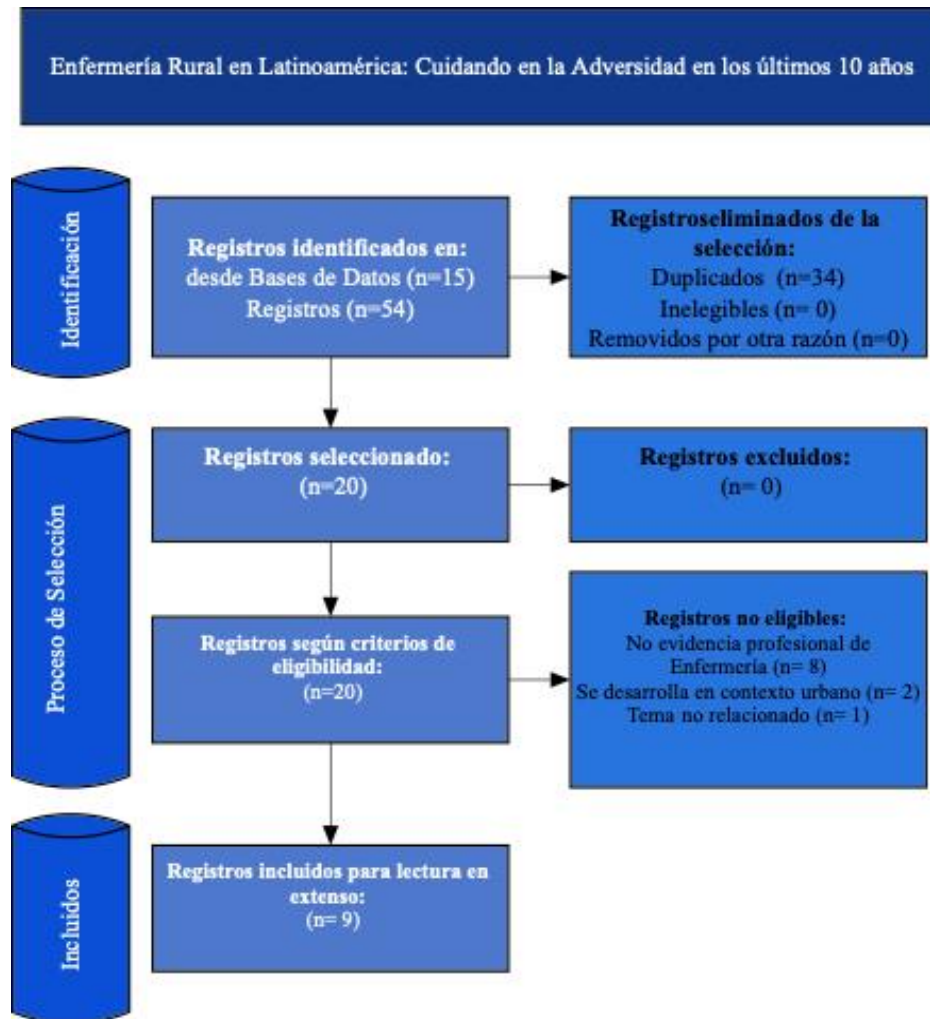


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de la revisión sistemática.

Los criterios de calidad de los artículos seleccionados se establecieron a través de la lectura crítica de estos. Se evaluaron de forma individual y después en conjunto por parte de las investigadoras. Posteriormente, se elaboraron las reseñas de cada uno de los artículos en la etapa de *screening*. Luego se evaluó el riesgo de sesgo, para así concluir con la elección final de 9 artículos.

Los datos bibliométricos relevantes que se consideraron fueron: país de emisión, año de publicación, idioma, responsabilidad/rol de la profesión de enfermería, motivación profesional (asistencialista o proceso colectivo).

A medida que se realizaba el proceso de cribado, se inició la codificación por medio del *software* ATLAS.ti versión 9.1. Se realizó un análisis de contenido enfocado en la metodología de la teoría fundamentada, a través de la codificación abierta, axial y selectiva (selección de términos relevantes para posteriormente establecer una categoría). ⁽¹⁵⁾

Resultados

Las características bibliométricas de los hallazgos de investigación permiten describir, desde un abordaje cuantitativo, que los artículos son resultado de una selección detallada de todos los países latinoamericanos y, de una aplicación de los criterios de inclusión, exclusión y las etapas de cribado. En la etapa de análisis, los artículos seleccionados fueron de Brasil en un 66 %, seguido por un 11 % por cada uno de los siguientes países: Bolivia, Ecuador y Guatemala. Con respecto al idioma en que fueron escritos, el 66.6 % en inglés y el 33.3 % en portugués. El año de publicación de los artículos obtuvo la siguiente distribución: 11.1 % publicados en 2015; 22.2 % en 2019; 22.2 % en 2021 y 44.4 % en 2020 (Tabla 3).

Tabla 3 – Artículos analizados en la revisión sistemática

Título	Autoras/es	Año
Lessons learned from integrating simultaneous triple point-of-care screening for syphilis, hepatitis B, and HIV in prenatal services through rural outreach teams in Guatemala	Adriana Smith, Meritxell Sabidó, Elsy Camey, Anabelle Batres, Jordi Casabona ⁽¹⁶⁾	2015
Development and Initial Validation of a Frontline Health Worker mHealth Assessment Platform (MEDSINC®) for Children 2-60 Months of Age	Barry A. Finette, Megan McLaughlin, Samuel V. Scarpino, John Canning, Michelle Grunauer, Enrique Teran, Marisol Bahamonde, Edy Quizpe, Rashed Shah, Eric Swedberg, Kazi Asadur Rahman, Hosneara Khondker, Ituki Chakma, Denis Muhoza, Awa Seck, Assiatta Kabore, Salvador Nibitanga, Barry Heath ⁽¹⁷⁾	2019
Possibilidades de formação em enfermagem rural: revisão integrativa	Ângela Roberta Alves Lima, Eliana Buss, Maria del Carmen Solano Ruiz, José Siles González, Rita Maria Heck ⁽⁶⁾	2019
Primary Health Care in the rural context: the nurses' view	Arleusson Ricarte de Oliveira, Yanna Gomes de Sousa, Doane Martins da Silva, Jairo Porto Alves, Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz, Soraya Maria de Medeiros, Claudia Santos Martiniano, Marília Alves ⁽¹⁸⁾	2020
Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon	Maura Cristiane E Silva Figueira, Dalvani Marques, Maria Filomena Gouveia Vilela, Jessica de Aquino Pereira, Jennifer Bazílio, Eliete Maria Silva ⁽¹⁹⁾	2020
Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon	Luiza Garnelo, Rosana Cristina Pereira Parente, Maria Laura Rezende Puchiarelli, Priscilla Cabral Correia, Matheus Vasconcelos Torres, Fernando José Herkrath ⁽⁹⁾	2020
The impact of COVID-19 pandemic on frail health systems of low- and middle-income countries: The case of epilepsy in the rural areas of the Bolivian Chaco	Alessandra Nicoletti, Valeria Todaro, Calogero Edoardo Cicero, Loretta Giuliano, Mario Zappia, Francesco Cosmi, Estela Vilte, Alessandro Bartoloni, Elizabeth Blanca Crespo Gómez ⁽²⁰⁾	2021
Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil	Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia Dos Santos, Lucas Manoel da Silva Cabral, Márcia Cristina Rodrigues Fausto ⁽⁷⁾	2021
O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil	Juliana Gagno Lima, Lígia Giovanella, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Patty Fidelis de Almeida ⁽²¹⁾	2021

El panorama que presenta la enfermería en contextos rurales latinoamericanos permitió identificar variables (tipo cuantitativo) y categorías (tipo cualitativo) a partir de la evidencia científica analizada (Figura 2).



Figura 2. Categorías y variables de la revisión sistemática.

La atención en servicios de salud de territorios rurales posiciona al profesional de enfermería como un pilar, que trasciende las responsabilidades y roles que pueden desarrollarse en sectores urbanos. La evidencia analizada presenta la siguiente distribución de responsabilidades/roles de enfermería: 31.6 % educación, 26.3 % investigación (aclarando que son actividades procedimentales: toma de muestras, recolección de consentimientos, entre otras), 21 % administración, y 15.8 % rol asistencial (Figura 3).

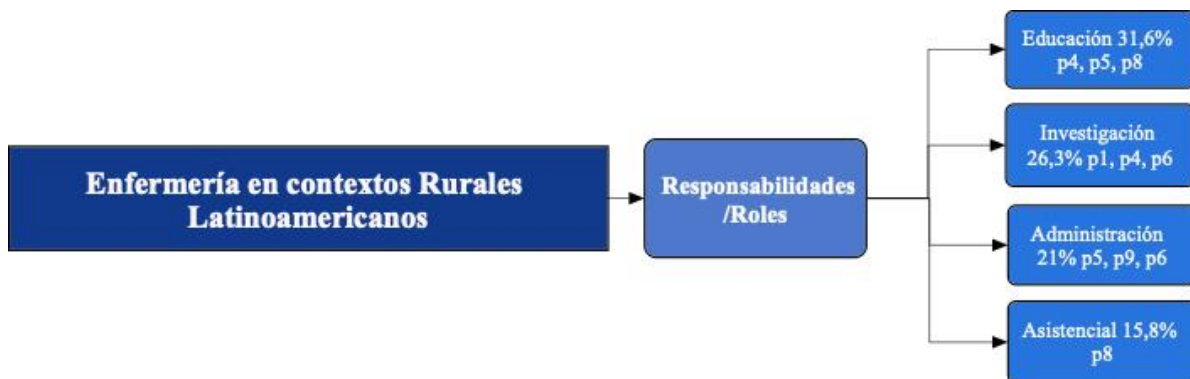


Figura 3. Responsabilidades/roles en la enfermería rural en Latinoamérica.

La práctica de la gestión del cuidado del profesional de enfermería en contextos rurales se encuentra incentivada por una motivación tanto asistencialista/meta sanitaria como hacia la construcción de una vinculación con la comunidad, que puede evidenciarse al contar con una distribución del 44.4 % para las dos opciones y un 11.1 % donde no se describe el tipo de motivación (Figura 4).

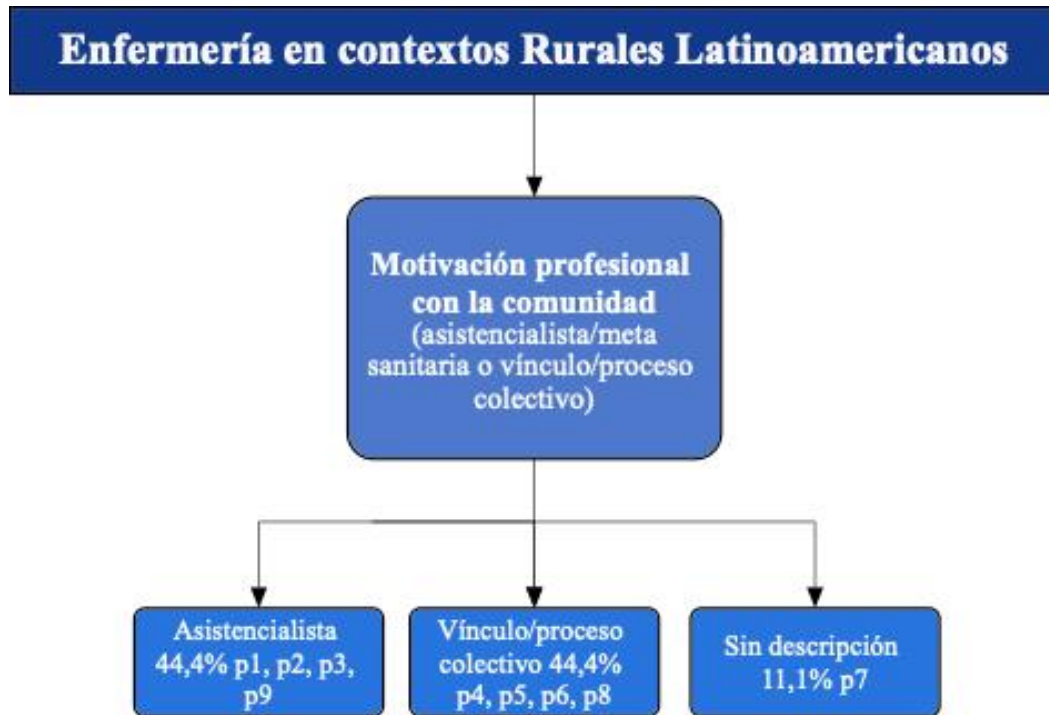


Figura 4. Motivación del profesional en la enfermería rural en Latinoamérica.

A partir del análisis de contenido basado en la teoría fundamentada, emergieron dos categorías principales: *Cuidar en la ruralidad: enfermería y el desafío de la equidad territorial* y *Posicionamiento de la enfermería*. A continuación, se presentan los principales hallazgos en cada categoría, así como su representación en la evidencia analizada.

Cuidar en la ruralidad: enfermería y el desafío de la equidad territorial

El panorama de cuidar en la ruralidad según la evidencia científica analizada presenta cuatro ejes temáticos (Figura 5).

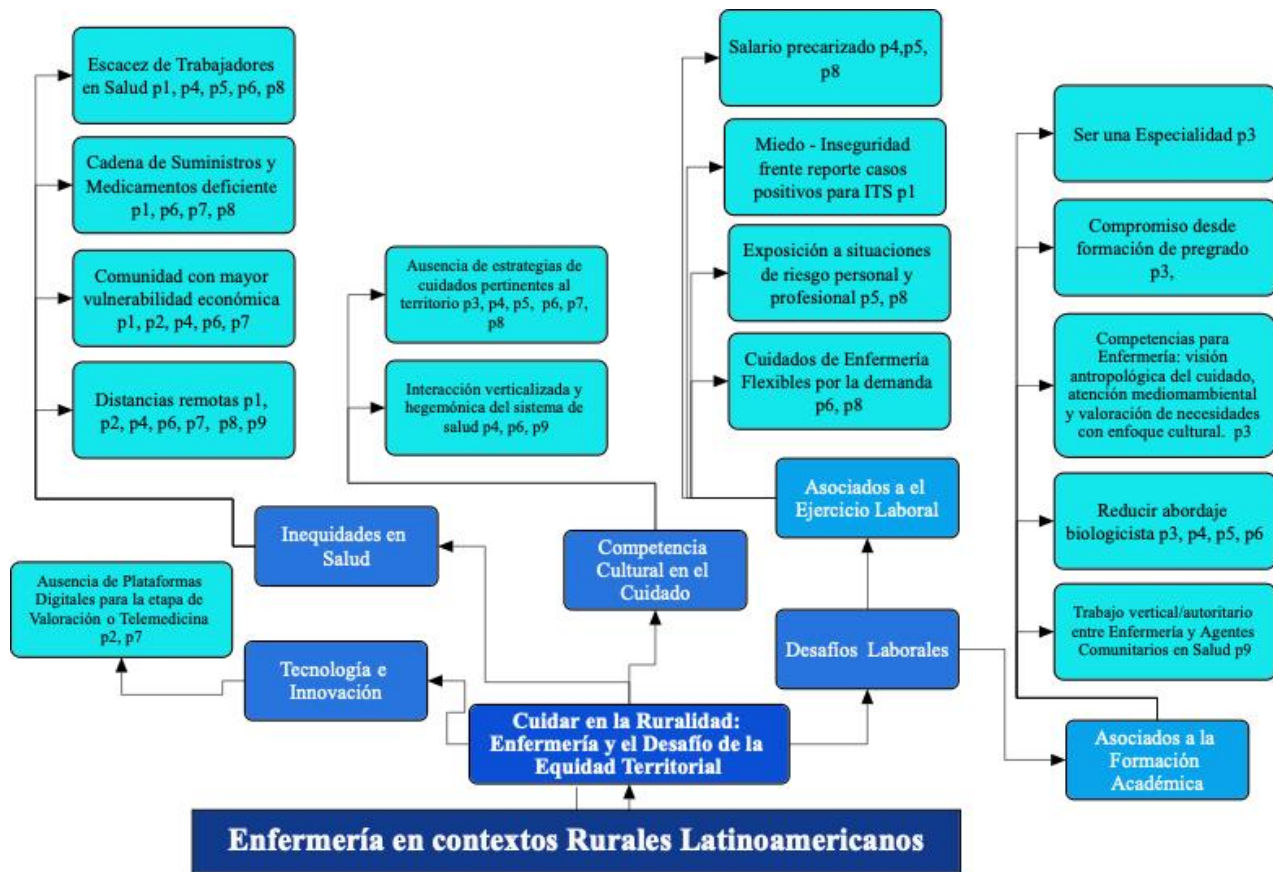


Figura 5. Categoría: Cuidar en la ruralidad: enfermería y el desafío de la equidad territorial.

Tecnología e innovación: las investigaciones plantean la ausencia de plataformas digitales para la etapa de valoración o la posibilidad de contar con servicio de telemedicina en zonas rurales. Estas innovaciones permitirían acortar las brechas de oportunidades para la prevención de eventos adversos o situaciones de morbimortalidad. (17, 20)

Inequidades en salud: las poblaciones de territorios rurales ven que su derecho a la salud está supeditado al tipo de atención que reciben, condicionado por vivir a distancias remotas de los centros de atención, estaciones o postas de salud. (7, 9, 16-18, 20, 21) Son comunidades con vulnerabilidades económicas, (9, 16-18, 20) expuestas a una insuficiente cadena de suministros y medicamentos que no da respuesta a sus necesidades, así como a la escasez de trabajadores de salud. (7, 9, 16, 18, 19)

Competencia cultural en el cuidado: el cuidado en la ruralidad pone de manifiesto que la interacción entre el profesional de salud y las personas de la comunidad se caracteriza por ser verticalizada; esta es una característica fundamental de un modelo médico hegemónico que invisibiliza la cotidianidad e historicidad. (9, 18, 21) Esta forma de entrega del cuidado de manera unidireccional y carente de reconocimiento de la intersubjetividad conlleva la ausencia de estrategias de cuidados pertinentes con el territorio. (6, 7, 9, 18-20)

Desafíos profesionales: en el análisis de la evidencia seleccionada, el profesional de enfermería devela que existen desafíos asociados a su ejercicio profesional y otros asociados a su formación académica. Los retos a nivel laboral se ven reflejados en las adaptaciones que realizan a sus horarios de atención debido a las realidades rurales —distancias remotas,

medios de transporte deficientes, condiciones de vulnerabilidad, etc.—, ^(7, 9) además de que se encuentran expuestos a situaciones de riesgo personal y profesional al asumir responsabilidades que extralimitan sus funciones y preparación profesional. ^(7, 19)

Es importante considerar que estos espacios laborales en la ruralidad representan una necesidad de capacitación constante, como el caso de situaciones de inseguridad frente a la entrega de reportes positivos para infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto es referido por la investigación de Adriana Smith y colaboradores, ⁽¹⁶⁾ que logró identificar la importancia de estas instancias de capacitación para profesionales que se desempeñan en estos territorios y asumen varias responsabilidades.

Por último, otra de las dificultades para ejercer la enfermería profesional en estos espacios es el salario precarizado. ^(7, 18, 19) Se refuerza la idea de que se está brindando un cuidado en las márgenes del olvido estatal, sobre un mapa de inequidades geográficas.

En lo que respecta a los desafíos asociados a la formación académica, la evidencia relata que se requiere reducir el abordaje biologicista, ^(6, 9, 18, 19) generar competencias en áreas de la antropología del cuidado, atención medioambiental y valoración de necesidades con enfoque cultural, llegando a proponer que sea una formación de especialidad. ⁽⁶⁾

Posicionamiento de Enfermería

El posicionamiento del profesional de Enfermería en contextos rurales según la evidencia analizada puede describirse a partir de seis ejes temáticos (Figura 6).

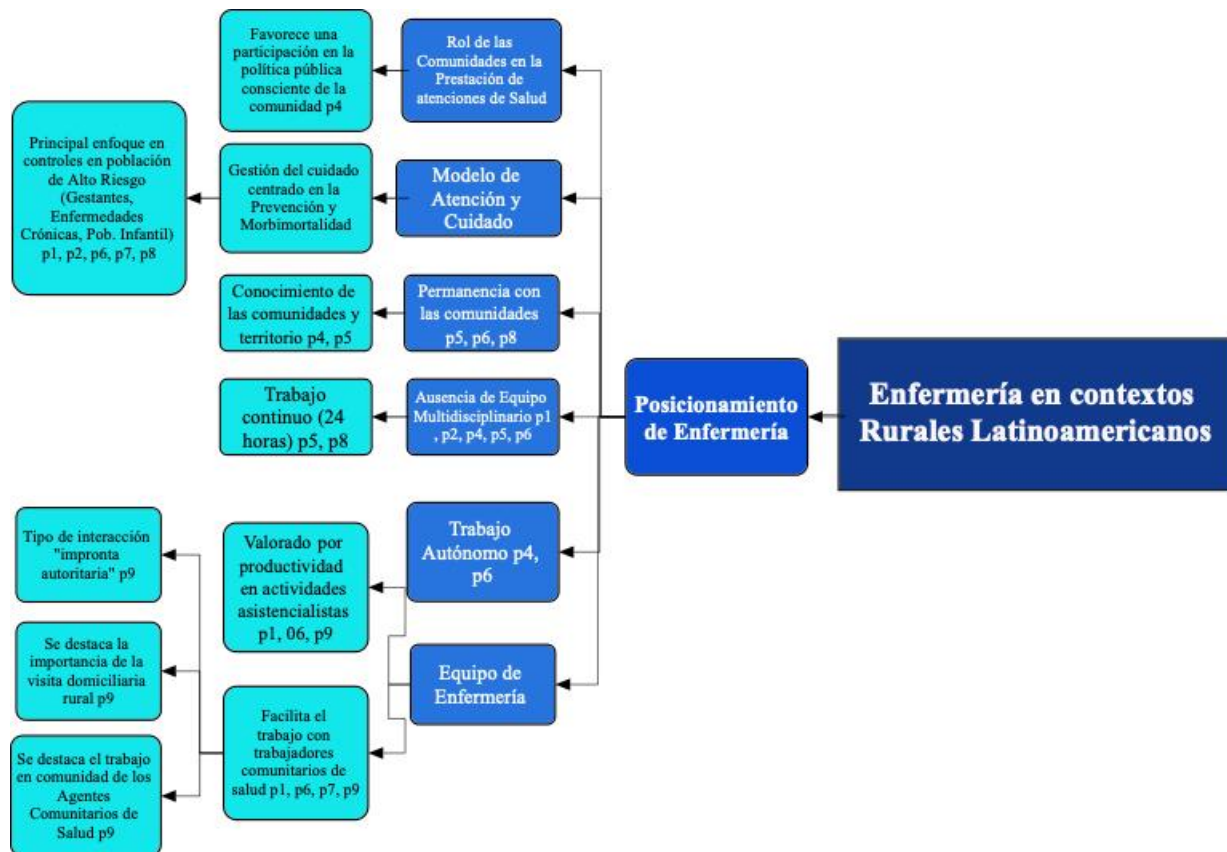


Figura 6. Categoría: Posicionamiento de enfermería en contextos rurales latinoamericanos.

Equipo de enfermería: los artículos analizados describen la importancia de los agentes comunitarios de salud en contextos de ruralidad. En esta subcategoría se reconoce al personal de enfermería como facilitador en el trabajo con este estamento,^(9, 16, 20, 21) aunque su forma de interacción se describa de “forma autoritaria”.⁽²¹⁾ Los agentes comunitarios son valorados por las actividades asistenciales en la comunidad^(9, 16, 21) y los resultados a partir de la visita domiciliaria y el trabajo comunitario.⁽²¹⁾

Ausencia de equipo multidisciplinario: esta subcategoría permite reconocer que existe un trabajo constante en territorios rurales del profesional de enfermería que intenta suplir la ausencia de un equipo multidisciplinario.^(7, 9, 16, 17, 19)

Permanencia en las comunidades: el profesional de enfermería permanece por periodos prolongados en las comunidades rurales y llega a ganar suficiente conocimiento de las personas y su territorio.^(7, 9, 18, 19)

Modelo de atención y cuidado: la enfermería centra sus actividades asistenciales en la prevención y atención de morbilidades crónicas, especialmente en la población de gestantes, pacientes con enfermedades crónicas y población infantil.^(7, 9, 16, 17, 20)

Rol de las comunidades en la prestación de atenciones de salud: el profesional de enfermería actúa como agente favorecedor en la participación de la política pública de las comunidades.⁽¹⁸⁾

Discusión

A pesar de las diversas reformas de salud realizadas en países como Ecuador, Brasil y Perú, la salud como un derecho humano y social no se ha podido brindar de forma equitativa. Esto ocurre muy particularmente en los territorios rurales, los cuales han vivido en un marco de desigualdad territorial y epidemiológica que se demuestra a través de la alta prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación, lo que denota una falta de cobertura y acceso universal a los sistemas de salud.^(13, 17, 22, 23)

Así, pese a que existen diversas estrategias de salud global implementadas por la Organización Mundial de la Salud, como el caso de la telemedicina, cabe mencionar que dichos programas se configuraron desde un enfoque urbano céntrico y asistencialista. Si bien facilita a las enfermeras y médicos el acceso al diagnóstico y tratamiento, las personas del espacio rural no siempre convergen con estos principios, necesidades y prácticas de atención a la salud.^(16, 17) Como afirma Almeida,⁽⁷⁾ el espacio rural parece estar condicionado por su propia distribución territorial, económica y de recursos, y por la falta de oportunidades para poder acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, la falta de carreteras, la deficiencia de medicamentos, las escasas redes de internet o virtualidad y la falta de personal de salud en las comunidades.^(13, 22, 23)

Sobre este último punto, la evidencia demuestra que la falta de personal de salud en los territorios rurales se debe al enfoque epistemológico biomédico y asistencialista, que se gesta desde la formación curricular y sistemas de atención de salud. El sistema de preferencias del nuevo personal de salud se decanta por la alta especialización clínica y el modelo de atención de segundo y tercer nivel. Por ende, los resultados de esta revisión sugieren que la atención primaria, comunitaria o rural, se construya como una especialidad para enfermeras y médicos. Como señala Madeleine Leininger, la capacitación profesional se debe trabajar sobre cuidados de enfermería con enfoque cultural y territorial.^(16, 21, 27, 28)

Asimismo, se reconoce que las enfermeras/os y las parteras tradicionales son el vínculo de las personas de la comunidad y los agentes comunitarios con el sistema de salud,^(18, 19) ya que las enfermeras han permanecido históricamente en los territorios rurales,

desde un primer rol como enfermeras visitadoras y posteriormente como enfermeras rurales y/o comunitarias. No obstante, estas continúan sin figurar como tomadoras de decisiones en lo que a la salud de esas poblaciones respecta; así, se invisibiliza y reduce la participación de la enfermería a actividades administrativas y de investigación de tipo procedimental y de productividad institucional. Sumando a todo ello, la falta de recursos para la atención, la escasa capacitación profesional y la precarización laboral ^(16, 19, 21) han sido parte de una dinámica de funcionamiento de la institucionalidad en salud que ha permanecido en el tiempo, llegando a agudizarse en condiciones adversas por desastres socioambientales y situaciones recientes como la sindemia por COVID-19. ^(13, 20)

Al respecto, los estudios encabezados por Garnelo, ⁽⁹⁾ Floss ⁽¹³⁾ y Oliveira ⁽¹⁸⁾ en 2020 coinciden en que las enfermeras en las comunidades rurales (a diferencia de lo que ocurre en el sector urbano u hospitalario) realizan actividades educativas y de cuidados integrales e interculturales. Así, el profesional de enfermería se caracteriza por permanecer largo tiempo en el territorio, a diferencia de otros profesionales; es decir, se involucran con cuidados de 24 horas, desarrollan estrategias de prevención, educación y seguimiento de casos, así como el compromiso, responsabilidad ética y humanística hacia la adquisición de conocimientos situados que les brindan una mayor satisfacción, autonomía profesional y reconocimiento por parte de los pobladores. ^(19, 21) En este sentido, su participación debe trascender más allá del ejercicio del cuidado; su involucramiento debiera abarcar la participación en políticas públicas en materia de salud global y rural, porque son estos profesionales quienes mejor conocen los territorios y las necesidades puntuales de las personas.

No obstante, como reconocen Lima et al. ⁽²¹⁾ y Garnelo et al., ⁽⁹⁾ las enfermeras siguen trabajando bajo un modelo hegemónico asistencialista, biologicista y jerarquizado por género, el cual se traduce en la reproducción de la violencia estructural a través del ejercicio del autoritarismo de las enfermeras sobre los agentes comunitarios de salud. Esto afecta el avance identitario, autónomo y de participación dialógica e intercultural con las comunidades, y es algo que se debe transformar desde los currículos de enfermería con la implementación de contenidos socioantropológicos y de enfermería rural. ⁽²⁴⁾

Sobra decir que la perspectiva comunitaria y de ruralidad de la enfermería se ha ido perdiendo con la instauración del sistema capitalista. Empero, los autores reconocen la necesidad de reconstruir una enfermería rural que atienda las necesidades reales de las poblaciones, brindando una atención multicausal, compleja, integral, global, continua, equitativa, con perspectiva de género y de calidad, además de considerar un enfoque de sustentabilidad y rol político de salud pública. ^(9, 13, 18, 19, 25, 26)

Con base en esta revisión, podemos argumentar que la enfermería rural es una especialización que forma parte del equipo interdisciplinario de APS o de enfermería de práctica avanzada (*nurse practitioner*), la cual deberá trabajar la práctica de cuidados en entornos rurales atendiendo a las personas en su singularidad e inserción sociocultural. Siempre desde la búsqueda de una atención integral, contextualizada, interseccional, intercultural, con perspectiva de género, coparticipativa, ecológica y holística. En esa realidad deben estar presentes acciones de vigilancia sanitaria: visitas domiciliarias, protección y educación para la salud, prevención y control de riesgos o enfermedades y participación en propuestas de políticas de salud rural y justicia social. ^(6, 9, 18, 22)

Conclusión

Los territorios rurales son contextos que en Latinoamérica poseen particularidades dadas por los procesos históricos y culturales que han visto su transformación a partir de los modelos mercantilistas de la salud y de la vida.

El posicionamiento de enfermería en territorios rurales es un ejemplo de las tensiones a las cuales se enfrenta. Dentro de las barreras estructurales que viven estas comunidades, el profesional de enfermería es un agente articulador del cuidado en medio de esas condiciones locales y laborales. Todo lo anterior, para el cumplimiento de las actividades que la institucionalidad en salud instaura de forma homogénea y sin pertinencia territorial, priorizando la rentabilidad económica sobre el derecho a la vida y a la salud ⁽¹⁹⁾ de cualquier ser vivo.

Al mismo tiempo, se admite que el quehacer profesional de enfermería en la ruralidad se caracteriza por operar al límite de sus competencias, lo cual se debe a tres dimensiones estructurales presentes: 1) la fragmentación de los sistemas de salud que imposibilitan una coordinación entre los diferentes niveles de atención, falta de articulación intersectorial y desigualdad en la distribución de recursos; 2) ausencia de valoración del ejercicio de la profesión en este territorio, que se refleje en un compromiso desde la formación y la existencia de un marco legislativo laboral que ofrezca garantías a quienes por convicción y preparación se desempeñen en estas localidades; y 3) la inequidad geográfica producto del abandono estatal de estas comunidades, que las condiciona a recibir un modelo de atención androcéntrico-hegemónico que valora unilateralmente los saberes técnicos científicos ⁽²⁹⁻³²⁾ y que ha sido estructurado para los sectores urbanos omitiendo una atención basada en la igualdad y justicia social. ^(3, 4, 10, 11, 13)

En definitiva, los territorios rurales requieren de políticas públicas comprometidas con sus particularidades, que fortalezcan la gobernanza de sus habitantes, las redes locales, el trabajo transdisciplinario y transectorial. El sector salud debe recobrar el trabajo comunitario y la resolutividad con pertinencia territorial. Y la enfermería rural en Latinoamérica debe transitar de un ejercicio profesional en medio de la complejidad estructural a una gestión del cuidado que retome sus bases ontológicas de valorar otras culturas y así promover el bienestar integral de las personas, comunidades y el medio ambiente de manera respetuosa, autónoma y contextual.

Referencias bibliográficas

1. Soloaga I, Plassot T, Reyes M. Caracterización de los espacios rurales en México a partir de estadísticas nacionales. [Internet]. 2021 [citado 2024 dic 1]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9c72184a-f1dd-4aa7-841b-cc8f5e643cde/content>
2. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ruralidad en Chile [Internet]. 2024 [citado 2024 dic 13]. Disponible en: <https://www.odepa.gob.cl/dpto-desarrollo-rural/herramientas/ruralidad-en-chile>
3. Ministerio de Agricultura de Chile. Estudio de indicadores de calidad de vida y estándares de vida de los territorios rurales de Chile: Licitación ID 688-8-LQ1.

- Ministerio de Agricultura de Chile; 2019. Disponible en: <https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/EstudioIndicadoresCalidadRural.pdf>
4. Gobierno de Chile. Estadísticas. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Gobierno de Chile [Internet]. 2024 [citado 2023 feb 13]. Disponible en: <http://www.ine.gob.cl/estadisticas>
 5. Westgard C, Naraine R, Paucar Villacorta DM. Performance evaluation of community health workers: Case study in the Amazon of Peru. *J Community Health* [Internet]. 2018 [citado 2023 feb 14];43(5):908-919. doi: 10.1007/s10900-018-0503-3
 6. Alves Lima ÂR, Buss E, Solano Ruiz MC, Siles González J, Heck RM. Possibilidades de formação em enfermagem rural: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2023 feb 10];32(1):113-119. doi: 10.1590/1982-0194201900016
 7. Almeida PF de, Santos AM dos, Silva LM da, Rodrigues MC. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [citado 2023 feb 25];37(11):e00255020. doi: 10.1590/0102-311X00255020
 8. Hennig B. Epidemiología crítica en clave latinoamericana para una salud contrahegemónica. *Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina. Pacha* [Internet]. 2022;3(8):1-11. doi: 10.46652/pacha.v3i8.119
 9. Garnelo L, Pereira RC, Rezende ML, Cabral P, Vasconcelos M, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020;19:54. doi: 10.1186/s12939-020-01171-x
 10. Remorini C, Teves L, Pasarin L, Palermo M. Etnografía y salud rural: trayectorias de investigación en los Valles Calchaquíes, Argentina. *Antropológica* [Internet]. 2020 [citado 2023 mar 3];38(44):267-296. doi: 10.18800/antropologica.202001.011
 11. Urquiza R. Foro de Salud Rural: “La salud rural en sudamérica”. *Rev médica - Col Méd Paz* [Internet]. 2011 [citado 2023 mar 16];17(2):84-86. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200018
 12. Albarrán A, Ponce F. Salud rural: la gran desconocida de la atención primaria [Internet]. *Doble Espacio Revista de Periodismo*; 2022 [citado 2023 abr 25]. Disponible en: <https://doble-espacio.uchile.cl/2022/08/01/salud-rural-la-gran-desconocida-de-la-atencion-primaria/>
 13. Floss M, Franco CM, Malvezzi C, Silva KV, Costa B dos R, Silva VX de L, et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 2023 abr 19];36(7):e00108920. doi: 10.1590/0102-311X00108920

14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021;74(9):790-799. doi: 10.1016/j.recesp.2021.06.016
15. De La Espriella R, Gómez Restrepo C. Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2020;49(2):127-133. doi: 10.1016/j.rcp.2018.08.002
16. Smith A, Sabidó M, Camey E, Batres A, Casabona J. Lessons learned from integrating simultaneous triple point-of-care screening for syphilis, hepatitis B, and HIV in prenatal services through rural outreach teams in Guatemala. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 2023 may 12];130(S1). doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.009
17. Finette BA, McLaughlin M, Scarpino SV, Canning J, Grunauer M, Teran E, et al. Development and Initial Validation of a Frontline Health Worker mHealth Assessment Platform (MEDSINC®) for Children 2-60 Months of Age. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;100(6):1556-1565. doi: 10.4269/ajtmh.18-0869
18. Oliveira AR de, Sousa YG de, Silva DM da, Alves JP, Diniz ÍVA, Medeiros SM de, et al. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020 [citado 2023 abr 26];41:e20190328. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190328
19. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, Pereira JA, Bazílio J, Silva E. Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. *Rural and Remote Health* [Internet]. 2020 [citado 2023 jul 31];20:5522. doi: 10.22605/RRH5522
20. Nicoletti A, Todaro V, Cicero CE, Giuliano L, Zappia M, Cosmi F, et al. The impact of COVID-19 pandemic on frail health systems of low- and middle-income countries: The case of epilepsy in the rural areas of the Bolivian Chaco. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2021 [citado 2023 jul 13];118:107917. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.107917
21. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF de. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 2023 abr 29];37(8):e00247820. doi: 10.1590/0102-311X00247820
22. Eckhardt M, Carljford S, Faresjö T, Crespo-Burgos A, Forsberg BC, Falk M. Universal health coverage in marginalized populations: A qualitative evaluation of a health reform implementation in rural Ecuador. *Inquiry* [Internet]. 2019 [citado 2023 abr 24];56:46958019880699. doi: 10.1177/0046958019880699
23. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En CLACSO. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO; 2000, p. 122-151. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708050100/11_quijano.pdf

24. Rojas Torre IL, Gil Herrera RDJ. Primary Health Care strategies in five Latin American Countries. *AVFT* [Internet]. 2023 [citado 2024 nov 30];40(7):711-719. doi: 10.5281/zenodo.5752275
25. Fernández Domínguez AO. Los Objetivos del Desarrollo Sostenible en el marco multidimensional del bienestar. *Economía: Teoría y Práctica* [Internet]. 2022 [citado 2023 may 16];(56):175-200. doi: 10.24275/etypuam/ne/562022/fernandez
26. Marilaf CM, Alarcón MAM, Illesca PM. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía-Chile: Percepción de usuarios y enfermeros. *Cienc Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2023 may 26];17(2):111-118. doi: 10.4067/S0717-95532011000200012
27. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 10th edition. Elsevier; 2021.
28. Weber Peters C, Lange C, Lemões MAM, Vestena Zilmer JG, Schwartz E, Pereira de Llano PM. Proceso de salud-enfermedad-atención de ancianos residentes en zonas rurales: la perspectiva de una atención culturalmente congruente. *Texto & Contexto – Enferm* [Internet]. 2021 [citado 2024 dic 8];30:e20190302. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0302
29. Gadamer HG. *Verdad y método II*. Salamanca, España:Ediciones Sigueme; 1993.
30. Gama LE. El método hermenéutico de Hans-Georg Gadamer. *Escritos* [Internet]. 2021 [citado 2024 dic 1];29(62):17-32. doi: 10.18566/escr.v29n62.a02
31. Trujillo Bilbao F. Ciencia, científicos y verdad: los aportes de la hermenéutica de Hans-Georg Gadamer y de la conceptualización de Max Weber a la historia de la ciencia. *Historiografías* [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 4];(24):55-70. doi: 10.26754/ojs_historiografias/hrht.2022248589
32. Ayres JR de CM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud colectiva* [Internet]. 2008 [citado 2023 may 30];4(2):159-172. doi: 10.18294/sc.2008.339

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

C. I. L. A. ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; K. I. M. F. en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.