Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(especial2), 144-149, 2026
https://doi.org/10.62574/prwolo60

Acceso a servicios de salud en comunidades rurales: revisión narrativa

Access to health services in rural communities: a narrative review

Damaris Dalipza Cerón-Maldonado
damariscm21@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-6680-6073

Daniel Alexander Chalaca-Imbacuán
danielci69@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-2505-3603

Elkin Paúl Paguay-Fuel
elkinpf46@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-3024-861X

Julio Rodrigo Morillo-Cano
ut.juliomorillo@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-6910-4041

RESUMEN

Se analizó la evidencia sobre la percepción del acceso a los servicios de salud en comunidades rurales y los factores que lo facilitan o lo dificultan. Se realizó una revisión narrativa de nueve estudios publicados entre 2019 y 2025 e indexados en PubMed, SciELO o Redalyc. Las barreras más citadas fueron la distancia y el tiempo de traslado, la falta de transporte, el envejecimiento de la población, la escasez de personal y medicamentos, los costos de traslado, la desconfianza y la distancia cultural con los servicios. La reforma sanitaria ecuatoriana mejoró la atención primaria rural, pero persistieron la falta de personal y de fármacos. La participación comunitaria, la visita domiciliaria y la enfermería con enfoque intercultural facilitaron el acceso. Mejorar el acceso rural exige servicios adaptados al territorio, personal suficiente, protección financiera y participación de las comunidades.
Descriptores: accesibilidad a los servicios de salud; salud rural; atención primaria de salud; equidad en salud; promoción de la salud. (DeCS).

ABSTRACT

The evidence on the perception of access to health services in rural communities and on the factors that facilitate or hinder it was analyzed. A narrative review of nine studies published between 2019 and 2025 and indexed in PubMed, SciELO or Redalyc was conducted. The most frequent barriers were distance and travel time, lack of transport, population ageing, shortages of staff and medicines, travel costs, mistrust and cultural distance from services. The Ecuadorian health reform improved rural primary care, but staff and drug shortages persisted. Community participation, home visits and nursing with an intercultural approach facilitated access. Improving rural access requires services adapted to the territory, sufficient staff, financial protection and community participation.
Descriptors: health services accessibility; rural health; primary health care; health equity; health promotion. (DeCS).

Recibido: 14/09/2026. Revisado: 19/10/2026. Aprobado: 06/11/2026. Publicado: 21/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La cobertura sanitaria universal busca que todas las personas reciban servicios de salud de calidad cuando los necesitan. Su logro exige identificar las barreras que enfrentan las comunidades rurales y dispersas, donde las dificultades de acceso son más graves y la escasez de datos propios del medio rural limita la planificación de los servicios (1).

El acceso a la atención en el campo depende de barreras económicas, geográficas, culturales y de la organización del sistema de salud. En Chile, una encuesta construida a partir de demandas comunitarias y aplicada a 1 885 personas de 42 localidades rurales y 231 urbanas mostró que las barreras ligadas a la política sanitaria eran las de mayor peso (2). En la Amazonía brasileña, las unidades fluviales móviles ampliaron la atención primaria de las comunidades ribereñas, pero los usuarios siguieron pagando el traslado hasta la unidad y hasta la atención especializada en las ciudades (3).

Las personas con discapacidad que viven en zonas rurales suman barreras físicas, económicas, geográficas y de infraestructura, y los agentes comunitarios de salud que las atienden refieren poca preparación para hacerlo (4). Por eso se propone incluirlas en los planes de desarrollo rural y en los servicios de rehabilitación de la atención primaria (5).

Las barreras de acceso no tienen la misma magnitud en todos los contextos y conviene identificarlas pronto para orientar los servicios. El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia sobre la percepción del acceso a los servicios de salud en comunidades rurales e identificar los factores que lo facilitan y lo dificultan.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La selección de los estudios no siguió un flujo verificable conforme a la declaración PRISMA 2020 (6), por lo que el trabajo no se presenta como revisión sistemática.

Se seleccionaron estudios publicados entre 2019 y 2025 e indexados en PubMed, SciELO o Redalyc que analizaran las barreras o los facilitadores del acceso a los servicios de salud en poblaciones rurales. Se aceptaron estudios originales cualitativos, cuantitativos o mixtos y revisiones, en español o inglés, con texto completo disponible. Se excluyeron las opiniones de expertos, los editoriales, las tesis, los documentos que no pudieron verificarse en la fuente y los artículos de revistas de publicación masiva.

Se incluyeron nueve estudios. De cada uno se extrajeron autor, año, país, diseño, muestra y hallazgos principales, que se agruparon en tres temas: barreras geográficas y económicas, barreras culturales y del sistema de salud, y facilitadores del acceso. Las demás fuentes citadas sirven para contextualizar y contrastar los hallazgos.

Consideraciones éticas: revisión de documentos publicados, sin participación de personas.

RESULTADOS

Los nueve estudios incluidos se publicaron entre 2019 y 2025 y procedían de España, Guyana, Perú, Ecuador, Cuba, Colombia y Brasil; dos revisiones tuvieron alcance internacional o regional. Predominaron los diseños cualitativos y mixtos (Tabla 1).

Tabla 1. *Estudios incluidos sobre el acceso a los servicios de salud en comunidades rurales.*

Ref.	Autor (año), país	Diseño y muestra	Hallazgos principales
(7)	Sanz Tolosana, 2021, España	Cualitativo; 21 entrevistas en tres valles del Pirineo navarro	Pesan la geografía, la oferta de servicios y el envejecimiento; el acceso depende del tiempo de viaje y del transporte privado
(1)	Houghton, 2023, Guyana y Perú	Triangulación: revisiones, entrevistas a autoridades y encuestas de hogares	Siete temas: medicina tradicional, decisiones familiares y género, etnia y confianza, alfabetización en salud, acceso geográfico y personal, acceso financiero
(8)	Eckhardt, 2019, Ecuador	Cualitativo; grupos focales con personal, comités y líderes	La reforma de 2008 mejoró la atención primaria rural; persistieron falta de personal y fármacos y problemas para los más alejados
(9)	Montoya Sanabria, 2021, internacional	Revisión sistemática; 253 referencias	Diversidad de métodos; pide políticas con una mirada diferenciada de lo rural
(10)	Villarreal Valera, 2020, Cuba	Caso único mixto; 17 825 pobladores	Las prácticas culturales comunitarias integran educación, prevención y promoción de la salud
(11)	Gil Forero, 2021, Colombia	Mixto con acción-participación; 547 familias indígenas y afrodescendientes	Modelo de gestión intercultural y ruta de atención primaria con acciones comunitarias
(3)	Garnelo, 2020, Brasil	Etnográfico; usuarios y trabajadores de unidades fluviales	Mejor atención prenatal de bajo riesgo; costos de traslado y poca integración de los agentes comunitarios
(12)	Dávila, 2025, América Latina	Revisión sistemática cualitativa; 20 estudios	Adolescentes vulnerables: barreras estructurales, personal sin formación, falta de atención culturalmente sensible y estigma
(13)	Oliveira, 2019, Brasil	Cualitativo; 11 enfermeras de equipos rurales de salud de la familia	Vínculo cercano con la comunidad; obstáculos para trasladar al equipo y realizar las acciones de salud

Fuente: Propia (2026).

Barreras geográficas y económicas

En el Pirineo navarro, la accesibilidad dependió del tiempo de viaje más que de la distancia y de las alternativas de transporte; la población usaba sobre todo vehículo privado y el envejecimiento reducía su acceso general (7). En la Amazonía, los usuarios asumieron los costos del traslado a la unidad móvil y a la atención especializada (3). En Guyana y Perú, el acceso geográfico, el personal y el acceso financiero se combinaron con barreras de aceptabilidad (1).

Barreras culturales y del sistema de salud

El uso de la medicina tradicional, la dinámica de poder familiar, la etnia y la confianza en los servicios condicionaron la búsqueda de atención (1). En Ecuador, la reforma de 2008 se percibió impuesta desde arriba y con poca comunicación; mejoró la atención primaria rural,

pero persistieron la falta de personal y de medicamentos, un sistema de información difícil y problemas de acceso para quienes vivían más lejos de los establecimientos (8). Una revisión de 253 referencias halló gran diversidad de métodos para estudiar el acceso rural y concluyó que las políticas requieren una mirada diferenciada de lo rural (9).

Facilitadores del acceso

En Bayamo, la educación, la prevención y la promoción de la salud funcionaron como un sistema integrado dentro de las prácticas culturales comunitarias (10). La participación social permitió construir con 547 familias un modelo de gestión intercultural y una ruta de atención primaria (11). En adolescentes en situación de vulnerabilidad, la educación sexual preventiva adaptada a la cultura, la colaboración intersectorial y las redes comunitarias y de pares facilitaron el acceso a la salud sexual y reproductiva (12). Las enfermeras rurales mantuvieron un vínculo cercano con la comunidad, aunque los problemas de traslado del equipo limitaron sus actividades (13).

DISCUSIÓN

Los estudios coinciden en que la distancia, el transporte, la escasez de personal y medicamentos y los costos indirectos limitan el acceso rural (3, 7, 8). Este patrón se repite en Chile, donde las barreras ligadas a la política sanitaria fueron las de mayor peso (2), y en las comunidades indígenas rurales de América Latina, que suman unos 42 millones de personas y enfrentan desconfianza hacia las autoridades, desinformación y acceso limitado al agua y a los servicios de salud (14).

Las barreras culturales y de confianza descritas en Guyana y Perú (1) y las unidades amazónicas que reproducen rutinas de los servicios urbanos (3) muestran que ampliar la oferta no basta. Los modelos construidos con la comunidad (10, 11) y la adaptación de las políticas a cada territorio (9) se presentan como respuestas. El rol de los ministerios de salud pasó de la provisión directa de servicios a la rectoría del sector, y entre los vacíos de la gobernanza sanitaria figuran la rendición de cuentas y la voz de la población (15), justamente lo que los modelos participativos buscan atender.

Para enfermería, los resultados respaldan la visita domiciliaria, el trabajo con agentes comunitarios y líderes locales, la educación en salud con enfoque intercultural y la atención a grupos con más barreras, como las personas con discapacidad (4, 13). La enfermera de atención primaria puede detectar pronto las barreras de cada familia y coordinar la derivación.

Entre las limitaciones están el carácter narrativo de la revisión, sin búsqueda sistemática reproducible, el número reducido de estudios, su heterogeneidad de diseños y países y la ausencia de una evaluación formal de su calidad.

CONCLUSIÓN

El acceso a los servicios de salud en comunidades rurales está limitado por la geografía, el transporte, la escasez de personal y medicamentos, los costos indirectos y la distancia cultural. La participación comunitaria, la visita domiciliaria y la enfermería con enfoque intercultural lo facilitan. Mejorar el acceso rural exige servicios adaptados al territorio, personal suficiente y protección financiera.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo institucional brindado para el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Cruz Vilcarromero NL, Rodriguez Gonzalez H, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. Rural Remote Health. 2023;23(1):7822. doi:10.22605/RRH7822
2. Núñez A, Manzano CA. Identifying local barriers to access to healthcare services in Chile using a communitarian approach. Health Expect. 2022;25(1):254-63. doi:10.1111/hex.13371
3. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. Int J Equity Health. 2020;19(1):54. doi:10.1186/s12939-020-01171-x
4. Zeni D, Costa MC, Silva EB, Honnef F, Arboit J, Colomé ICS. Health care for people with disabilities in a rural setting under the perspective of community agents. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190204. doi:10.1590/0034-7167-2019-0204
5. Vázquez Vicente P, Fernández Gámez O. Una mirada a la discapacidad como problema de salud en el área rural. Rev Cubana Med Fis Rehabil [Internet]. 2022;14(1):e635. Disponible en: https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/download/635/704
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

7. Sanz Tolosana E, Oliva Serrano J. La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del Pirineo navarro. An Sist Sanit Navar. 2021;44(2):185-94. doi:10.23938/ASSN.0945
8. Eckhardt M, Carlfjord 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. 2019;56:0046958019880699. doi:10.1177/0046958019880699
9. Montoya Sanabria SM, Apráez Ippolito NG. Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021;47(4):e1685. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2021/csp214p.pdf
10. Villarreal Valera JA. Sinergia educación, prevención, promoción de salud comunitaria desde el paradigma de la sociocultura. Hacia Promoc Salud. 2020;25(2):39-53. doi:10.17151/hpsal.2020.25.2.7
11. Gil Forero JC, Acosta Ramírez N. Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales. Rev Cienc Soc [Internet]. 2021;27(Esp 4):548-59. Disponible en: https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/37028
12. Dávila F, Cala-Vitery F, Gómez LT. Determinants of access to sexual and reproductive health for adolescent girls in vulnerable situations in Latin America. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(2):248. doi:10.3390/ijerph22020248
13. Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano CS, Alves M. The daily routine of nurses in rural areas in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):918-25. doi:10.1590/0034-7167-2018-0243
14. Meneses-Navarro S, Freyermuth-Enciso MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Campos-Navarro R, Meléndez-Navarro DM, Gómez-Flores-Ramos L. The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. Int J Equity Health. 2020;19:63. doi:10.1186/s12939-020-01178-4
15. Bigdeli M, Rouffy B, Lane BD, Schmets G, Soucat A. Health systems governance: the missing links. BMJ Glob Health. 2020;5(8):e002533. doi:10.1136/bmjgh-2020-002533

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/