

# Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca

## Bases for the structuring of a rural health model in Arauca

Sandra M. Delgado-Peñaloza y Vanessa Ortiz-Piedrahita

Recibido 14 noviembre 2021 / Enviado para modificación 23 enero 2022 / Aceptado 4 febrero 2022

### RESUMEN

**Objetivo** Este trabajo tuvo como objetivo la identificación de algunos modelos exitosos de atención en salud rural, que faciliten la construcción de un modelo de atención en salud rural con enfoque diferencial e intercultural para el departamento de Arauca, Colombia.

**Métodos** Se realizó una revisión sistemática, a partir de bases de datos como BVS, PubMed, SciELO y LILACS.

**Resultados** El principal hallazgo destaca la necesidad de construir un sistema de salud basado en un modelo de atención primaria en salud (APS) con enfoque comunitario. Para esto se requiere aplicar estrategias relacionadas con el talento humano, el manejo de redes de atención y otras, como el uso de herramientas tecnológicas; todas enfocadas a llevar una atención más eficiente y asequible, alineadas con el sistema de salud colombiano y adaptadas al departamento de Arauca.

**Palabras Clave:** Salud rural; asistencia sanitaria culturalmente competente; competencia cultural; servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** This work aimed to identify some successful models of rural health care which facilitate the construction of a model of rural health care with a differential and intercultural approach for the department of Arauca, Colombia.

**Methods** A systematic review was carried out based on databases such as BVS, PubMed, SciELO, and LILACS.

**Results** The main finding highlights the need to build a health system based on a model of primary health care (PHC) with a community approach. In order to do this it is necessary to apply strategies related to human talent, management of care networks and others such as the use of technological tools; all focused on providing more efficient and affordable care, aligned with the Colombian health system and adapted to the department of Arauca.

**Key Words:** Rural health; culturally competent care; cultural competency; health services (*source: MeSH, NLM*).

A partir de una perspectiva crítica y reflexiva, es posible establecer que los sistemas de salud pública en el mundo, y particularmente en contextos rurales e interculturales de Colombia, se caracterizan por las grandes brechas de desigualdad en la atención y su accesibilidad. Se trata de un tema de interés para las agendas públicas nacionales y locales, si se tiene en cuenta que las áreas rurales son espacios de suma relevancia para el crecimiento económico, debido a la producción alimentaria de países en desarrollo y/o emergentes como Colombia (1).

A pesar de que el incremento de cobertura en afiliación al sistema de salud en Colombia se dio con mayor velocidad en el área rural entre los años 1995-2005 (2), la cobertura universal en salud (CUS), según Ortega (3), se constituye aún

SD: Bacterióloga. Esp. Epidemiología.  
M. Sc. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.  
sadelgadop@unal.edu.co  
VO: Socióloga. M. Sc. Psicología.  
Ph. D. Ciencias Sociales. Ph. D. Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Colombia.  
Docente, Sede Orinoquía.  
San Nicolás, Colombia.  
vaortizp@unal.edu.co

en un principio difícil de lograr; esto, teniendo en cuenta que se puede garantizar cobertura en aseguramiento, pero no en acceso y para Colombia la cobertura en aseguramiento es superior al 90%, aunque con un acceso de dichos asegurados del 40%. Se entiende, pues, que “el acceso es el porcentaje de personas que utilizan los servicios médicos al momento de necesitarlos” (4).

Las dificultades de acceso a la salud en espacios rurales e interculturales interpelan a los Gobiernos y a los expertos en salud pública a establecer un modelo que pueda lograr una atención oportuna y diferenciada en talento humano y en servicios, suficiente con capacidad de disminuir las brechas existentes entre lo rural y lo urbano. De ese modo, podría impactar de manera positiva indicadores de salud como el de mortalidad materna, que para el 2017 demostró un exceso de 24,97 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales (5).

Cabe señalar que en Colombia existen estrategias para disminuir las desigualdades de atención en salud como el Plan de Salud Rural, pero el mencionado se encuentra aún sin ejecución (6). También existe un proyecto piloto implementado en el departamento de Santander, el cual evaluó el desempeño de atención primaria en salud en municipios rurales, con pocos resultados (7).

Asimismo, la diversidad cultural es una impronta importante a nivel nacional. En casos como el departamento de Arauca, diversidad cultural y ruralidad confluyen al unísono. Arauca cuenta con 275 814 habitantes y la ruralidad supera el 35% en algunos municipios (8), donde habitan además comunidades indígenas organizadas en 27 resguardos y distintas etnias como los u'wa, betoyes, sikuaní, hitnü, kuiba, hitanü, chiricoa y piapoco (9). Debido a las diversas oleadas migratorias, Arauca también cuenta con una participación de población afro importante y población de países vecinos como Venezuela (10). Por tanto, hoy es necesario un enfoque intercultural de salud en espacios rurales, fronterizos y dispersos como Arauca. Así, pues, en el presente estudio, se identifican algunas estrategias exitosas de modelos de atención rural en el mundo, que sirvan como base para la construcción de un modelo de atención en salud rural para el departamento de Arauca, Colombia. Aquí se mencionan

estrategias consideradas sostenibles en el tiempo, con alta posibilidad de réplica, las cuales puedan ser articuladas a la realidad intercultural local, altamente compleja debido a variables como la gobernabilidad, la violencia y las inequidades sociales.

## MÉTODOS

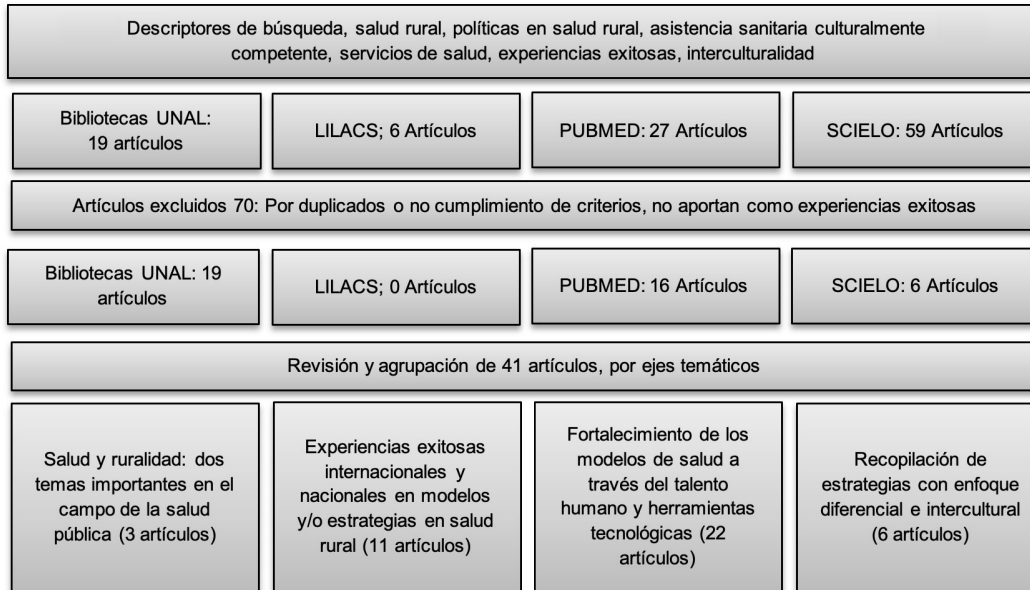
Se realizó una revisión sistemática. Las búsquedas se hicieron en las bases de datos bibliográficas BVS, Pubmed, Scielo y Lilacs, y otras fuentes sobre enfoques diferenciales e interculturales.

En relación a la búsqueda de bases de datos, se especifica la metodología de Población, Intervención, Comparación, Outcomes o resultados y Tiempo (PICOT), para lo cual se tomaron los criterios de inclusión: *patient* (pacientes), *rural health*, *intervention* (intervención), *health plan implementation*, *health services accessibility*, *delivery of health care*, *health programs and plans*, *public health policy*, *comparison* (comparación), *comprehensive health care*, y en relación a los tipos de desenlace, *outcome* (resultados), *culturally competent care*, *differential approach*, *successful*, *successful experience*, *health results*.

El periodo de búsqueda de las publicaciones estimado fue entre 2016 y 2021 a fin de aportar la mejor evidencia disponible y más actualizada sobre los efectos de las intervenciones en salud rural. Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués, y artículos que presentaron información completa con resultados, discusión y recomendaciones disponibles de forma gratuita para su consulta. Por su parte, se excluyeron artículos que, a pesar de haber usado la descripción de búsqueda, no cumplían con el objetivo del presente trabajo.

Se consultaron 41 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Por viabilidad empírica de saturación, se consideró suficiente el número de documentos a la hora de responder la pregunta/objeto de revisión. Además, tal criterio numérico hizo referencia a la fórmula usada: (*rural health*) AND (*successful experiences in rural health*) OR (*policies in rural health*) OR (*rural health models*) OR (*rural health strategies*) OR (*health outcomes*) AND (*tools in rural health*) (Figura 1).

Figura 1. Descriptores de búsqueda



## RESULTADOS

### Salud y ruralidad: dos temas importantes en el campo de la salud pública

Se pretende contextualizar al lector en relación con el debate sobre la ruralidad y sus implicaciones alrededor de la salud pública. Si bien el concepto de ruralidad surgió en el marco de los fenómenos migratorios y se fue configurando en la posguerra (1930-1950), a tal punto de influir en modelos económicos de distintos países en el mundo (11), actualmente el mencionado concepto y enfoque permite la articulación de varias ciencias y disciplinas, entre ellas, la salud pública.

Ahora, desde el punto de las disparidades en diferentes países del mundo, vemos cómo muchos autores han demostrado las brechas existentes entre lo urbano y lo rural respecto a los accesos a salud. Kaneko *et al.* (12) y Rückert *et al.* (13) evidencian que la ruralidad no solo se centra en las características geográficas de densidad de población o distancia de los recursos sanitarios. Además, se deben tener en cuenta cuestiones socioculturales como forma de vida, estados de ánimo, producción y reproducción, conocimientos tradicionales y la relación con la naturaleza, a fin de producir autosuficiencia. A su vez, mencionan el uso de prácticas populares en salud para enfrentar la enfermedad o para fortalecer la salud a través del uso de plantas medicinales, semillas, acupuntura, entre otros. También es importante mencionar que existen otros aspectos como los políticos, administrativos y de conflictos que experimenta cada país y que involucran a la población rural, en muchas ocasiones ahondando las brechas en salud.

Montoya (11) expone que en el contexto colombiano se debe reconocer que la ruralidad se extiende más allá de la población y las estructuras administrativas, teniendo en cuenta que se refleja la imposición desde modelos de crecimiento y una diversidad de conflictos que experimenta el país.

Finalmente, se debe considerar que el estudio y la intervención de los modelos de salud rural deben ser analizados desde una perspectiva global y local, con el objetivo de proponer recomendaciones a través de experiencias de otros países o regiones que puedan ser replicados y apropiados en la región.

### Experiencias exitosas internacionales y nacionales en modelos y/o estrategias de atención en salud rural

Los modelos revisados se enfocan principalmente en garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de las comunidades rurales; de allí parte el primer eslabón para poder hablar de la efectividad de un modelo. En una revisión integradora sobre la prestación de atención primaria en salud (APS) en áreas rurales, se presentan resultados positivos, pero se menciona la necesidad de fortalecer el trabajo de los profesionales y la articulación con terapias alternativas, tradicionales, integradoras y complementarias (14). Para Verma (15): “El acceso a la atención médica, es fundamental para la cobertura universal en salud” y menciona recomendaciones como la de mejorar la capacitación a los trabajadores comunitarios como primeros respondientes a las necesidades en salud de la India.

Como en el estudio anterior, Kushitor *et al.* (16) presentan un programa tipo bandera en Ghana con el

objetivo de empoderar a las comunidades rurales en la gobernanza de los servicios de salud en sus territorios, a través de la iniciativa Planificación y servicios de salud basados en la comunidad (CHPS, por su sigla en inglés), implementada para mejorar el acceso a la atención primaria de salud en áreas desatendidas a través de oficiales de salud comunitarios y parteras residentes. Los resultados son alentadores, pero se necesita empoderar más a la comunidad.

Modelos similares se han ejecutado en Nepal a través del Instituto de Ciencias de la Salud BP Koirala (BPKIHS, por su sigla en inglés), utilizando recursos de la comunidad para mejorar la salud comunitaria, (17). El modelo Más Médicos, basado en APS y médicos rurales implementado en Brasil, según Pereira y Pacheco (18), ha presentado “mejoras en la atención primaria de salud, como el aumento de las consultas y el mayor acceso a los servicios de atención primaria ofrecidos, atribuidos a la presencia del médico y las estrategias más equitativas adoptadas” (p.1181). Sus mayores desafíos son mantenerse en el tiempo y superar limitaciones como el apoyo por especialidades médicas y exámenes complementarios de difícil acceso para la población.

En Sudáfrica se maneja un modelo basado en el apoyo comunitario para la rehabilitación de personas con discapacidad (UBR). Luruli *et al.* (19) presentaron resultados positivos de satisfacción (80%-94%), a través del apoyo de un tipo de profesionales de nivel intermedio ejecutando las actividades de rehabilitación en la comunidad. Cocco *et al.* (20) exponen un modelo similar en Brasil bajo la perspectiva de las agentes de salud comunitario (CHA, por su sigla en inglés), pero en ella todavía se identifican brechas entre esta atención y las recomendaciones de las políticas públicas. Con esto podríamos concluir que el éxito de los modelos depende en gran medida de su ejecución.

Por otro lado, China, el país con el más alto grado de ruralidad en el mundo, ha logrado crear una política que mejora la accesibilidad y asequibilidad de los servicios de salud a través del plan médico escalonado de tres niveles: hospital de nivel I a cargo de la gestión unificada, hospitales asistenciales de nivel II afiliado al de nivel I y clínicas asistenciales de nivel III afiliadas a un hospital de nivel II; todos los niveles participan en el intercambio de conocimientos, experiencia, conocimientos y equipos médicos. En consecuencia, se pueden definir tres flujos: flujo de financiamiento, flujo de pacientes y flujo de recursos médicos para integrar eficazmente los servicios médicos (21). Este modelo es mencionado por Lin *et al.* (22) como exitoso y admiten que “la Organización Mundial de la Salud ha reconocido el sistema chino de tres niveles como una de las

‘tres armas mágicas’ para brindar atención primaria de salud (APS) universal” (p.2).

Países como Estados Unidos tienen un modelo de medicina basado en el autocuidado, donde el incumplimiento de este genera sanciones para el usuario. Existen algunos programas para apoyar a zonas apartadas. Myers *et al.* (23) mencionan que la paramedicina enfocada en visitas domiciliarias por paramédicos en zonas rurales en apoyo a enfermedades crónicas evita la pérdida de la capacidad productiva y disminuye el costo en salud y el uso de los servicios sanitarios de urgencias y hospitalización. Este modelo de autocuidado se planteó en Colombia a través del proyecto de Ley 10 de 2021, todavía sin aprobación.

En el contexto nacional, se realizó una revisión de una experiencia de atención en salud rural basado en APS en municipios del departamento de Santander, Colombia. Allí se evaluó el desempeño de los servicios teniendo en cuenta su desarrollo y los resultados obtenidos en la implementación. El artículo concluye que es el primer estudio realizado en Colombia sobre valoración de Modelo de Atención Integral Basado en Atención Primaria de Salud (MAPIB) y sus resultados indican que, a mayor desarrollo, mayor satisfacción de los usuarios. Sin embargo, no han solucionado temas de accesibilidad y enfoque familiar (7). Es importante complementar que esta estrategia de APS se definió como modelo de salud a través de la política PAIS en el 2016 en Colombia, empero, no se encontraron estudios que evaluaran los avances en la implementación.

### **Fortalecimiento de los modelos de salud a través del talento humano y herramientas tecnológicas**

El talento humano en los modelos de salud rural cumple uno de los ejes fundamentales en el desarrollo y éxito de estos. Según Ricarte *et al.* (24), Meza (25) y Antonietti *et al.* (26), el reclutamiento y el mantenimiento de este por largos periodos de tiempo es un tema difícil de abordar, ya que muchas de las áreas son de difícil acceso y el personal no cuenta con condiciones cómodas para el desarrollo de sus actividades.

En esta revisión, diversos investigadores alrededor del mundo plantean estrategias para garantizar el reclutamiento de talento humano (27) o el apoyo con agentes comunitarios (28), los cuales son monitoreados desde las ciudades por profesionales. Cada uno plantea las ventajas de su propuesta y algunos de ellos presentan en sus resultados o discusiones la efectividad de estas. Algunos países con altos ingresos garantizan educación y formación a los médicos locales, manteniendo autosuficiencia de profesionales y estancia prolongada

en lugares rurales sobre todo aquellos que vivieron parte de su infancia en estos lugares (29).

En Tasmania, por ejemplo, se garantiza atención en zonas rurales a través de estudiantes de escuelas de medicina (27). Iniciativas similares son expuestas por Gupta *et al.* (30) con las escuelas de medicina ubicadas totalmente en áreas rurales, con prácticas en estos lugares y su posterior seguimiento a fin de verificar su adherencia a ellos como puestos de trabajo, algunos de tiempo completo y otros bajo la modalidad FIFO (*first in, first out*), es decir, mantienen su tiempo de trabajo entre el campo y la ciudad. En Australia también se brinda apoyo a mujeres para que den a luz cerca de casa con el programa Maternity Connect (31).

Del mismo modo, la salud bucal hace parte de este desafío en zonas rurales y remotas, considerando que no solo es necesario el talento humano, sino también equipos e instrumentos que ayuden con el trabajo. Shrivastava *et al.* (32) presentan datos de efectividad del trabajo de universidades e instituciones que permiten o tienen dentro de sus programas el contacto de los estudiantes de odontología con la práctica de su profesión en áreas rurales; a su vez, contextualizan que las clínicas móviles, los campamentos dentales y los programas de extensión dental mejoraron el acceso a personas que viven en zonas rurales, disminuyendo las brechas creadas entre las necesidades dentales reales de los residentes rurales y la demanda de la atención en salud dental. En Alaska, esto se hace a través del fortalecimiento de auxiliares rigurosamente entrenados para prestar servicios de salud oral a comunidades indígenas (33).

Existen otras investigaciones relacionadas al manejo de enfermedades de alto costo o impacto en la salud de la población que necesitan abordajes complejos experimentados en las comunidades rurales por equipos interdisciplinarios (34,35). Morgan *et al.* (36) presentan resultados a través del modelo de APS ajustado a la ruralidad. Por otra parte, algunos estudios muestran estrategias no clínicas de capacitación a ayudantes y mentores no necesariamente de la salud, para el apoyo en el manejo de enfermedades como las de tipo mental (37).

En relación con el uso de tecnologías, podemos decir que se han abierto nuevas posibilidades en el campo de la salud. Bradford *et al.* (38), Butzne y Cuffee (39), al igual que Chien y Liu (40) argumentan la efectividad de los modelos de telesalud, en los que el éxito y la sostenibilidad de estos dependen de una definición clara del propósito del servicio, el empoderamiento por parte de los profesionales, la adaptabilidad según necesidades del usuario y la disponibilidad de equipos y red. Como beneficios se identifican: ahorro de tiempo, menos costos, resultados clínicos comparables a los servicios presenciales.

De otra parte, Johnsson *et al.* (41) exponen la telesalud como el apoyo de un equipo interdisciplinario de un lado y familiares y equipo local por el otro. Johnston *et al.* (42) observan dicho enfoque de la telesalud en el apoyo diagnóstico y Maulik *et al.* (43) evaluaron la aceptabilidad de la telesalud para el manejo de enfermedades mentales. Asimismo, fue evaluada la efectividad de un proyecto de uso de tecnologías SMART para manejo de salud mental en India rural, considerado aceptable y factible y con resultados positivos en la salud mental de los pacientes (44).

Otra herramienta investigada es el uso de unidades o clínicas móviles, que permitan llevar educación y atención en diferentes estados de salud. Kojima *et al.* (45) la muestran como herramienta para garantizar atenciones a mujeres embarazadas en India y concluyen que estas soluciones podrían usarse para continuar mejorando la vida de las mujeres embarazadas y los niños en comunidades de difícil acceso.

Hasta el momento, hemos mencionado las estrategias o herramientas de atención más oportunas y de mejor calidad para la población rural y dispersa. Ahora bien, es necesario incluir un tema un poco más complejo de discernir sobre las atenciones con enfoque diferencial e intercultural.

### **Recopilación de estrategias para atención con enfoque diferencial e intercultural**

La referencia ahora va más allá de proveer servicios de salud a una población rural. Es necesario identificar estrategias que permitan garantizar una atención en el marco de la interculturalidad y el enfoque diferencial, lo cual implica tener en cuenta características específicas de la población en la que se desarrollan los modelos de atención. La interculturalidad según Pacheco y Osses (46), “se entiende como una re-conceptualización de la sociedad producto de la diversidad y del fortalecimiento de los grupos marginados” (p.1635).

Ecuador es un ejemplo de políticas con enfoque intercultural; Bautista *et al.* (47) señalan que, desde la aprobación de la constitución en 2008, se crearon políticas públicas con enfoque diferencial e intercultural. Estas tienen como objetivo establecer el *Sumak Kawsay*, es decir, buen vivir. Para darle cumplimiento, el gobierno creó el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud: Familia, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en 2012, el cual es atención con reconocimiento y respeto a la diversidad. Este modelo posibilita una articulación entre las prácticas ancestrales y el enfoque biomédico moderno, que no pueden estar desligadas.

Gallego *et al.* (48) y Sarmiento *et al.* (49) observan la articulación de los modelos interculturales de salud como las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas.

Sarmiento *et al.* admiten que en algunas regiones las parteras tradicionales son quienes atienden las condiciones físicas, mentales y espirituales de las mujeres embarazadas, con una mayor participación masculina en la salud materna, el apoyo de los curanderos tradicionales, conservación de tradiciones (rituales) y una mejor nutrición para las embarazadas. De igual manera, en Australia y Estados Unidos aplica la estrategia de parteras preparadas para atención en áreas rurales, quienes son supervisadas desde hospitales (31,50).

En Colombia, se ha estructurado un modelo de atención integral como resultado de la Ley estatutaria 1751 de 2015, que consagró la salud como derecho fundamental. Allí se planteó una mejor atención a través del Modelo Maite y sus rutas, los cuales tienen por objetivo incorporar los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, por medio de unas líneas de acción enfocadas en salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial.

## DISCUSIÓN

En conclusión, se puede asumir que el 90% de los textos consultados consideraron como un modelo exitoso en atención en salud rural modelos basados en APS; algunos con estrategias de implementación enfocadas en el fortalecimiento del talento humano, profesionales adherentes al área rural, agentes comunitarios y gobernanza de la comunidad por sus programas de salud. Muchos propusieron la combinación de la medicina moderna con la tradicional y otros vieron como alternativa efectiva el uso de herramientas tecnológicas. Algunas investigaciones mencionan que la efectividad de las estrategias depende del grado de adherencia de los actores, además de la continuidad que se les dé.

Todas las estrategias nombradas pudieran ser adaptadas al territorio colombiano y, en especial, al departamento de Arauca. Muchas de ellas, no solo en el contexto rural, si se piensa en las dificultades de acceso tanto en lo rural como en lo urbano.

Lo que nos atañe en este documento es centrarnos en lo rural, en el fortalecimiento de las comunidades, en involucrar a los actores y sectores para garantizar una mejor conectividad que nos permita llegar a lugares remotos del departamento, en empoderar a líderes de comunidades indígenas y veredas, entrenarlos y prepararlos para replicar algunas de las estrategias estudiadas y combinarlas con las tradicionales. En general, en fortalecer los modelos de APS ya establecidos en el modelo de salud colombiano con herramientas y estrategias aprendidas de modelos exitosos de diferentes partes del mundo y que puedan ser replicables en el país ♦

## REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Las zonas rurales son clave para el crecimiento económico de los países en desarrollo [Internet]. New York: ONU; 2017 [cited 2021 Sep 5]. <https://bit.ly/3QcVeMR>.
2. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
3. Ortega Bolaños JA. Justicia social en el sistema de salud colombiano. Concepciones, retos y posibilidades de reforma. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
4. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Bogotá D.C.: Banco de la República; 2014. Documento 204.
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS). Bogotá D.C.: Minsalud; 2020.
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de salud rural [Internet]. Bogotá D.C.: Minsalud; 2019 [cited 2021 Sep 5]. <https://bit.ly/3wZZgRX>.
7. Rodríguez-Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(1):88-95. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11>.
8. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población [Internet]. Bogotá D.C.: DANE; 2021 [cited 2021 Oct 10]. <https://bit.ly/3RkWY7Q>.
9. Martínez D. Estructura territorial de Arauca y su evolución desde la población [Internet]. Villavicencio: Universidad de los Llanos, Gobernación de Arauca; 2019 [cited 2021 Sep 5]. <https://bit.ly/3TNRYdU>.
10. Castro Rodríguez VM. Impacto Socioeconómico de la migración venezolana en Arauca en el periodo 2017-2020 [trabajo de grado]. Bogotá D.C.: Fundación Universidad de América; 2021.
11. Montoya-Sanabria SM. Ruralidad como una categoría analítica: implicaciones para la salud pública. *Revista de Salud Pública*. 2020;22(6):1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.91280>.
12. Kaneko M, Ohta R, Vingilis E, Mathews M, Freeman TR. Systematic scoping review of factors and measures of rurality: toward the development of a rurality index for health care research in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06003-w>.
13. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface*. 2018; 22(66):903-14. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>.
14. Silva Figueira MC, Pereira da Silva W, Silva EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3):1178-88. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>.
15. Verma VR. Geographical accessibility and spatial coverage modelling of public health care network in rural and remote India. *PLoS One*. 2020; 15(10):e0239326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239326>.
16. Kushitor MK, Biney AA, Wright K, Phillips JF, Awoono-Williams JK, Bawah AA. A qualitative appraisal of stakeholders' perspectives of a community-based primary health care program in rural Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19:675. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4506-2>.
17. Pokharel PK, Budhathoki SS, Upadhyay MP. Teaching District Concept of BP Koirala Institute of Health Sciences: An Inter-disciplinary Community Based Medical Education and Health Service Delivery Model in Rural Nepal. *Kathmandu Univ Med J*. 2016; 14(3):294-8.
18. Pereira L, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface*. 2017; 21(Suppl 1):1181-92. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>.
19. Luruli RE, Netshandama VO, Francis J. An improved model for provision of rural community-based health rehabilitation services in Vhembe District, Limpopo Province of South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016; 8(2):980. <https://doi.org/10.4102/2Fphcfm.v8i2.980>.

20. Zeni D, Cocco da Costa M, Bastos da Silva E, Honnef F, Arboit J, dos Santos Colomé IC. Atenção à saúde de pessoas com deficiência em cenário rural sob perspectiva dos agentes comunitários. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(6):e20190204. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0204>.
21. Liu K, Zhang R, Yin L, Sun L, Pan X, Hou L, et al. Medical service unity: an effective approach for medical care in rural areas in China. *Rural Remote Health.* 2018; 18(3):4483. <https://doi.org/10.22605/rrh4483>.
22. Feng XL, Martinez-Alvarez M, Zhong J, Xu J, Yuan B, Meng Q, et al. Extending access to essential services against constraints: the three-tier health service delivery system in rural China (1949-1980). *Int J Equity Health.* 2017; 16(1):49. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0541-y>.
23. Myers LA, Carlson PN, Krantz PW, Johnson HL, Will MD, Bjork TM, et al. Development and Implementation of a Community Paramedicine Program in Rural United States. *West J Emerg Med.* 2020; 21(5):1227-33. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.44571>.
24. Ricarte de Oliveira A, Gomes de Sousa Y, Martins da Silva D, Porto Alves J, Albuquerque Diniz IV, de Medeiros SM, et al. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>.
25. Meza D. Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales. *Revista Estudios de Políticas Públicas.* 2017; 3(1):83-102. <https://doi.org/10.5354/repp.v5i0.46357>.
26. Antonietti L, Esandi ME, Duré I, Cho M, Ortiz Z. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales [Internet]. *Rev Panam Salud Pública.* 2020 [cited 2021 Sep 5]; 44. <https://bit.ly/3AOFuK8>.
27. Coe S, Marlow A, Mather C. Whole of Community Facilitators: An Exemplar for Supporting Rural Health Workforce Recruitment through Students' Professional Experience Placements. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(14):7675. <https://doi.org/10.3390/2Fijerph18147675>.
28. Gagno Lima J, Giovanela L, Rodrigues Fausto MC, de Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2021 [cited 2021 Nov 15]; 37(8):e00247820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>.
29. O'Sullivan B, Russell DJ, McGrail MR, Scott A. Reviewing reliance on overseas-trained doctors in rural Australia and planning for self-sufficiency: applying 10 years' MABEL evidence. *Hum Resour Health.* 2019; 17(8). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0339-z>.
30. Gupta S, Ngo H, Burkitt T, Puddey I, Playford D. Survival analysis of Rural Clinical School of Western Australia graduates: the long-term work of building a long-term rural medical workforce. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19:998. <https://doi.org/10.1186/2Fs12913-019-4816-4>.
31. Martin K, Sweeney S, Wynter K, Holton S. Maternity connect: Evaluation of an education program for rural midwives and nurses. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2020; 26. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100558>.
32. Shrivastava R, Power F, Tanwir F, Feine J, Emami E. University-based initiatives towards better access to oral health care for rural and remote populations: A scoping review. *PLoS One.* 2019; 14(5):e0217658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217658>.
33. Senturia K, Fiset L, Hort K, Huebner C, Mallott E, Milgrom P, et al. Dental Health Aides in Alaska: A Qualitative Assessment to Improve Pediatric Oral Health in Remote Rural Villages. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018; 46(4):416-24. <https://doi.org/10.1111/2Fcdoe.12385>.
34. Sharp T, Weil J, Snyder A, Dunem K, Milbrath G, McNeill J, et al. Partnership integration for rural health resource access. *Rural Remote Health.* 2019; 19(4):5335. <https://doi.org/10.22605/rrh5335>.
35. Jafar TH, Jehan I, de Silva HA, Naheed A, Gandhi M, Assam P, et al. Multicomponent intervention versus usual care for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2017; 18(1):272. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2018-0>.
36. Morgan D, Kosteniuk J, O'Connell ME, Kirk A, Stewart NJ, Seitz D, et al. Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: a process evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4548-5>.
37. Dunstan D, Anderson D. Applying Strengths Model principles to build a rural community-based mental health support service and achieve recovery outcomes. *Rural Remote Health.* 2018; 18(1):3708. <https://doi.org/10.22605/rrh3708>.
38. Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural Remote Health.* 2016; 16(4):3808.
39. Butzner M, Cuffee Y. Telehealth Interventions and Outcomes Across Rural Communities in the United States: Narrative Review. *J Med Internet Res.* 2021; 23(8):e29575. <https://doi.org/10.2196/2F29575>.
40. Chien SCI, Liu C. Factors Influencing the Application of Connected Health in Remote Areas, Taiwan: A Qualitative Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(4):1282. <https://doi.org/10.3390/2Fijerph17041282>.
41. Johnsson G, Kerslake R, Crook S. Delivering allied health services to regional and remote participants on the autism spectrum via video-conferencing technology: lessons learned. *Rural Remote Health.* 2019; 19(3):5358. <https://doi.org/10.22605/rrh5358>.
42. Johnston K, Smith D, Preston R, Evans R, Carlisle K, Lengren J, et al. "From the technology came the idea": safe implementation and operation of a high quality teleradiology model increasing access to timely breast cancer assessment services for women in rural Australia. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1):1103. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05922-y>.
43. Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, Bhattacharya A, Peiris D, Patel A. The Systematic Medical Appraisal Referral and Treatment Mental Health Project: Quasi-Experimental Study to Evaluate a Technology-Enabled Mental Health Services Delivery Model Implemented in Rural India. *J Med Internet Res.* 2020; 22(2):e15553. <https://doi.org/10.2196/15553>.
44. Maulik PK, Kallakuri S, Devarapalli S. Operational challenges in conducting a community-based technology-enabled mental health services delivery model for rural India: Experiences from the SMART Mental Health Project. *Wellcome Open Res.* 2018; 3:43. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14524.1>.
45. Kojima N, Krupp K, Ravi K, Gowda S, Jaykrishna P, Leonardson-Placcek C, et al. Implementing and sustaining a mobile medical clinic for prenatal care and sexually transmitted infection prevention in rural Mysore, India. *BMC Infect Dis.* 2017; 17(1):189. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2282-3>.
46. Pacheco Huaiquil C, Osses Bustingorry S. Desafíos del Modelo de Salud Intercultural: desde la coexistencia geográfica al diálogo científico. *Rev Méd Chile.* 2017; 145(12):1635-6. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001201635>.
47. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verdugo Sánchez AE, Dávalos-Batallas V, Michels NRM, Hendrickx K, et al. Towards an indigenous definition of health: an explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *Int J Equity Health.* 2020; 19(101). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1142-8>.
48. Gallego-Pérez DF, Mendes Abdala CV, Miele Amado D, Carvalho de Sousa IM, Aldana-Martínez NS, Ghelman R. Equidad, abordajes interculturales y acceso a la información sobre las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas en las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 2020; 44:e143. <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2020.143>.
49. Sarmiento I, Paredes-Solís S, Louffi D, Dion A, Cockcroft A, Andersson N. Fuzzy cognitive mapping and soft models of indigenous knowledge on maternal health in Guerrero, Mexico. *BMC Med Res Methodol.* 2020; 20(125). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-00998-w>.
50. Jolles D, Stapleton S, Wright J, Alliman J, Bauer K, Townsend C, et al. Rural resilience: The role of birth centers in the United States. *Birth.* 2020; 47(4):430-7. <https://doi.org/10.1111/birt.12516>.