



Relación y diferencias entre la atención primaria en el medio rural y urbano.

Revisión integradora.

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Ainoa Gómez Prats en el curso académico 2022-2023.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Alejandro Meseguer Teruel

Castellón de la Plana, 8 de Junio de 2023

AGRADECIMIENTOS:

Para empezar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi familia por su apoyo incondicional durante todo el proceso de elaboración de este Trabajo Final de Grado. Vuestra presencia, ánimo y comprensión han sido fundamentales para superar los momentos de mayor estrés y dificultad. Gracias por escucharme, por darme vuestra opinión y por ayudarme a mantener la motivación en todo momento. Sin vuestro apoyo, no habría sido posible llegar hasta aquí. Espero poder corresponder en el futuro todo lo que habéis hecho por mí. ¡Gracias de todo corazón!

A mis amigas y amigos, no puedo expresar lo agradecida que estoy con ellos por su gran apoyo incondicional durante la elaboración de mi TFG. Vuestras palabras de motivación, vuestra ayuda para despejar mi mente y vuestra compañía en los momentos de mayor estrés han sido fundamentales para superar este reto. Gracias por estar ahí, por creer en mí y por hacer que este camino haya sido más llevadero.

Como no, a mis compañeras de promoción, en especial a las más cercanas. A ninguna os conocía antes, y sé con certeza que me llevo amistades para toda la vida. Me llevo una mochila cargada de recuerdos, buenos momentos, muchos aprendizajes y por supuesto una pasión que seguro nos acompañará para siempre. Gracias y enhorabuena por conseguir nuestro sueño juntas.

A todos los profesionales, y en especial a mi tutor, con los que he coincidido en los hospitales y centros, que de una forma u otra han hecho de esta profesión una forma de vida, una forma distinta de ver las cosas. He aprendido muchísimo de cada uno de ellos, tanto de enfermería como de la vida.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE

Índice de acrónimos, abreviaturas y siglas

RESUMEN

ABSTRACT

1. Introducción.....	10
2. Justificación.....	16
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Metodología.....	17
4.1 Diseño de búsqueda.....	17
4.2 Pregunta clínica.....	17
4.3 Descriptores y palabras clave.....	18
4.4 Estrategia y ecuaciones de búsqueda.....	19
4.4.1 Búsqueda en PubMed.....	20
4.4.2 Búsqueda en Biblioteca Cochrane.....	23
4.4.3 Búsqueda en SciELO.....	26
4.4.4 Búsqueda en SCOPUS.....	28
4.5 Criterios de selección.....	29
4.5.1 Criterios de inclusión.....	30
4.5.2 Criterios de exclusión.....	30
4.6 Evaluación de la calidad metodológica.....	30
5. Resultados.....	31
5.1 Resultados de la búsqueda N°1.....	31
5.2 Resultados de la búsqueda N°2.....	33
5.3 Resultados de la búsqueda N°3.....	35
5.4 Tipología y características de los artículos.....	37
6. Discusión.....	49
6.1 Situación de la atención primaria en el medio rural.....	49
6.2 Diferencias entre la atención primaria del medio rural y el medio urbano.....	50
6.3 Mejoras para conseguir una mejor atención primaria en el medio rural.....	51
6.4 Limitaciones.....	51
7. Conclusiones.....	52
8. Referencias bibliográficas.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etapas del proceso enfermero.

Tabla 2. Índice de Barthel.

Tabla 3. Escala de Gijón.

Tabla 4. Pregunta clínica en formato PIO.

Tabla 5. Descriptores MeSH/DeCS

Tabla 6. Ecuación de búsqueda N°1 para la base de datos PubMed.

Tabla 7. Límites de la búsqueda N°1 en PubMed.

Tabla 8. Ecuación de búsqueda N°2 para la base de datos PubMed.

Tabla 9. Límites de la búsqueda N°2 y N°3 en PubMed.

Tabla 10. Ecuación de búsqueda N°3 para la base de datos PubMed.

Tabla 11. Ecuación de búsqueda N°1 en Cochrane .

Tabla 12. Límites de la búsqueda N°1 en Cochrane.

Tabla 13. Ecuación de búsqueda N°2 en Cochrane.

Tabla 14. Límites de la búsqueda N°2 y N°3 en Cochrane.

Tabla 15. Ecuación de búsqueda N°3 en Cochrane.

Tabla 16. Ecuación de búsqueda N°1 en SciELO.

Tabla 17. Límites de la búsqueda N°1 en SciELO.

Tabla 18. Ecuación de búsqueda N°2 en SciELO.

Tabla 19. Límites de la búsqueda N°2 y N°3 en SciELO.

Tabla 20. Ecuación de búsqueda N°3 en SciELO.

Tabla 21. Ecuación de búsqueda N°1 en SCOPUS.

Tabla 22. Ecuación de búsqueda N°2 en SCOPUS.

Tabla 23. Ecuación de búsqueda N°3 en SCOPUS

Tabla 24. Límites de la búsqueda N°1 en SCOPUS.

Tabla 25. Límites de la búsqueda N°2 y N°3 en SCOPUS.

Tabla 26. Resultados de la búsqueda N°1.

Tabla 27. Resultados de la búsqueda N°2.

Tabla 28. Resultados de la búsqueda N°3.

Tabla 29. Tipos de estudios incluidos en la revisión.

Tabla 30. Año de publicación de los artículos incluidos.

Tabla 31. Artículo 1 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 32. Artículo 2 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 33. Artículo 3 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°2.

Tabla 34. Artículo 4 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°2.

Tabla 35. Artículo 5 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°2.

Tabla 36. Artículo 6 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 37. Artículo 7 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 38. Artículo 8 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 39. Artículo 9 seleccionado de SciELO estrategia de búsqueda N°3.

Tabla 40. Artículo 10 seleccionado de SciELO estrategia de búsqueda N°3.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vista de la historia clínica del paciente en Orion Clínic.

Figura 2. Porcentajes de población según edad.

Figura 3. Palabras clave del primer nivel.

Figura 4. Palabras clave del segundo nivel.

Figura 5. Visión de la estrategia de búsqueda en PubMed sin filtros.

Figura 6. Visión de la estrategia de búsqueda en PubMed con los filtros.

Figura 7. Visión de la estrategia de búsqueda en Cochrane.

Figura 8. Visión de la estrategia de búsqueda en SciELO.

Figura 9. Visión de la estrategia de búsqueda en SCOPUS.

Figura 10. Diagrama de flujo de selección de artículos en la búsqueda N°1.

Figura 11. Diagrama de flujo de selección de artículos en la búsqueda N°2.

Figura 12. Diagrama de flujo de selección de artículos en la búsqueda N°3.

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

Índice de acrónimos, abreviaturas y siglas

- AP: Atención Primaria.
- APS: Atención Primaria de Salud.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- PE: Proceso Enfermero.
- HC: Historia Clínica.
- EAP: Equipo de Atención Primaria.
- PAC: Puntos de Atención Continuada.
- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

RESUMEN

Introducción:

La atención primaria de salud es el nivel inicial que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Su objetivo es garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar. Se diferencia entre la cartera común básica, la cartera común suplementaria y la cartera de servicios accesorios. Es importante implementar el Proceso Enfermero en el medio rural.

Objetivos: Comprender la función de la atención primaria y su importancia dentro del sistema nacional de salud.

Metodología:

Se realizó una revisión integradora en las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Cochrane, SciELO y SCOPUS. Concluyendo en tres estrategias de búsqueda, la 1ª con el término “care”, la 2ª sin él y la 3ª, como la 2ª pero con los términos “urban environment” y “rural environment” por separado.

Resultados:

Para la búsqueda N°1 no se obtuvieron resultados, para la búsqueda N°2 se obtuvieron 3 artículos para formar parte de esta revisión y para la búsqueda N°3 un total de 7 artículos que se incluyeron; con lo cual, 10 artículos se utilizaron para la realización de este trabajo.

Conclusiones:

La atención primaria es fundamental para garantizar el acceso a la atención sanitaria en zonas rurales y urbanas. A pesar de las dificultades en las zonas rurales, los servicios prestados son mejores debido a la cercanía de los profesionales sanitarios con sus pacientes, teniendo más tiempo para atenderlos y listas de espera más cortas.

Palabras clave: Paciente, Atención Primaria, medio urbano, medio rural y cuidados.

ABSTRACT:

Background:

Primary healthcare is the initial level that ensures the comprehensiveness and continuity of care throughout the patient's life. Its objective is to guarantee the highest possible level of health and well-being. It is differentiated between the basic common portfolio, the supplementary common portfolio, and the portfolio of accessory services. It is important to implement the Nursing Process in rural areas.

Objectives: Understanding the role of primary healthcare and its importance within the national health system.

Methodology:

An integrative review was conducted in the following databases: PubMed, Cochrane Library, SciELO, and SCOPUS. Three search strategies were concluded, the 1st with the term "care", the 2nd without it, and the 3rd, like the 2nd but with the terms "urban environment" and "rural environment" separately.

Results:

No results were obtained for search 1, 3 articles were obtained for search 2 to be part of this review, and a total of 7 articles were included for search 3; therefore, 10 articles were used for the completion of this work.

Conclusions:

Primary healthcare is essential to guarantee access to healthcare in rural and urban areas. Despite the difficulties in rural areas, the services provided are better due to the proximity of healthcare professionals to their patients, having more time to attend to them and shorter waiting lists.

Key words: Patient care, primary health care, cities, rural health center and care.

1. Introducción

La atención primaria (AP) se basa en un compromiso con la justicia social, la equidad y en el reconocimiento del derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como dispone el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]”¹

La AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Llevará a cabo actividades de promoción, prevención, educación, asistencia, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social².

Todas estas actividades van dirigidas a las personas, familias y comunidades. Están bajo un enfoque biopsicosocial, se presentan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad de las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados².

A lo largo de la historia, el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado cierta confusión sobre su significado y su práctica. Para poder coordinar las labores futuras en materia de APS a nivel mundial, nacional y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, se ha elaborado una definición clara y sencilla³:

“La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”³.

Con la finalidad de mejorar la calidad y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se aprobó el Real Decreto-Ley 12/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por el que se diferencian: la cartera común básica que comprende todas las

actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como el transporte sanitario urgente, todos ellos cubiertos por la financiación pública; cartera común suplementaria, que incluye prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos además de transporte sanitario no urgente sujeto a prescripción facultativa; y por último, la cartera de servicios accesorios, que incluye actividades no esenciales⁴.

La enfermería en el medio rural debe adaptarse al método científico por eso es necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) que consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, descritas en la siguiente tabla: ⁵ (**tabla 1**)

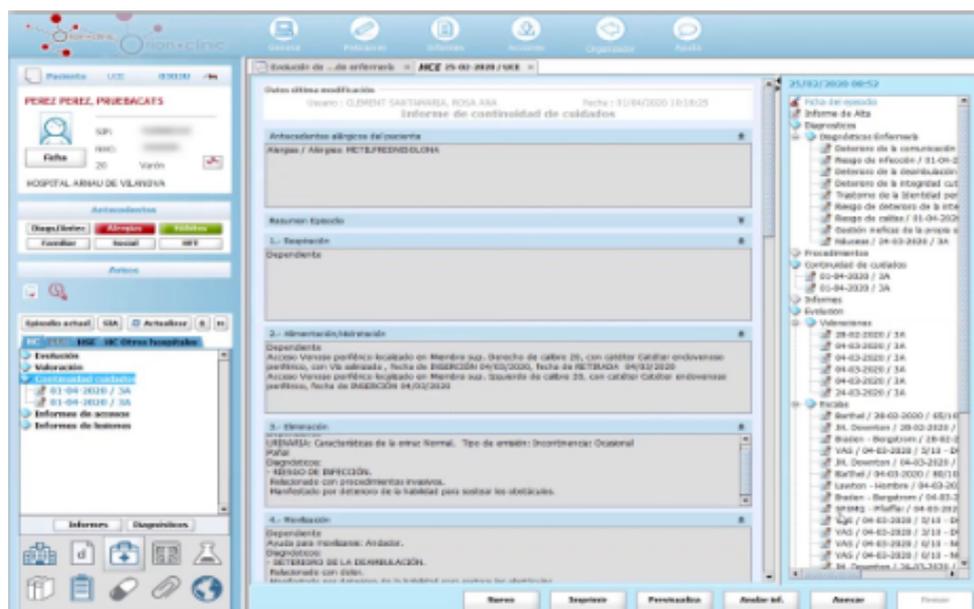
Tabla 1: Etapas del PE. Elaboración propia con la información sustraída de Enfermería Blog⁵.

VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos sobre el estado de salud del paciente. - A través de fuentes primarias (exploración física/entrevista) o secundarias (HC). - Se emplean modelos como los patrones funcionales de salud de Gordon o el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Hace referencia a respuestas humanas. - Tiene como objetivo identificar los problemas del paciente. - Los diagnósticos pueden ser reales, de riesgo y de promoción de la salud o diagnósticos de síndrome.
PLANIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Se elaboran estrategias dirigidas a resolver, prevenir o controlar los problemas identificados en el diagnóstico. - Se divide en cuatro etapas: <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de prioridades. - Establecimiento de objetivos. - Desarrollo de intervenciones de enfermería. - Documentación del plan. - Para la planificación de los cuidados se hace uso de la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Se lleva a cabo el plan de cuidados, que puede ser individualizado para un paciente en concreto o estándar, en base a lo común.
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del plan de cuidados. - Tener en cuenta el estado de salud del usuario, su evolución y los posibles factores de riesgo. Se modificará de acuerdo a ello.

Tras finalizar el proceso y haber realizado las técnicas o procedimientos pertinentes sobre el usuario, se deben registrar a través del programa informático utilizado en cada centro de AP ⁵. En este caso, al centrarnos en los centros de AP del medio rural pertenecientes al departamento de salud de Castellón de la Plana, se utiliza la aplicación de Orion Clinic (**figura 1**).

Actualmente, en la comarca de Els Ports, la población se va envejeciendo (**figura 2**), teniendo especial relevancia el módulo de cuidados en AP, en pacientes pluripatológicos, donde se asocian diagnósticos enfermeros a procesos: por ejemplo el deterioro de la memoria (00131) en caso de haber sufrido ictus o haber tenido un ingreso reciente. Otro aspecto a destacar son los cuestionarios y tests, principalmente en población de edad avanzada: el índice de Barthel (**tabla 2**) que evalúa el grado de dependencia del paciente mediante su capacidad para realizar diez ABVD, siendo 0 la mínima puntuación y 100 la máxima (grado máximo de independencia), o el test Mini-Mental (MMSE) en casos de deterioro cognitivo, con el que se evalúa la orientación en tiempo y espacio, la memoria, la atención, la fijación, el cálculo, la comprensión y repetición, la escritura, la lectura y el dibujo, y cuya puntuación máxima es de 30 (con menos de 23 puntos se sospecha de patología). Es reseñable también la importancia que tiene la valoración del entorno sociofamiliar, existiendo en este aspecto la escala Gijón (**tabla 3**), para detectar posibles situaciones de riesgo en población > 65 años (se considera problema social una puntuación mayor de 16) ⁶.

Figura 1: Vista de la historia clínica del paciente en Orion Clinic ⁷.



¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

Figura 2: Porcentajes de población según edad. Elaboración propia con información sustraída de Argos.

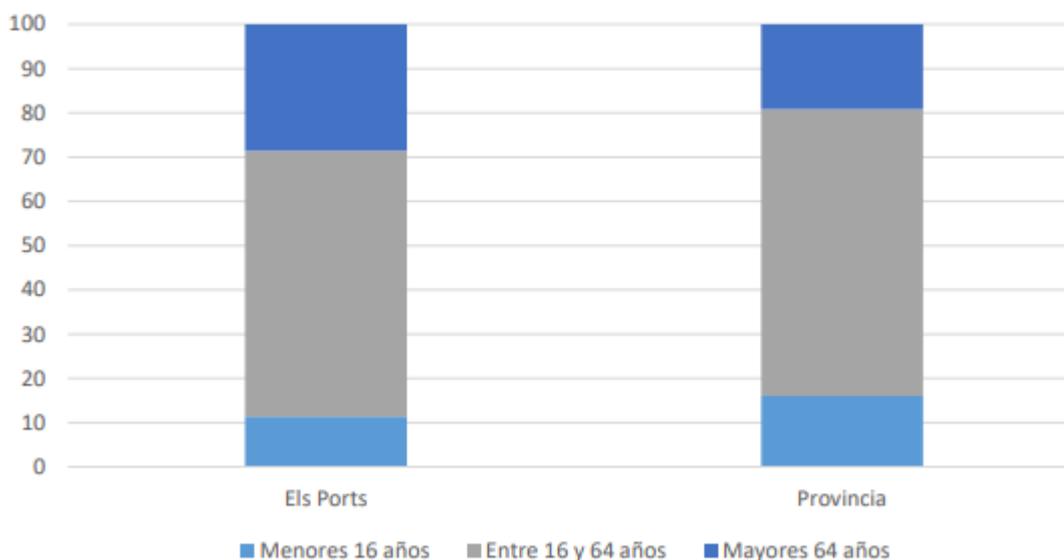


Tabla 2: Índice de Barthel. Elaboración propia con la información sustraída de la Conselleria de Sanitat ⁶.

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Ptos
Lavarse Baño	Independiente. Entra y sale solo al baño.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse Aseo	Independiente para lavarse la cara, las manos...	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente. Se pone y se quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Comer	Totalmente dependiente.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	Dependiente	0
	Independiente para ir del sillón a la cama.	15

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

Trasladarse	Mínima ayuda física o supervisión.	10
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 m.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente.	0
Micción	Contiene o es capaz de cuidar de la sonda.	10
	Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24h como máx., o precisa de ayuda para la sonda.	5
	Incontinente.	0
Deposiciones	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas.	5
	Incontinente.	0

Tabla 3: Escala Gijón. Elaboración propia con la información sustraída de la Conselleria de Sanitat ⁶.

<p>A. SITUACIÓN FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados. 	
<p>B. SITUACIÓN ECONÓMICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I - F.A.S - Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior. 	

C. VIVIENDA <ol style="list-style-type: none">1. Adecuada a necesidades.2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa.3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.4. Ausencia de ascensor, teléfono.5. Vivienda inadecuada.	
D. RELACIONES SOCIALES <ol style="list-style-type: none">1. Relaciones sociales.2. Relación social sólo con familia y vecinos.3. Relación social sólo con familia o vecinos.4. No sale del domicilio, recibe visitas.5. No sale y no recibe visitas.	
E. APOYOS DE LA RED SOCIAL <ol style="list-style-type: none">1. Con apoyo familiar o vecinal.2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.3. No tiene apoyo.4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.5. Tiene cuidados permanentes.	

2. Justificación

El actual modelo de atención primaria vertebrado en torno a las áreas de salud como estructura fundamental del sistema sanitario, pretende la concepción integral de la salud, incluyendo necesariamente la atención a la urgencia mediante el establecimiento de turnos de atención continuada por parte de los miembros de los Equipo de Atención Primaria (EAP) ⁸.

En el ámbito de la AP en la Comunidad Valenciana, la población atendida por cada punto de atención continuada será la de la zona básica de salud. No obstante, con el objeto de garantizar una optimización de los recursos asistenciales existentes y siempre que se asegure la calidad del servicio prestado, los Puntos de Atención Continuada (PAC) podrán organizarse de forma conjunta entre los miembros de los EAP de varias zonas básicas de salud limítrofes geográficamente. Sin embargo, en medio rural con amplia dispersión geográfica, los PAC tendrán ámbito de zona de salud ⁸.

Las características más importantes del medio rural, sobre todo del departamento de salud de Castellón de la Plana, es la dispersión geográfica, la creciente pérdida de población, el envejecimiento de ésta y el aumento de enfermedades crónicas. En base a esta problemática y la gran importancia que tiene la AP en el sistema nacional de salud, he optado por escoger este tema con el objetivo de investigar la calidad asistencial de la AP en el medio rural y

compararla con la AP del medio urbano para así poder plantear medidas de mejora. La principal motivación para hacerlo concretamente sobre la AP en el interior del departamento de salud de Castellón de la Plana ha sido porque mi lugar de procedencia es Vilafranca.

3. Objetivos

Una vez explicada la base teórica, se procede a detallar el objetivo principal de éste trabajo, seguido de los diferentes objetivos específicos planteados.

3.1 Objetivo general

- Comprender la función de la atención primaria y su importancia dentro del sistema nacional de salud.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer cuál es la situación de la atención primaria en el medio rural.
- Plantear las diferencias de la atención primaria entre el medio rural y el medio urbano.
- Adquirir conocimiento en esta área y plantear mejoras en la atención primaria del medio rural.

4. Metodología

4.1 Diseño de búsqueda

En el presente trabajo se ha realizado una revisión integradora de la literatura científica, con el fin de determinar la evidencia empírica sobre la calidad asistencial de la atención primaria en el medio rural y comparándola con el medio urbano. Se ha llevado a cabo una búsqueda guiada por una pregunta clínica en las principales bases científicas de Ciencias de la salud, entre los meses de enero y abril de 2023. Para la elaboración del presente estudio se ha seguido como guía las directrices de la declaración PRISMA para mejorar la integridad del mismo.

4.2 Pregunta clínica

Previamente a la búsqueda bibliográfica se debe formular la pregunta clínica a responder. En esta revisión integradora, la estructura de la pregunta clínica es en formato PIO (Pacientes, Intervención y Resultados), siendo la pregunta planteada la siguiente:

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

En la **tabla 4** se muestra la estructura de la pregunta PIO especificando los componentes.

Tabla 4. Pregunta clínica en formato PIO. Elaboración propia.

Pregunta PIO:	
<i>¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?</i>	
(P)atient	Pacientes del medio rural y urbano.
(I)ntervention	Atención primaria de la salud.
(O)utcomes	Mejor atención primaria en pacientes del medio rural en comparación con los pacientes del medio urbano.

4.3 Descriptores y palabras clave

Una vez formulada la pregunta clínica, se establecen los descriptores con el fin de obtener información relacionada con nuestro tema de estudio. Con el fin de optimizar los resultados de la búsqueda se realizó una combinación de:

- Lenguaje natural, en español e inglés.
- Lenguaje controlado, a través de los tesauros especializados:
 - Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS).
 - Medical Subjects Headings (MeSH).

En la **tabla 5** se muestran detalladamente todas las palabras clave utilizadas para realizar las búsquedas.

Tabla 5. Descriptores MeSH/DeCS utilizados.

LENGUAJE NATURAL		LENGUAJE CONTROLADO	
Español	Inglés	DeCS	MeSH
Paciente	Patient	Atención al paciente	Patient care
Atención Primaria	Primary care	Atención primaria de salud	Primary Health Care

Medio urbano	Urban environment	Ciudades	Cities
Medio rural	Rural environment	Medio rural	Rural health center
Cuidados	Care	Atención de enfermería	Nursing care

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica mediante el uso de estos términos en las diferentes bases de datos científicas (que se detallan más adelante) se utilizaron los operadores booleanos *AND* y *OR*. De esta forma quedaron combinados los términos MeSH, DeCS y el lenguaje natural dando lugar a las ecuaciones de búsqueda que se explican en el apartado 4.4 Estrategias y ecuaciones de búsqueda.

4.4 Estrategia y ecuaciones de búsqueda

La búsqueda bibliográfica fue realizada mediante tres tipos de estrategia. La primera estrategia incluyendo el término “atención de enfermería” (estrategia de búsqueda N°1) y la segunda sin incluir este término (estrategia de búsqueda N°2), utilizando los demás descriptores en ambas búsquedas. Durante la primera búsqueda no se encontraron artículos que trataban el tema del trabajo y por este motivo se decidió realizar la segunda búsqueda. En ésta, se encontraron varios artículos pero debido a la escasez de los mismos se decidió realizar una tercera búsqueda. Esta fue realizando buscando por una parte los términos “atención primaria”, “paciente” y “medio urbano” y por otro lado los términos “atención primaria”, “paciente” y “medio rural” para así después comparar las informaciones y llegar a una conclusión final.

Para realizar esta estrategia se organizó en “descriptores primarios” que equivalen al elemento “P” e “I” de la pregunta PIO y “descriptores secundarios” que equivalen a el elemento “O”. En las **figuras 3 y 4** se muestran de manera visual los descriptores utilizados.

Se utilizan los operadores booleanos *OR* y *AND* para combinar los términos. Una vez decidida la estrategia de búsqueda, esta misma se llevó a cabo en diferentes bases de datos. Se hizo una selección y finalmente se realizó la búsqueda en el metabuscador Web of Science, en las bases de datos específicas PubMed, Scopus y SciELO; y por último en la base de datos de revisiones Cochrane.

Figura 3. Palabras clave del primer nivel. Elaboración propia.

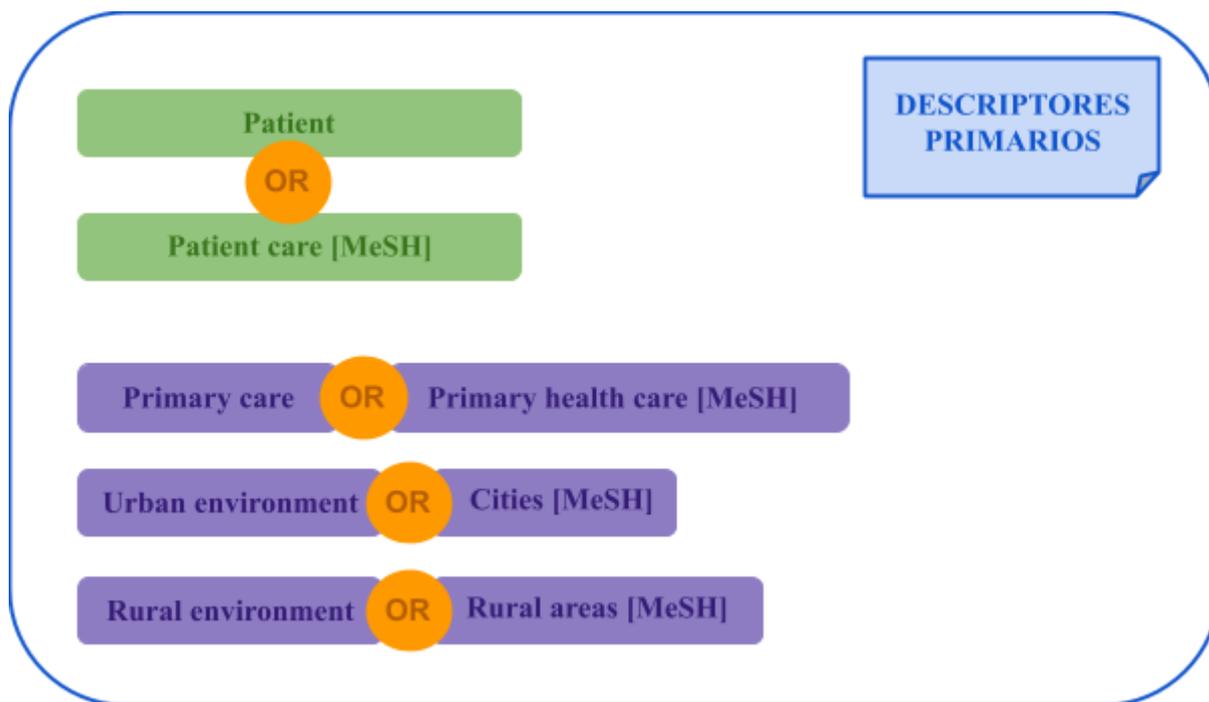
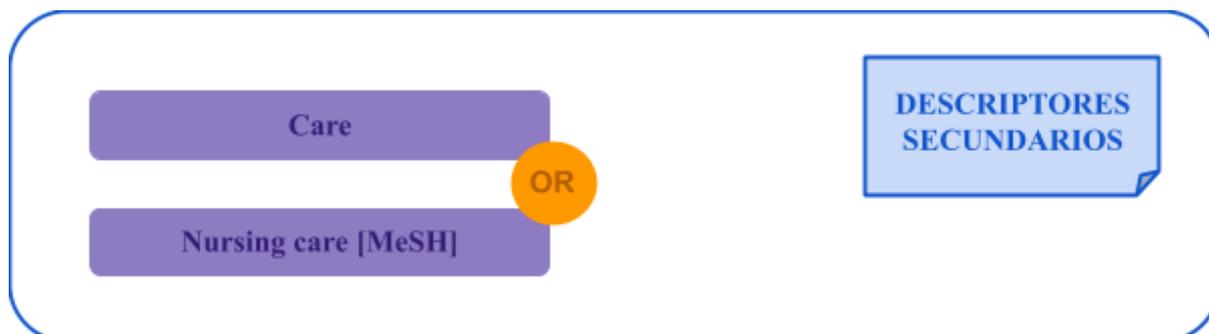


Figura 4. Palabras clave del segundo nivel. Elaboración propia.



4.4.1 Búsqueda en PubMed

Para realizar la búsqueda en la base de datos PubMed se ha hecho uso del *Advanced Search Builder* para detallar los diferentes descriptores y combinarlos con los operadores booleanos según las siguientes ecuaciones de búsqueda que quedan reflejadas en la **tabla 6** para la búsqueda N°1, en la **tabla 8** para la búsqueda N°2 y en la **tabla 10** para la búsqueda N°3.

Tabla 6. Ecuación de búsqueda N°1 para la base de datos PubMed.

<p>Ecuación de búsqueda N°1</p>	<p>((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care) OR (care, primary health[MeSH Terms])) AND (urban environment) OR (cities[MeSH Terms])) AND (rural environment) OR (center, rural health[MeSH Terms])) AND (care) OR (nursing care[MeSH Terms])</p>
--	---

En primer lugar, se realizó la estrategia de búsqueda N°1. Se hizo la búsqueda del descriptor primario “Patient”, buscando a su vez la opción MeSH del término. Se realizó el mismo procedimiento con el resto de descriptores primarios que hacen referencia al elemento “I” de la pregunta PIO, los cuales son “Primary care”, “urban environment” y “rural environment”.

En segundo lugar, se hizo la búsqueda del descriptor secundario “care”, que hace referencia al elemento “O” de la pregunta PIO, junto con la opción MeSH de éste.

Una vez obtenidos los resultados por separado de cada descriptor, se realizaron las combinaciones mediante el operador booleano *OR* del descriptor con su respectivo MeSH, para a continuación, interrelacionar las búsquedas de los descriptores primarios con el operador booleano *AND* y con el descriptor secundario mediante el booleano *OR*.

Para la primera búsqueda, los descriptores de los elementos “I” y “O” de la pregunta, “patient”, “primary care”, “urban environment”, “rural environment” y “care” se unieron mediante *OR* para ampliar así la búsqueda. En cambio para la segunda se unieron mediante *AND*.

Por último, se aplicaron sobre los resultados obtenidos los siguientes filtros automáticos o límites: que la limitación de tiempo fuese de 10 años, que fuesen realizados en humanos, que pudiese obtener el texto completo y que el idioma fuera el inglés y/o el español. En la **tabla 7** quedan reflejado los límites de búsqueda utilizados.

Finalmente, se aplicaron los filtros manuales, mediante la lectura del título y el resumen de los artículos, seleccionando manualmente aquellos que se adecuaban a los objetivos del trabajo.

Tabla 7. Límites de la búsqueda N°1 en PubMed.

Límites de la búsqueda N°1	<ul style="list-style-type: none">- Fecha de publicación entre el año 2012 a 2022.- Artículos en español.- Estudios realizados en humanos.- Texto completo gratis.
-----------------------------------	---

Por otro lado, se realizó la estrategia de búsqueda N°2, dejando de lado el descriptor “Care”, pero manteniendo todos los demás descriptores, para ampliar la cantidad de evidencia, extrapolando los artículos que podían ser útiles para la discusión y que se ajustasen a los objetivos del tratamiento. Dicha ecuación de búsqueda se detalla en la **tabla 8**.

Tabla 8. Ecuación de búsqueda N°2 para la base de datos PubMed.

Ecuación de búsqueda N°2	(((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (urban environment)) OR (cities[MeSH Terms]) AND (rural environment)) OR (center, rural health[MeSH Terms]) AND ((y_5[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))) AND ((y_5[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))))
---------------------------------	---

Para la búsqueda N°2 se aplicaron sobre los resultados obtenidos los siguientes filtros automáticos o límites: que la limitación de tiempo fuese de 5 años, que fuesen realizados en humanos, disponibilidad de texto completo y el idioma fuera en inglés y/o español. En la **tabla 9** quedan fijados los límites utilizados.

Finalmente, se aplicaron los filtros manuales, mediante la lectura del título y el resumen de los artículos, los mismos que para la búsqueda N°1; seleccionando manualmente aquellos que se adecuaban a los objetivos del trabajo.

Tabla 9. Límites de búsqueda N°2 y N°3 para la base de datos PubMed.

Límites de la búsqueda N°2 y N°3	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de publicación entre el año 2018 a 2022. - Artículos en español. - Estudios realizados en humanos. - Texto completo gratis.
---	--

La búsqueda se encuentra de manera más visual en la **figura 5 y 6**.

Figura 5. Visión de la estrategia de búsqueda en PubMed sin filtros.

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#1	...	 >	Search: (((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (urban environment)) OR (cities[MeSH Terms]) AND (rural environment)) OR (center, rural health[MeSH Terms]) AND (care)) OR (nursing care[MeSH Terms])	150,507	06:28:22

Figura 6. Visión de la estrategia de búsqueda en PubMed con los filtros.

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#6	...	!	Search: (((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (urban environment) OR (cities[MeSH Terms]) AND (rural environment) OR (center, rural health[MeSH Terms]) AND (care) OR (nursing care[MeSH Terms]) Filters: Free full text, in the last 10 years, Humans, English, Spanish	5,801	06:30:54

Como en las dos anteriores búsquedas (Estrategia de búsqueda N°1 y N°2) no se encontraron los resultados esperados para la realización de la discusión y las conclusiones, se decidió realizar una tercera búsqueda (Estrategia de búsqueda N°3).

En esta búsqueda, se emplearon los mismos descriptores primarios (“patient”, “primary care”) excluyendo como en la búsqueda N°2 el descriptor secundario “care”. Lo que la diferencia de las otras estrategias es que en esta se realizó la búsqueda por separado de los descriptores “rural environment” y “urban environment” para así poder obtener información de los dos y después contrastar entre sí para poder alcanzar conclusiones.

Finalmente, se hizo uso de los mismos operadores booleanos (*AND* y *OR*) quedando la ecuación de búsqueda como se puede ver en la **tabla 10**.

Tabla 10. Ecuación de búsqueda N°3 para la base de datos PubMed.

Ecuación de búsqueda N°3	<p>(((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (urban environment) OR (cities[MeSH Terms])</p> <p>Por otro lado:</p> <p>(((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (rural environment) OR (rural health center [MeSH Terms])</p>
---------------------------------	--

Los límites y filtros utilizados en esta búsqueda fueron los mismos que en la estrategia de búsqueda N°2.

4.4.2 Búsqueda en Biblioteca Cochrane

En la estrategia de búsqueda a través de la base de datos de revisiones Cochrane se ha hecho uso del *Advanced Search*. La estructura de esta búsqueda fue muy similar a la empleada en PubMed.

En primer lugar, se utilizaron los descriptores primarios “patient”, junto con la opción MeSH, además de los descriptores “Primary care”, “urban environment” y “rural environment”. Se realizó la búsqueda individualizada de cada descriptor con su correspondiente lenguaje controlado y el tesoro MeSH unidos con el operador booleano *OR*.

En segundo lugar, se hizo la búsqueda del descriptor secundario “care” junto con su respectivo MeSH. A continuación, se ha llevado a cabo la combinación de los resultados mediante el operador booleano *AND*, con la finalidad de unir los componentes de la pregunta PIO. A continuación, se muestra la ecuación de búsqueda N°1 en la **tabla 9**.

Tabla 11. Ecuación de búsqueda N°1 en Cochrane.

Ecuación de búsqueda N°1	(((patient) OR (patient care[MeSH Terms])) AND (primary care)) OR (care, primary health[MeSH Terms]) AND (urban environment) OR (cities[MeSH Terms]) AND (rural environment) OR (center, rural health[MeSH Terms]) AND (care) OR (nursing care[MeSH Terms])
---------------------------------	---

Por último, se aplicaron los filtros automáticos o límites de: fecha de publicación en los últimos 10 años, idioma de inglés y/o español. Estos se muestran a continuación en la **tabla 12**. También se aplicaron los filtros manuales adecuados al objetivo del trabajo, mediante la lectura del título y del resumen.

Tabla 12. Límites de búsqueda N°1 en Cochrane.

Límites de la búsqueda N°1	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de publicación en los últimos 10 años. - Artículos en inglés y/o español.
-----------------------------------	--

Se realizó este mismo procedimiento omitiendo el descriptor “care”, para llevar a cabo la estrategia de búsqueda N°2, utilizando todos los demás descriptores. La ecuación de búsqueda se muestra a continuación en la **tabla 13**.

Tabla 13. Ecuación de búsqueda N°2 en Cochrane.

Ecuación de búsqueda N°2	(Patient OR patient care) AND ((Primary care OR care, primary health) OR (Urban environment OR cities) OR (Rural environment OR center, rural health))
---------------------------------	--

Para finalizar, se aplican los filtros automáticos de límite de tiempo en 5 años, además del

idioma en inglés y español. También se aplicaron los filtros manuales adecuados al objetivo del trabajo, mediante la lectura del título y del resumen. Véase en la **tabla 14**.

Tabla 14. Límites de búsqueda N°2 y N°3 en Cochrane.

Límites de la búsqueda N°2 y N°3	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de publicación en los últimos 5 años. - Artículos en inglés y/o español.
---	---

Véase las búsquedas detalladas en la **figura 7**.

Figura 7. Visión de la estrategia de búsqueda en Cochrane.

#1	Patient	Limitar	468967
#2	Patient care	Limitar	144723
#3	primary care	Limitar	126670
#4	primary health care	Limitar	404
#5	urban environment	Limitar	930
#6	cities	Limitar	1996
#7	rural environment	Limitar	765
#8	rural areas	Limitar	3372
#9	care	Limitar	322858
#10	nursing care	Limitar	26332

A continuación, como no se obtuvieron los resultados esperados, se decidió realizar una tercera búsqueda (Estrategia de búsqueda N°3) en la que se utilizaron los descriptores primarios “patient”, junto con la opción MeSH, además de los descriptores “Primary care”, “urban environment”. Se realizó la búsqueda individualizada de cada descriptor con su correspondiente lenguaje controlado y el tesoro MeSH unidos con el operador booleano *OR*.

Por otro lado se realizó la misma búsqueda pero en lugar del descriptor “urban environment” con el descriptor “rural environment” para así poder encontrar información de ambos por separado y después unir las informaciones para poder sacar conclusiones.

Para finalizar, se hicieron uso de los mismos límites y filtros que en la búsqueda N°2 quedando descrita en la **tabla 15** un resumen más detallado de la búsqueda.

Tabla 15. Ecuación de búsqueda N°3 en Cochrane.

Ecuación de búsqueda N°3	((patient) OR (patient care)) AND ((primary care) OR (care, primary health)) AND ((urban environment)) OR (cities))
---------------------------------	---

	Por otro lado: (((patient) OR (patient care)) AND ((primary care) OR (care, primary health)) AND ((rural environment)) OR (rural health center))
--	--

4.4.3 Búsqueda en SciELO

En la búsqueda de artículos en el metabuscador SciELO se ha hecho uso de la búsqueda avanzada para detallar los descriptores y combinarlos con los operadores booleanos. En este caso se realizaron las mismas estrategias de búsqueda que en Pubmed y Cochrane, haciendo uso del lenguaje controlado MeSH, aunque en este caso, no es estrictamente necesario ya que introduciendo los términos sin lenguaje controlado también se puede realizar la búsqueda.

En primer lugar, se realizó una búsqueda del descriptor “Patient” en lenguaje natural. A continuación, se unieron las búsquedas con el operador booleano *AND* utilizando los descriptores “Primary care”, “cities” y “rural health center”.

En segundo lugar, se realizó la búsqueda del descriptor secundario “nursing care” escribiendo ya el buscador directamente en lenguaje controlado

Por último, se realizó la combinación de las distintas búsquedas con el operador booleano *AND*. Véase ecuación de búsqueda N°1 en la **tabla 16**.

Tabla 16. Ecuación de búsqueda N°1 en SciELO.

Ecuación de búsqueda N°1	(Patient) AND (Primary health care) AND (Cities) AND (Rural health center) AND (Nursing care)
---------------------------------	---

Se utilizaron los límites para la búsqueda que se muestran a continuación en la **tabla 17**. Además, también se aplicaron los filtros manuales adecuados al objetivo del trabajo, mediante la lectura del título y del resumen.

Tabla 17. Límites de búsqueda N°1 en SciELO.

Límites de la búsqueda N°1	<ul style="list-style-type: none">- Colección: TODOS.- Áreas temáticas: Ciencias de la Salud
-----------------------------------	---

Como en la búsqueda N°1 ningún artículo pasó los filtros manuales, para la búsqueda N°2 se realizó la misma estrategia de búsqueda pero sin utilizar el lenguaje controlado. Utilizando

solamente las palabras “atención al paciente”, “medio rural” y “medio urbano” Dicha ecuación de búsqueda se muestra a continuación en la **tabla 18**.

Tabla 18. Ecuación de búsqueda N°2 en SciELO.

Ecuación de búsqueda N°2	(Primary health care) AND (urban environment) AND (rural environment)
---------------------------------	---

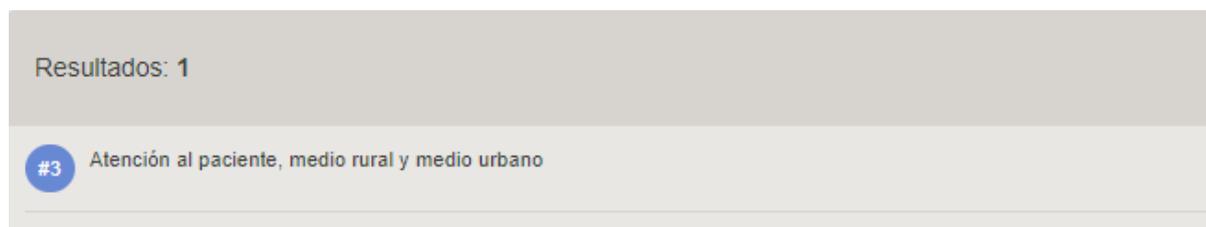
Se utilizaron los límites para la búsqueda que se muestran a continuación en la **tabla 19**. También se hizo uso de los filtros manuales mediante la lectura del título y resumen para la adecuación con los objetivos del trabajo.

Tabla 19. Límites de búsqueda N°2 y N°3 en SciELO.

Límites de la búsqueda N°2 y N°3	<ul style="list-style-type: none">- Colección: TODOS.- Áreas temáticas: Ciencias de la Salud
---	---

Véase las búsquedas detalladas en las **figura 8**.

Figura 8. Visión de la estrategia de búsqueda en SciELO.



Finalmente, como en la búsqueda N°2 no se obtuvieron resultados concluyentes, se decidió realizar una tercera búsqueda (Estrategia de búsqueda N°3) en la que se combinan mediante los mismos operadores booleanos que en las anteriores búsquedas los descriptores “patient care”, “primary health care”, “cities” y “rural health center”, estos dos últimos por separado para así poder encontrar más información de ambos y combinarla para llegar a una conclusión final.

Los filtros automáticos fueron los mismos que se utilizaron en la búsqueda N°2 y los filtros manuales se basaron en una lectura exhaustiva de los artículos. Véase un resumen de la búsqueda en la **tabla 20**.

Tabla 20. Ecuación de búsqueda N°3 en SciELO.

Ecuación de búsqueda N°3	(Patient) AND (Primary health care) AND (Cities) Por otro lado:
---------------------------------	---

	(Patient) AND (Primary health care) AND (Rural health center)
--	---

4.4.4 Búsqueda en SCOPUS

En la base de datos SCOPUS se utilizó la misma estrategia de búsqueda que se utilizó con SciELO, ya que esta base de datos no utiliza el lenguaje controlado MeSH. Se realizaron del mismo modo tres búsquedas, la primera con los descriptores anteriormente nombrados, la segunda utilizando solamente los descriptores “atención primaria”, “medio urbano” “medio rural” y la tercera utilizando los mismos descriptores que en la segunda pero separando la búsqueda de “medio urbano” y “medio rural” para así obtener más información sobre los dos descriptores y contrastar entre sí. A continuación, en la **tabla 21, 22 y 23** se muestran las ecuaciones de búsqueda.

Tabla 21. Ecuación de búsqueda N°1 en SCOPUS.

Ecuación de búsqueda N°1	((((TITLE-ABS-KEY (Patient) AND (TITLE-ABS-KEY (Primary health care)) AND (TITLE-ABS-KEY (Cities)) AND (TITLE-ABS-KEY (Rural health center)) AND (TITLE-ABS-KEY (Nursing care))))))
---------------------------------	---

Tabla 22. Ecuación de búsqueda N°2 en SCOPUS.

Ecuación de búsqueda N°2	((((TITLE-ABS-KEY (patient care) AND (primary health care) AND (cities) AND (rural areas)))))
---------------------------------	---

Tabla 23. Ecuación de búsqueda N°3 en SCOPUS.

Ecuación de búsqueda N°3	(((TITLE-ABS-KEY (patient care) AND (primary health care) AND (cities))) Por otro lado: (((TITLE-ABS-KEY (patient care) AND (primary health care) AND (rural health center))))
---------------------------------	---

Para poder obtener la ecuación de búsqueda se utilizaron los descriptores anteriormente nombrados, realizando las búsquedas independientes. A continuación, se unieron con el operador booleano *AND*.

En este caso, para la búsqueda N°1 el descriptor “patient care” y los descriptores “Primary

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

health care”, “cities” y “rural health center” se unieron a “nursing care” pero como no se obtuvo ningún resultado esperado, en la búsqueda N°2, los términos “patient care”, “primary health care”, “cities”, “rural health care” y “nursing care” se unieron mediante el operador booleano *AND*. Aún así, se obtuvieron muy pocos resultados para poder realizar conclusiones y se decidió realizar la búsqueda N°3.

Una vez realizada la búsqueda, sobre los resultados se aplicaron los filtros automáticos o límites que se muestran a continuación en la **tabla 24** y **25**. También se hizo uso de los filtros manuales mediante la lectura del título y resumen para la adecuación con los objetivos del trabajo.

Tabla 24. Límites de búsqueda N°1 en SCOPUS.

Límites de la búsqueda N°1	<ul style="list-style-type: none">- Fecha de publicación en los últimos 10 años.- Artículos en inglés y/o español.- Área temática enfermería.
-----------------------------------	---

Tabla 25. Límites de búsqueda N°2 y N°3 en SCOPUS.

Límites de la búsqueda N°2 y N°3	<ul style="list-style-type: none">- Fecha de publicación en los últimos 5 años.- Artículos en inglés y/o español.- Área temática enfermería.
---	--

Véase las búsquedas detalladas en la **figura 9**.

Figura 9. Visión de la estrategia de búsqueda en SCOPUS.

Enter query string

TITLE-ABS-KEY (patient care) AND (primary health care) AND (cities) AND (rural areas) AND (nursing care)

[Outline query](#)

[Add Author name / Affiliation](#)

[Clear form](#)

[Search Q](#)

4.5 Criterios de selección

Para poder realizar una selección de artículos que cumplan los objetivos de la presente revisión que no eran otros que determinar qué tipo de AP, si la del medio rural o la del medio urbano, es mejor, se plantea una serie de criterios a seguir durante el proceso de selección.

4.5.1 Criterios de inclusión

- El idioma de las publicaciones en español y/o inglés.
- Limitación de fecha en las publicaciones en los últimos 10 años para la estrategia de búsqueda N°1 y 5 años para la estrategia de búsqueda N°2.
- Disponibilidad de las publicaciones en texto completo.
- Estudios realizados en población humana.

4.5.2 Criterios de exclusión

- Duplicación de artículos.
- Artículos internacionales y artículos no recuperables.
- Artículos no adecuados con los objetivos del trabajo.
- Artículos descartados por déficit en la calidad del estudio.
- Dificultad para la obtención de fuentes primarias.

4.6 Evaluación de la calidad metodológica

Con el fin de evaluar la calidad de los artículos seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se realizó la lectura crítica mediante el uso de la plataforma web de Lectura Crítica 3.0⁹.

Esta plataforma sirve para examinar de manera sistemática y completa la evidencia científica para valorar y evaluar su referencia, fiabilidad y calidad. Es decir, se valora la confianza que se puede tener en los resultados de los estudios en base al correcto desarrollo de los mismos.

Para evaluar la calidad metodológica de los artículos recuperados en las diferentes bases de datos, se realizaron fichas para cada artículo mediante plantillas específicas de valoración metodológica que ofrece esta plataforma.

Estas plantillas eran específicas para cada tipo de estudio, las cuales tras la lectura crítica de los artículos se responden preguntas concedidas para sintetizar la información en una tabla de evidencia y por último, poder evaluar la calidad metodológica.

Las preguntas para la realización de las fichas comprendían los siguientes ítems, y dependiendo del tipo de estudio que se quiera evaluar las preguntas son específicas para ese tipo de estudio:

1. Descripción del estudio.

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

2. Pregunta de investigación.
3. Método.
4. Resultados.
5. Conclusiones.
6. Conflicto de interés.
7. Validez externa.
8. Evaluación de la calidad del estudio.

Si las respuestas ofrecidas para cada pregunta eran *SÍ*, *NO*, *PARCIALMENTE*, *SIN INFORMACIÓN*. Dependiendo de las respuestas de calidad de los estudios se podía clasificar como *BAJA*, *MEDIA* y *ALTA*. Para que los artículos fueran incluidos (lo que significa que la calidad metodológica fuera Media o Alta) debían responder de manera afirmativa o parcialmente al área de Método y en la mayoría del resto de áreas.

Estas fichas aparecen de forma más detallada en el apartado **5.3 Tipología y características de los artículos** en forma de tablas que van desde la **tabla 31** a la **tabla 40**.

5. Resultados

Inicialmente, en la búsqueda realizada se encontraron un total de 349.146 artículos. Estos resultados fueron encontrados en todas las bases de datos anteriormente nombradas y fueron cribados a partir de los límites establecidos para cada búsqueda.

Con el fin de acotar los resultados, se hizo uso de filtros automáticos y manuales. A continuación, se realizó la evaluación de la calidad metodológica de los artículos restantes mediante la herramienta Lectura Crítica 3.0. Para ello se analizó cada artículo en profundidad además de responder a las preguntas que ofrece la plataforma dependiendo del tipo de artículo.

Tras estos procedimientos se obtuvieron el total de 9 artículos utilizados para realizar este trabajo. En los siguientes apartados se desarrollan los resultados para cada búsqueda con detalle y por último, se describe una tabla resumen donde se pueden ver detalladamente los artículos finalmente escogidos.

5.1 Resultados de la búsqueda N°1

Inicialmente, tras realizar la búsqueda en las bases de datos nombradas en el apartado de la metodología, se obtuvieron un total de 150.568 artículos.

A fin de acotar la búsqueda, se emplearon filtros automáticos para la selección de los artículos que ofrecen texto completo disponible, escritos en los idiomas inglés y/o español, realizados en población humana y año de publicación comprendido entre los últimos 10. Tras la aplicación de los mismos, se eliminaron 150.395 artículos del total, quedando 174 artículos en el proceso de selección.

Después, se hizo uso de los filtros manuales, mediante los cuales se ha excluido aquellos artículos no recuperables, no adecuados a los objetivos del trabajo y que mostrasen dificultades para obtener las fuentes primarias. Se eliminaron 174 artículos más del total, quedando 0 para la evaluación de la calidad metodológica. Ningún artículo pasó el filtro de la lectura detallada ya que no se ajustaban al tema escogido en el trabajo.

En la base de datos PubMed se encontraron 150.559 artículos. Tras la aplicación de los filtros manuales se eliminaron artículos quedando un total de 174. De estos 174 artículos, se eliminaron todos tras la evaluación mediante la lectura de los mismos; quedando 0 artículos de la búsqueda en esta base de datos.

En cuanto a Cochrane, se encontraron un total de 9 artículos, que aplicando los filtros manuales seguían permaneciendo en la búsqueda. De estos 9 artículos, tras la evaluación mediante la lectura de los mismos, se eliminaron todos ya que no se ajustaban al tema, quedando 0 artículos de dicha base de datos.

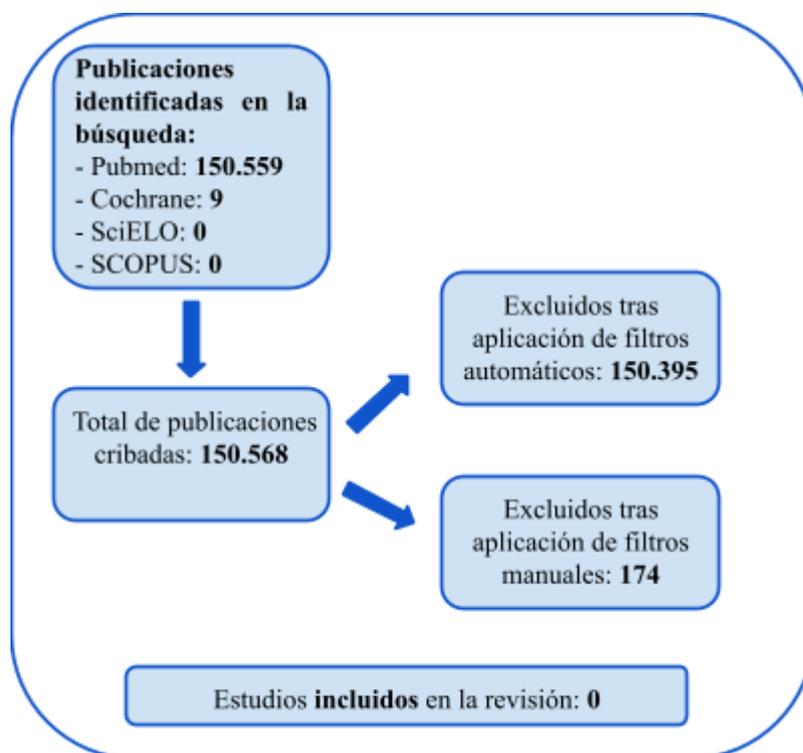
Con respecto al resto de bases de datos (SciELO y SCOPUS) se realizó la búsqueda y no se encontraron resultados de dicha estrategia. A continuación, en la **tabla 26** queda reflejado detalladamente en cada base de datos el proceso de selección de los artículos. Por último, en la **figura 10** queda reflejada la información relacionada con los artículos encontrados, excluidos o utilizados de la revisión en forma de diagrama de flujo.

Tabla 26 . Resultados de la búsqueda N°1. Elaboración propia.

Bases de datos	Artículos encontrados	Excluidos		Incluidos
		Tras filtros	Tras lectura	
PubMed	150.559	150.395	165	0
Cochrane	9	0	9	0
SciELO	0	-	-	-

SCOPUS	0	-	-	-
TOTAL	150.568	150.395	174	0

Figura 10. Diagrama de flujo de selección de artículos en la búsqueda N°1. Elaboración propia.



5.2 Resultados de la búsqueda N°2

Inicialmente, tras realizar la búsqueda en las bases de datos nombradas en el apartado de la metodología se obtuvieron un total de 16.942 artículos.

A fin de acotar la búsqueda, se emplearon filtros automáticos para la selección de los artículos que ofrecen texto completo disponible, escritos en los idiomas inglés o español, realizados en población humana y año de publicación comprendida entre los últimos 5 años. Tras la aplicación de los mismos, se eliminaron 16.862 artículos del total, quedando 77 artículos en el proceso de selección.

A continuación se hizo uso de los filtros manuales, mediante los cuales se ha excluido aquellos artículos no recuperables, no adecuados a los objetivos del trabajo y que mostrasen dificultades para obtener las fuentes primarias. Se eliminaron 77 artículos más del total, quedando 7 para la evaluación de la calidad metodológica.

Por último se evaluó la calidad metodológica de dichos artículos mediante la herramienta

Lectura Crítica 3.0. Tras esta evaluación se eliminaron artículos del total quedando finalmente un número de 3 artículos para esta revisión.

En la base de datos PubMed se encontraron 16.578 artículos y con los filtros automáticos no se eliminó ningún artículo. Tras la aplicación de los filtros manuales y lectura crítica se eliminaron 16.574 artículos quedando un total de 4. De estos 4 artículos, se eliminaron 2 tras la evaluación de la calidad metodológica; quedando 2 artículos con una *ALTA* calidad metodológica, quedando incluidos para el análisis de la revisión.

En cuanto a Cochrane se realizó la búsqueda se obtuvieron 21 artículos y con los filtros automáticos no se eliminó ningún artículo. En cambio, al realizar una lectura más estricta de los artículos, se eliminaron el 100% de ellos ya que no pertenecían al tema tratado en el trabajo.

Por otra parte, en SciELO se encontraron inicialmente un total de 70 artículos que, con los filtros automáticos y manuales se descartaron 66 artículos quedando un número de 4 artículos. Fueron eliminados los 4 artículos tras una lectura más exhaustiva de los mismos.

En la base de datos Scopus se encontraron inicialmente un total de 272 artículos, de los cuales tras aplicar los filtros automáticos se eliminaron 229 artículos y con los filtros manuales se eliminaron 43 artículos. Por lo tanto, quedó 1 artículo que tenía una *ALTA* calidad metodológica y por lo tanto se incluyó en el trabajo.

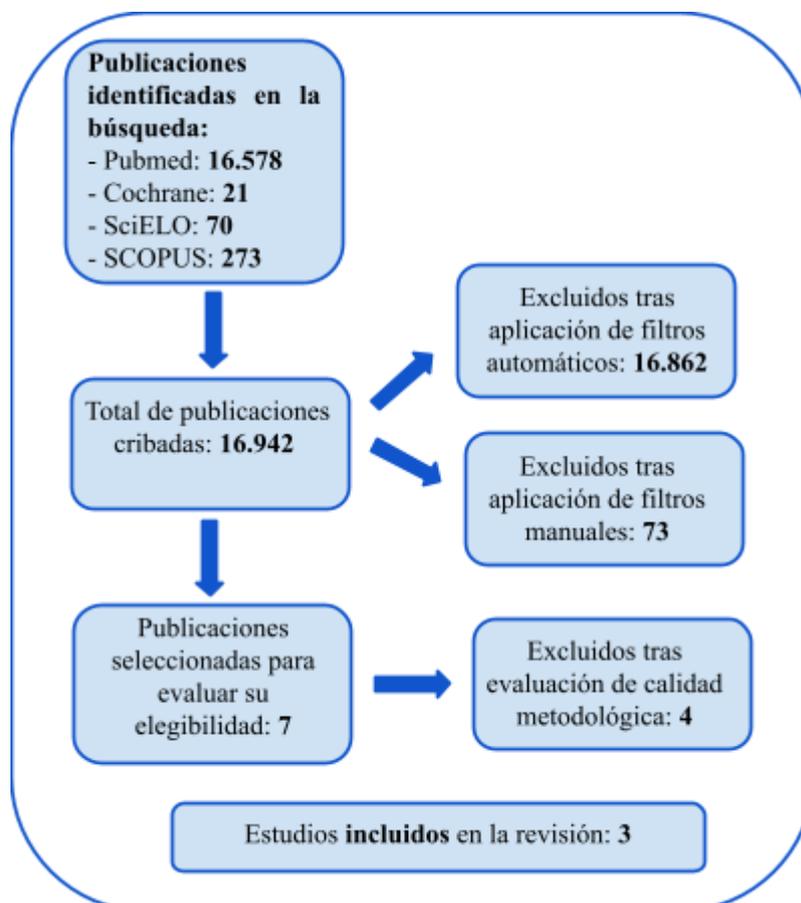
A continuación, en la **tabla 27** queda reflejado detalladamente en cada base de datos el proceso de selección de los artículos. Por último, en la **figura 11** queda reflejada la información relacionada con los artículos encontrados, excluidos o utilizados de la revisión en forma de diagrama de flujo.

Tabla 27. Resultados de la búsqueda N°2. Elaboración propia.

Bases de datos	Artículos encontrados	Excluidos			Incluidos
		Tras filtros	Tras lectura	Tras calidad metodológica	
PubMed	16.578	16.567	7	2	2
Cochrane	21	0	21	0	0
SciELO	70	66	2	2	0

SCOPUS	273	229	43	0	1
TOTAL	16.942	16.862	73	4	3

Figura 11. Diagrama de flujo de selección de artículos en la búsqueda N°2. Elaboración propia.



5.3 Resultados de la búsqueda N°3

Inicialmente, tras realizar la búsqueda en las bases de datos nombradas en el apartado de la metodología se obtuvieron un total de 181.636 artículos.

A fin de acotar la búsqueda, se emplearon filtros automáticos para la selección de los artículos que ofrecen texto completo disponible, escritos en los idiomas inglés o español, realizados en población humana y año de publicación comprendida entre los últimos 5 años. Tras la aplicación de los mismos, se eliminaron 166.430 artículos del total, quedando 15.206 artículos en el proceso de selección.

A continuación se hizo uso de los filtros manuales, mediante los cuales se ha excluido aquellos artículos no recuperables, no adecuados a los objetivos del trabajo y que mostrasen

dificultades para obtener las fuentes primarias, además de los artículos duplicados. Se eliminaron 15.191 artículos más del total, quedando 15 para la evaluación de la calidad metodológica. A raíz de la bibliografía de uno de estos 15 artículos, encontré otro relacionado con el tema y que se ha incluido en la revisión.

Por último se evaluó la calidad metodológica de dichos artículos mediante la herramienta Lectura Crítica 3.0. Tras esta evaluación se eliminaron 10 artículos del total quedando finalmente un número de 7 artículos para esta revisión.

En la base de datos PubMed se encontraron 170.681 artículos y con los filtros automáticos se eliminaron 156.219 artículos quedando 14.462 artículos. Tras la aplicación de los filtros manuales y lectura crítica se eliminaron 14.455 artículos quedando un total de 7. De estos 7 artículos, se eliminaron 2 por duplicidad y 3 tras la evaluación de la calidad metodológica; quedando 2 artículos con una *ALTA* calidad metodológica, quedando incluidos para el análisis de la revisión.

En cuanto a Cochrane se realizó la búsqueda se obtuvieron 892 artículos y con los filtros automáticos se eliminaron 546 artículos. En cambio, al realizar una lectura más estricta de los artículos, se eliminaron el 100% de ellos ya que no pertenecían al tema tratado en el trabajo.

Por otra parte, en SciELO se encontraron inicialmente un total de 72 artículos que, con los filtros automáticos y manuales se descartaron 53 artículos quedando un número de 19 artículos. Tras una lectura exhaustiva de los mismos quedan 4 artículos seleccionados, 2 de ellos no pasaron el filtro de la calidad metodológica. Por ese motivo, quedan 2 artículos con una *ALTA* calidad metodológica para poderlos incluir en el análisis de la revisión.

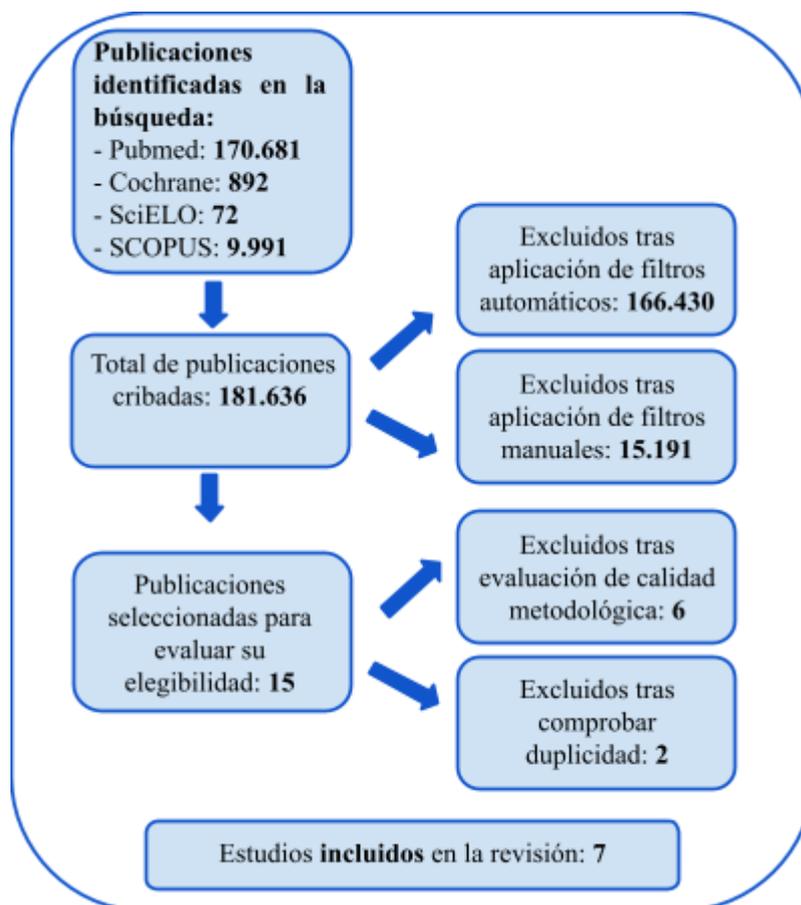
En la base de datos Scopus se encontraron inicialmente un total de 9.991 artículos, de los cuales tras aplicar los filtros automáticos se eliminaron 9.612 artículos y con los filtros manuales se eliminaron 375 artículos. Por lo tanto, quedan 4 artículos que uno de ellos obtuvo una *MEDIA* calidad metodológica y otros dos, obtuvieron una *ALTA* calidad metodológica.. Finalmente, para el estudio se tuvieron en cuenta estos 3 artículos.

A continuación, en la **tabla 28** queda reflejado detalladamente en cada base de datos el proceso de selección de los artículos. Por último, en la **figura 12** queda reflejada la información relacionada con los artículos encontrados, excluidos o utilizados de la revisión en forma de diagrama de flujo.

Tabla 28. Resultados de la búsqueda N°2. Elaboración propia.

Bases de datos	Artículos encontrados	Excluidos				Incluidos
		Tras filtros	Tras lectura	Tras calidad metodológica	Por duplicidad	
PubMed	170.681	156.219	14.455	3	2	2
Cochrane	892	546	346	0	0	0
SciELO	72	53	15	2	0	2
SCOPUS	9.991	9.612	375	1	0	3
TOTAL	181.636	166.430	15.191	6	2	7

Figura 12. Diagrama de flujo de selección de artículos de la búsqueda N°3. Elaboración propia.



5.4 Tipología y características de los artículos

Para esta revisión integradora han sido seleccionados un total de 10 artículos, entre los que encontramos 2 estudios descriptivos transversales (20%), 6 revisiones sistemáticas (60%), 1

ensayo clínico (10%) y una declaración realizada a partir de un estudio (10%). Ver **tabla 29**.

Tabla 29. Tipos de estudios incluidos en la revisión. Elaboración propia.

Bases de datos	Estudio descriptivo transversal	Revisiones sistemáticas	Ensayo clínico	Declaración
PubMed	1	2	1	-
Cochrane	-	-	-	-
SciELO	1	1	-	-
SCOPUS	-	3	-	1
TOTAL	2	6	1	1

En cuanto a la relevancia temporal de los artículos se incluyeron aquellos que estuviesen dentro del marco temporal de 5 y 10 años; finalmente, y ante la falta de evidencia, se decidió incluir un artículo del 2012. El resto de artículos han sido publicados en los últimos 8 años (2016-2023). Ver **tabla 30**.

Tabla 30. Año de publicación de los artículos incluidos. Elaboración propia.

Bases de datos	2012	2016	2019	2020	2021	2022	2023
PubMed	-	-	1	-	1	2	-
Cochrane	-	-	-	-	-	-	-
SciELO	1	-	-	1	-	-	-
SCOPUS	-	2	-	1	-	-	1
TOTAL	1	2	1	2	1	2	1

En las siguientes páginas se muestra una serie de tablas que se realizaron mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0 donde se incluye información clave de cada artículo que ha servido de ayuda para la realización del siguiente apartado de discusión. Ver de **tabla 31** a **tabla 40**.

Tabla 31. Artículo 1 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹¹

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Rural relief AUTORES: Robles Pellitero Sandra, Monfort Lázaro Mnel, Escobar Rabadán Francisco.	Diseño: Revisión sistemática. Objetivos: Mejorar la salud rural e intentar desvincularla de la visión urbano-normativa. Localización y periodo de realización: España, 2022.	Población: Población rural. Intervención: Sí. Comparación: Con la asistencia que reciben los pacientes de zonas urbanas. Resultados analizados: Sí.	Método evaluación calidad: Sí.	N° de estudios incluidos: Parcialmente. Resultados: En la mayoría de “nuestra” ruralidad todavía se dan las 4 características esenciales: soporte mutuo, espacio público, recursos compartidos y democracia local. Estas características son fácilmente identificables en nuestros pueblos y aldeas. Está demostrado que esta capacidad social de cuidado y el propio entorno generan salud entre la población: mayor autopercepción de salud y de calidad de vida, menor soledad no deseada y mejor salud mental y menor mortalidad cardiovascular, cuando se ajustan resultados por nivel socioeconómico.	A pesar de las dificultades, los diferentes tipos de ruralidad siguen siendo espacios protectores y promotores de salud, con una identidad propia diferente de la urbana, con capital social, natural y cultural con alta capacidad de resiliencia y sororidad entre vecinas. Como profesionales de la salud debemos tener en cuenta la idiosincrasia propia del medio rural, desvinculando de la visión urbano-normativa e incluir la perspectiva de equidad territorial en nuestro trabajo, siempre contando con las comunidades locales de las que formamos parte.	ALTA

Tabla 32. Artículo 2 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹²

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Declaración de Ávila AUTORES: Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC	Diseño: Se trata de una declaración. Objetivos: Conseguir una medicina accesible y de calidad con independencia de la localización geográfica. Localización y periodo de realización: España, 2016.	Población: Población rural. Intervención: Parcial, ente Comparación: Con la asistencia que reciben los pacientes de zonas urbanas. Resultados analizados: Sí.	Tipo de estudios incluidos: Se ha buscado información en otros estudios para elaborar una Declaración que permita mejorar la atención primaria del mundo rural. Método evaluación de calidad: Sí.	N° de estudios incluidos: No. Resultados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Velar por la accesibilidad y equidad. 2. Ilusionar al personal sanitario para que vaya a trabajar a zonas rurales. 3. Formar a dichos profesionales. 4. Fomentar la prevención y promoción de la salud. 5. Promocionar el uso de nuevas tecnologías. 6. Fomentar la formación pregrado y postgrado para trabajar en zonas rurales. 7. Fomentar la investigación. 	Mantenido la equidad y accesibilidad de nuestra población rural, respetando sus localismos. Ser representantes de una medicina transversal que, sin olvidar la prevención y promoción de la salud, sea un motor en la formación de los propios y futuros profesionales. Con manejo y conocimiento de las nuevas herramientas digitales y con una cultura propia de investigación. Para que siendo parte en la presente y futura planificación de la Atención Primaria Rural seamos capaces de ilusionar para cubrir el recambio de profesionales correspondiente.	ALTA

Tabla 33. Artículo 3 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°2. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹³

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>The rural health physician and the promotion of health.</p> <p>AUTORES: Juan Francisco Barranco Tirado</p>	<p>Diseño: Revisión sistemática</p> <p>Objetivos: Promocionar la salud en el medio rural.</p> <p>Localización y periodo de realización: Evidencia de PubMed y Medline Plus desde 2001 hasta 2018.</p>	<p>Población: Población rural.</p> <p>Intervención: Sí</p> <p>Comparación: Si.</p> <p>Resultados analizados: En cada apartado se explican.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Vacío</p> <p>Método evaluación calidad: Parcialmente</p>	<p>Resultados: Si</p>	<p>El médico de familia rural, se encuentra en un lugar privilegiado en el mosaico social en el que trabaja. La evidencia procedente de diferentes países y contextos informa de que el médico de familia tiende a acumular una significativa cantidad de capital social en el medio rural. Esto hace que el médico rural sea potencialmente un importante promotor de la salud en su medio. Además, el médico de familia en el medio rural juega un papel esencial en el mantenimiento y desarrollo de los enclaves rurales. Con las crecientes dificultades que afronta el mundo rural en nuestro país y en el resto de países industrializados, deberíamos interrogarnos acerca de cómo el diferente ámbito rural o urbano influye en la culminación de estos derechos, así como el propio médico de familia en el medio rural también debería interrogarse sobre en qué grado su trabajo contribuye a ello, y qué facilidades y dificultades promueve para que esto sea así.</p>	<p>ALTA</p>

Tabla 34. Artículo 4 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°2. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁴

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Local perception of access to health services in rural areas.</p> <p>AUTORES: E. Sanz Tolosana y J. Oliva Serrano</p>	<p>Diseño: Estudio transversal.</p> <p>Objetivos: Analizar la percepción local sobre la accesibilidad a los servicios sanitarios e identificar qué factores facilitan y dificultan una AP continua y el seguimiento de las derivaciones a la atención secundaria</p> <p>Localización y periodo de realización: Evidencia de PubMed desde 2012 hasta 2016.</p>	<p>Población: Sí.</p> <p>Intervención: Sí.</p> <p>Comparación: No hay comparación.</p> <p>Resultados analizados: Sí.</p>	<p>Tipos de estudios incluidos: Estudios cualitativos.</p> <p>Método evaluación calidad: Sí.</p>	<p>N° de estudios incluidos: No</p> <p>Resultados: Muestran el peso otorgado a la geografía, la disponibilidad de servicios, así como al entorno sociológico envejecidos. La accesibilidad se define en función del tiempo frente a la distancia y la disponibilidad de alternativas de movilidad.</p>	<p>Es necesario considerar políticas inclusivas que atiendan la particularidad de las poblaciones rurales y sus territorios. El envejecimiento supone una pérdida de accesibilidad general y condiciona la demanda de servicios. En los entornos rurales y remotos dependen de la automovilidad privada como el principal recurso y estrategia para el acceso a la salud.</p>	<p>ALTA</p>

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

Tabla 35. Artículo 5 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°2. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁵

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Inequality in access to health care services. Policy recommendations aimed at achieving equity.</p> <p>AUTORES: Rosa Urbano-Garrido</p>	<p>Diseño: Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos: Poner en presencia las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias.</p> <p>Localización y periodo de realización: España desde 2013 hasta 2016.</p>	<p>Población: Parcialmente</p> <p>Intervención: Sí</p> <p>Comparación: No hay comparación</p> <p>Resultados analizados: Sí</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Sí</p> <p>Método evaluación calidad: Sí</p>	<p>N° estudios incluidos: No</p> <p>Resultados: Parcialmente</p>	<p>Es preciso acometer con rigor y objetividad el estudio sistemático de las desigualdades (de género, socioeconómicas, geográficas, etc.) en el acceso a la atención sanitaria, a ser posible desde una perspectiva integral que incluya el análisis de problemas de salud y colectivos concretos, y que abarque asimismo la evaluación del impacto en la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha. Una tarea de esta envergadura debería ser abordada y promovida desde las instituciones públicas.</p>	<p>ALTA</p>

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

Tabla 36. Artículo 6 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁶

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Research on Disparities in Primary Health Care in Rural versus Urban Areas. AUTORES: Jayasree Basu.</p>	<p>Diseño: Revisión sistemática. Objetivos: Conocer las disparidades en la atención primaria de salud en áreas rurales versus urbanas. Localización y periodo de realización: No.</p>	<p>Población: Sí. Intervención: Sí. Comparación: Parcialmente. Resultados analizados: Sí.</p>	<p>Tipos de estudios incluidos: Revisión sistemática. Método evaluación calidad: Sí.</p>	<p>N° estudios incluidos: Cinco. Resultados: Sí.</p>	<p>Muchas de las inquietudes en salud resultan de una amplia gama de circunstancias o factores que afectan de manera diferente la distribución de la salud dentro de la población.</p>	<p>MEDIA</p>

Tabla 37. Artículo 7 seleccionado de PubMed estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁷

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Urban-Rural Differences in Mental and Physical Health among Primary Care Patients with Multiple Chronic Conditions</p> <p>AUTORES: Levi N. Bonnell, Jessica Clifton, Gmair L. Rose, Elizabeth N. Waddell, Benjamin</p>	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Mostrar las diferencias urbano-rurales en la salud mental y física entre pacientes de atención primaria con múltiples enfermedades crónicas..</p> <p>Localización y periodo de realización: Entre 2016 y 2021.</p>	<p>Población: Pacientes que tenían acceso a la atención primaria, como lo demuestran al menos dos visitas de atención primaria durante 24 meses para cualquier propósito, incluida al menos una en los últimos seis meses. Todos mayores de 18 años.</p> <p>Intervención: Sí.</p> <p>Comparación: Se comparan los pacientes de zonas rurales con los pacientes de zonas urbanas</p> <p>Resultados analizados: Sí.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Entre 2016 y 2021.</p>	<p>N° participantes/grupo: 518 participantes de la zona rural y 2208 participantes de la zona urbana.</p> <p>Intervención grupo experimental: Sí</p> <p>Intervención grupo control: Sí</p> <p>Método enmascaramiento: Sí</p> <p>Pérdidas post aleatorización: No</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Parcialmente</p> <p>Efectos adversos: Parcialmente</p>	<p>El acceso a la atención primaria puede ser un factor importante para explicar la brecha en las disparidades de salud entre zonas urbanas y rurales, y sugieren que mejorar el acceso rural puede justificar la investigación como un medio para reducir esas disparidades.</p>	<p>ALTA</p>

Tabla 38. Artículo 8 seleccionado de SCOPUS estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁸

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Influence of social inequalities in health on the mortality of the rural and urban population in Spain</p> <p>AUTORES: M.Á. Navas Martín.</p>	<p>Diseño: Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos: Describir patrones de causa de muerte por género, edad y territorio. Las causas de mortalidad y sus posibles relaciones con las desigualdades en salud en la población rural y urbana en España.</p> <p>Localización y periodo de realización: España, entre 2007 y 2013.</p>	<p>Población: Muerte de la población española entre 2007 y 2013.</p> <p>Exposición: Sí.</p> <p>Efectos clínicos: Sí.</p>	<p>N° sujetos/grupo: Se registraron 2.719.945 personas fallecidas.</p> <p>Características expuesta: Sí</p> <p>Factor de exposición: Sí</p> <p>Tipo de comparación: Sí</p> <p>Periodo de seguimiento: No</p>	<p>En el entorno rural, para el género masculino se encontró que fallecieron el 52,7% (366.053) mientras que en el entorno urbano fallecieron el 51,3% (995.470). En cuanto al género femenino, los casos de defunciones fueron el 47,3% (329.063) en el entorno rural y el 48,7% (9545.188) en el urbano.</p>	<p>Se encontraron diferencias de mortalidad entre los 3 ejes de desigualdad sociales en salud (edad, género y territorio). Por lo tanto, podemos decir que los determinantes sociales condicionan nuestra esperanza de vida.</p>	<p>ALTA</p>

Tabla 39. Artículo 9 seleccionado de SciELO estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0¹⁹

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Primary Health Care in the rural context: the nurses' view.</p> <p>AUTORES: Ricarte de Oliveira Arleusson, Gomes de Sousa Yanna, Doane Martins da Silva Doane, Porto Alves Jairo, Albuquerque Diniz Ítalo Vinícius, De Medeiros Soraya Maria, Santos Martiniano Claudia, Alves Marília</p>	<p>Diseño: Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos: Analizar la opinión de los enfermeros del programa Estrategia de Salud de la Familia sobre la atención de la salud de las poblaciones rurales.</p> <p>Localización y periodo de realización: Entre enero y marzo de 2017.</p>	<p>Población: Población rural.</p> <p>Intervención: Sí.</p> <p>Comparación: No hay comparación.</p> <p>Resultados analizados: Sí.</p>	<p>Tipos de estudios incluidos: Investigación exploratoria y cualitativa realizada con once enfermeros que trabajan en áreas rurales, realizada de enero a marzo de 2017. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas semiestructuradas y el análisis de datos se llevó a cabo por la técnica de Análisis de Contenido.</p> <p>Método evaluación calidad: Sí.</p>	<p>N° estudios incluidos: Once enfermeros realizaron las entrevistas y el análisis para llevar a cabo el estudio.</p> <p>Resultados: Los enfermeros asocian al contexto de salud de la población rural con las condiciones de vida de la comunidad, la falta de acceso a los servicios de salud y las peculiaridades del trabajo derivadas de este contexto. El grado de satisfacción de los enfermeros rurales de la APS está asociado con la identificación profesional y el vínculo con la población.</p>	<p>Los enfermeros advierten las particularidades inherentes al contexto rural que requiere de una atención médica diferenciada capaz de ejercer un efecto positivo en su trabajo.</p>	<p>ALTA</p>

Tabla 10. Artículo 10 seleccionado de SciELO estrategia de búsqueda N°3. Elaboración propia mediante la plataforma Lectura Crítica 3.0²⁰

TÍTULO Y AUTORES	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Is monitoring type II diabetes mellitus different in urban and rural environments?</p> <p>AUTORES: Roldán Castillo Belén, Ayusa Raya Candelaria, González Villora Carmen, Matos Berroa Samuel, Escobar Rabadán Francisco</p>	<p>Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.</p> <p>Objetivos: Conocer la variabilidad en el cumplimiento de los protocolos de seguimiento de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud urbanos, semiurbanos y rurales.</p> <p>Localización y periodo de realización: Albacete 2008.</p>	<p>Población: Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Intervención o característica común: Diabetes Mellitus tipo 2.</p> <p>Efectos: Sexo, edad, años de evolución, índice de masa corporal, fondo de ojo, electrocardiograma, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico y hemoglobina glicosilada en rango.</p> <p>Periodo de seguimiento: Sí.</p>	<p>N° de casos: Se estudió a 173 pacientes.</p> <p>Criterios casos: Sí.</p> <p>Periodo de seguimiento: Sí</p> <p>N° y porcentaje de pérdidas: No</p>	<p>La media de edad de los pacientes al diagnóstico fue de 68,6 años (DE: 11,9) con un rango de 40 a 89 años, siendo mujeres el 45,1%. No existieron diferencias en la distribución por edad y sexo en los centros de salud. En el centro de salud rural se había realizado fondo de ojo al 46,7% de los pacientes, electrocardiograma al 73,3%, determinación de microalbuminuria al 37,8% y de hemoglobina glicosilada cada 6 meses al 86,7%, siendo estas proporciones significativamente superiores a las de los otros centros. El 82% de los pacientes del centro rural y el 78,6% de los del semiurbano disponían de hemoglobina glicosilada < 7. Mediante regresión logística se identificó como única variable independiente asociada al seguimiento del protocolo el pertenecer al centro de salud rural: urbano en relación al rural OR: 0,18 (IC95%: 0,06-0,56) y semiurbano en relación al rural OR: 0,18 (IC95%: 0,05-0,58).</p>	<p>En el centro de salud rural existe un mayor seguimiento de los controles protocolizados que en el centro de salud urbano y semiurbano.</p>	<p>ALTA</p>

6. Discusión

Desde los inicios de la AP se han ido produciendo muchos e importantes cambios, tanto en los conceptos como en la forma de prestar atención a la población. Esta, ha pasado de centrarse en la patología, a considerar a la persona de forma integral. En nuestra sociedad es considerada como el pilar fundamental del sistema sanitario, ya que constituye el primer contacto con los servicios sanitarios.¹⁰

Los artículos analizados en este apartado aportan información científica actualizada sobre la AP en el medio rural y urbano, así como sus diferencias y las posibles mejoras de la AP en el mundo rural.

6.1 Situación de la atención primaria en el medio rural

La AP en el mundo rural cuenta con numerosos déficits de infraestructuras y servicios. Pero a pesar de ello, uno de los principales problemas que tiene es la accesibilidad, es decir, la capacidad de obtener cuidados de forma conveniente y cuando es necesario. Los factores determinantes de la accesibilidad se podrían separar en:¹¹

- Factores geográficos → Orografía, clima, dispersión, la viabilidad invernal, etc.
- Demográficos → Envejecimiento, grado de dependencia y del género.
- Administrativos/económicos → Limitación de horarios, la asequibilidad de la atención, etc.
- Políticos → A más densidad de población, mayor demanda y concentración de servicios asociada. Por lo que el mundo rural se ve perjudicado.
- Culturales → Despoblación, barreras de accesibilidad y la idea de ser ciudadanía de menor categoría que la población de las ciudades.

Todo esto tiene consecuencias en la salud de la población. Por ejemplo, el 6% de la población rural no accede a servicios de salud bucodental por coste económico y distancia al servicio.¹¹

Dejando de lado todas estas dificultades, los servicios sanitarios rurales siguen siendo espacios protectores y promotores de salud con alta capacidad de resiliencia y sororidad.¹¹

Por otro lado, otro de los problemas en la AP del medio rural es que muchos profesionales no quieren ir a trabajar a dichos lugares, por eso desde la Sociedad Española de Medicina de

Familia y Comunitaria se ha creado una declaración, “Declaración de Ávila” en la que se pretende que:¹²

“Manteniendo la equidad y accesibilidad de nuestra población rural, respetando sus localismos, ser representantes de una medicina transversal que, sin olvidar la prevención y promoción de la salud, sea un motor en la formación de los propios y futuros profesionales. Con manejo y conocimiento de las nuevas herramientas digitales y con una cultura propia de investigación. Para que siendo parte en la presente y futura planificación de la Atención Primaria Rural seamos capaces de ilusionar para cubrir el recambio de profesionales correspondiente”.¹²

Finalmente, cabe destacar la importancia de la atención sanitaria en zonas rurales y la necesidad de adaptar los servicios de salud a las necesidades de estas comunidades. Además, es de vital importancia la formación de los profesionales de la salud y la colaboración entre los diferentes niveles de atención sanitaria para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes rurales.¹³

6.2 Diferencias entre la atención primaria del medio rural y el medio urbano

Se deben tener en cuenta las desigualdades que existen en cuanto a la salud. Estas, a menudo son ignoradas, sobre todo las diferencias entre la salud urbana y rural en el acceso a los servicios de salud. En primer lugar, en las áreas rurales no sólo se acumulan efectos de hábitat, como la dispersión o el tamaño de la población, sino también desequilibrios demográficos, como el envejecimiento de la población, anteriormente demostrado, y desventajas socioeconómicas que definen barreras a la accesibilidad.¹⁴

Por ese motivo, es necesario crear políticas inclusivas para atender a las necesidades de las poblaciones rurales ya que estas, a parte de estar envejecidas, dependen del transporte privado como el principal recurso de acceso a la salud.¹⁴

En segundo lugar, a parte de la desigualdad en el acceso a los servicios de atención médica, cabe destacar la falta de recursos, la discriminación y la falta de acceso a información adecuada. Cobrando especial importancia abordar estas causas para poder lograr una mayor equidad entre la AP del medio rural y el urbano haciendo así que todas las personas tengan acceso a una atención médica de calidad.^{15 16}

Además, cabe destacar que la población del medio rural, al ser población más envejecida que la de zonas urbanas, tienen mayor tasa de enfermedades crónicas haciendo que en estas zonas haya una mayor tasa de mortalidad que en las áreas urbanas.^{17 18}

Por otro lado, y a pesar de todas estas desigualdades, la AP en el medio rural recoge muchos aspectos positivos como por ejemplo, centrarse en la prevención y promoción de la salud. Además, se basa en la relación cercana entre los profesionales y la comunidad prestando una atención personalizada y centrada en el paciente.¹⁹ Esto hace que los profesionales puedan trabajar en estrecha colaboración con la comunidad, los servicios puedan ser más flexibles y adaptados a las necesidades cambiantes, y los profesionales puedan tener una mayor satisfacción laboral.¹⁴

Por último, cabe destacar que los pacientes de zonas rurales reciben un mejor seguimiento que en el medio urbano o semiurbano. Esto podría estar relacionado con la mayor demanda asistencial que hay en las ciudades, lo que dificulta un estricto control de las patologías.²⁰

6.3 Mejoras para conseguir una mejor atención primaria en el medio rural

Para lograr una mayor equidad en la salud entre las diferentes zonas y poder abordar las diferencias e igualdades existentes, se proponen una serie de mejoras y recomendaciones de políticas para abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención médica. Estas mejoras y recomendaciones consisten en abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención médica y lograr una mayor equidad en la atención médica, incluyendo mejorar el acceso a la atención médica primaria y preventiva, reducir las barreras financieras, aumentar el número de profesionales de la salud en áreas rurales y marginadas, promover la utilización de tecnologías de la información y la comunicación, y abordar las desigualdades en la salud de género, étnicas y socioeconómicas.¹⁵

Estas mejoras, desde la perspectiva de los/las enfermeros/as, debe incluir mejorar la formación y la capacitación, además de aumentar el número y retención de enfermeros/as en áreas rurales. También se debe mejorar la coordinación y colaboración entre los diferentes profesionales de la salud, así como fomentar la participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de AP de la salud.¹⁹

6.4 Limitaciones

Por un lado, durante la realización de esta revisión integradora se han encontrado una serie de

dificultades. La primera problemática que se encontró, está relacionada con la estrategia de búsqueda y los descriptores, debiendo modificarse en más de una ocasión por falta de resultados. Por este motivo, se decidió realizar 3 estrategias de búsqueda distintas. Además, los distintos estudios de las estrategias de búsqueda N°2 y N°3 se han debido evaluar para que sean adecuados a los objetivos del trabajo.

Por otro lado, una de las principales dificultades que se han encontrado durante la realización de la búsqueda ha sido la poca cantidad de artículos relacionados con el tema que se centren en nuestro país y más concretamente en la Comunidad Valenciana. Esto ha hecho que algunos de los artículos escogidos para la realización del trabajo tengan que ser internacionales y después extrapolar la información a nuestro país y más concretamente a nuestra comunidad.

Por último, otra limitación ha sido la falta de evidencia disponible ya que se trata de un tema que no ha sido muy estudiado, y mucho menos en la actualidad, haciendo que muchos de los artículos adecuados con el tema ya no sean de una evidencia actual porque son de hace más de 10 años. Con respecto a la recuperación documental, muchos estudios no eran de acceso libre, lo cual disminuye el número de resultados.

Para futuras líneas de investigación, es esencial promover el estudio sobre la salud en zonas rurales ya que su población está más envejecida y por tanto tiene más enfermedades crónicas. Investigar más sobre la atención primaria de salud en dichas localidades, puede ayudar a identificar las barreras específicas que enfrentan a estas comunidades y encontrar soluciones para mejorar el acceso a los servicios sanitarios y así poder aumentar el bienestar de esta población.

7. Conclusiones

Por todo lo expuesto hasta el momento y tras realizar una revisión de la evidencia científica disponible respecto a la AP en el medio urbano y rural, se han podido establecer las siguientes conclusiones.

La AP es fundamental para garantizar el acceso a la atención sanitaria tanto en zonas rurales como en urbanas ya que es el primer punto de contacto entre los pacientes y el sistema nacional de salud.

Las personas de las zonas rurales suelen presentar mayores dificultades que afrontar que las personas de las zonas urbanas. Principalmente son; la difícil accesibilidad de la población a

los servicios sanitarios, debido a que la población está envejecida, la falta de recursos (falta de transporte público haciendo que tengan que usar el transporte privado) y la escasez de profesionales sanitarios (la mayoría de ellos no quieren ir a trabajar en dichas zonas).

Para intentar reducir estas diferencias, actualmente se han publicado diferentes declaraciones, como por ejemplo la Declaración de Ávila, para fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y poder ofrecer una atención integral y coordinada a los pacientes. Además de crear diferentes medidas que faciliten el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

A pesar de todas las dificultades que sufre la AP en zonas rurales, se ha demostrado que los servicios prestados son mejores que en la AP de zonas urbanas. Esto se debe a que en las áreas de salud rurales, hay un índice menor de población que se debe atender respecto a las áreas de salud urbanas. Esto hace que los profesionales sanitarios tengan más cercanía con sus pacientes, involucrándose mucho en los diferentes casos que puedan atender, tengan más tiempo para atender a la población, con la posibilidad de realizarles diagnósticos más completos y además, que las listas de espera sean mucho más cortas que en las zonas urbanas. Todos estos factores hacen que los profesionales de dichas zonas tengan una mayor satisfacción laboral que los profesionales sanitarios de las zonas urbanas.

8. Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. [Sede web] La Declaración Universal de Derechos Humanos.1948 [Citado 28 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Cartera de servicios comunes de atención primaria. [Sede web]. [Citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
3. Atención primaria de salud [Sede web]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 28 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

4. Actualización del Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril [Sede web]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 2017 [citado 5 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
5. Enfermería Blog [Sede web]. PAE. [citado 5 marzo 2023]. Disponible en: <https://enfermeriablog.com/pae/>
6. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat [Sede web]. Escalas e instrumentos para la valoración de en Atención Domiciliaria. [citado 13 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4963-2006.pdf>
7. Generalitat Valenciana [Sede web]. Cuidados 2.0 [citado 13 marzo 2023]. Disponible en: <https://cuidados20.san.gva.es/web/cuidados/seguridad-en-cuidados>
8. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana [Sede web]. Decreto 72/2001, de 2 de abril del Gobierno Valenciano. 2022 [citado 13 de marzo 2023]. Disponible en: https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=1386/2001&L=1
9. Lectorcritica.com [Sede web][citado 3 de abril 2023]. Disponible en: http://www.lectorcritica.com/es/plataforma-flc_que-son-las-fichas-de-lectura-critica.php
10. Milena Lucena Melany. Care function in primary care. [Internet] 2019 [citado 12 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/19/funcion-asistencial-en-atencion-primaria>
11. Robles Pellitero Sandra, Monfort Lázaro Manel, Méndez García Teresa. Rural Relief. [Internet]. SCOPUS. 2023 [citado 10 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-relieve-rural-S021265672300015X>
12. Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC. Declaración de Ávila [Internet]. SCOPUS. 2016 [citado 10 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/02/Declaraci%C3%B3n-de-%C3%81vila.pdf>

13. Barranco Tirado JF. The rural health physician and the promotion of hearth. [Internet]. PubMed. 2019 [citado 9 abril 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31649235/>
14. Sanz Tolosana E, Oliva Serrano J. Local perception of access to health services in rural areas. [Internet]. PubMed. 2021 [citado 9 abril 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132244/>
15. Urbanos-Garrido R. Inequality in access to health care services. Policy recommendations aimed at achieving equity [Internet]. SCOPUS. 2016 [citado 9 abril 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116000248?via%3Dihu>
16. Basu J. Research on Disparities in Primary Health Care in Rural versus Urban Areas. PubMed. 2022 [citado 12 abril 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742359/>
17. Levi N. Bonnell, Jessica Clifton, Gmail L. Rose, Elizabeth N. Waddell, Benjamin Littenberg. Urban-Rural Differences in Mental and Physical Health among Primary Care Patients with Multiple Chronic Conditions: A Secondary Analysis from a Randomized Clinical Trial. PubMed. 2022 [citado 20 abril 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36497657/>
18. Navas Martín M.Á. Influence of social inequalities in health on the mortality of the rural and urban population in Spain [Internet]. SCOPUS. 2020 [citado 20 abril 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-influencia-d-esigualdades-sociales-salud-mortalidad-S1138359319304368>
19. Ricarte de Oliveira Arleusson, Gomes de Sousa Yanna, Doane Martins da Silva Doane, Porto Alves Jairo, Albuquerque Diniz Ítalo Vinícius, De Medeiros Soraya Maria, Santos Martiniano Claudia, Alves Marília. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view [Internet]. SciELO. 2020 [citado 25 abril 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SjnTdGKKdDnLsh8CzNVB8nM/?lang=en>
20. Roldán Castillo Belén, Ayusa Raya Candelaria, González Villora Carmen, Matos Berroa Samuel, Escobar Rabadán Francisco. Is monitoring type II diabetes mellitus

¿Los pacientes del medio rural reciben una mejor atención primaria que los pacientes del medio urbano?

different in urban and rural environments? [Internet]. SciELO. 2012 [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000200005&lang=es