

Transición del cuidado en salud mental en contextos rurales

Transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais

Mental health care transition in rural contexts

 Thaís Resende Araújo Borges Bonfim¹,  Letícia Alves de Carvalho¹,  Angélica Maluf Caetano Silva Costa¹
 Amanda Helena Leão Gonçalves¹,  Sérgio Henrique Marçal¹,  Álvaro da Silva Santos¹

Recibido: 24/01/2026 Aprobado: 16/06/2026 Publicado: 28/07/2026

Resumen:

Objetivo: Analizar las evidencias científicas sobre la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales.

Método: Revisión narrativa realizada en 2026, a partir de búsquedas en las bases de datos LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, PsycINFO, Scopus, CINAHL, BDENF, Redalyc y Psycodoc, considerando publicaciones entre 2021 y 2025. Se utilizaron descriptores controlados y no controlados relacionados con la *salud mental*, la *transición del cuidado*, la *continuidad del cuidado* y la *población rural*. El análisis se realizó con las publicaciones del área. **Resultados:** Se identificaron 5.107 registros, de los cuales 4.592 fueron considerados en una primera etapa. Tras las etapas de cribado y lectura del texto completo, tres estudios conformaron el corpus analítico, de los cuales dos eran internacionales (Estados Unidos e India) y uno brasileño. Las principales dificultades para la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales se relacionaron con las barreras geográficas, la distribución desigual de los servicios especializados, las debilidades en la coordinación de la atención, la limitada integración entre los niveles asistenciales y los desafíos para garantizar la continuidad del cuidado. **Conclusión:** La producción científica sobre la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales sigue siendo escasa. Los estudios disponibles indican que la mejora de la atención depende del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, de la Red de Atención Psicosocial y de estrategias que favorezcan la coordinación de la atención y la continuidad del cuidado.

Palabras clave: Salud Mental; Continuidad de la Atención al Paciente; Población Rural; Atención Primaria de Salud.

Resumo:

Objetivo: Analisar as evidências científicas acerca da transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais.

Método: Revisão narrativa, realizada em 2026, a partir de buscas nas bases de dados LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, PsycINFO, Scopus, CINAHL, BDENF, Redalyc e Psycodoc, considerando publicações entre 2021 e 2025. Foram utilizados descritores controlados e não controlados relacionados à *saúde mental*, *transição do cuidado*, *continuidade do cuidado* e *população rural*. A análise se deu com produções da área. **Resultados:** identificou-se 5.107 registros, dos quais 4.592 foram considerados num primeiro momento. Após as etapas de triagem e leitura na íntegra, três estudos compuseram o corpus analítico, sendo dois internacionais (Estados Unidos e Índia) e um brasileiro. As principais dificuldades para a transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais relacionaram-se às barreiras geográficas, à distribuição desigual de serviços especializados, às fragilidades na coordenação da atenção, à limitada integração entre os níveis assistenciais e aos desafios para garantir a continuidade do cuidado. **Conclusão:** A produção científica sobre transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais ainda se mostra escassa. Os estudos disponíveis indicam que a qualificação da assistência depende do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial e de estratégias que favoreçam a coordenação da atenção e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Continuidade da Assistência ao Paciente; População Rural; Atenção Primária à Saúde.

Abstract:

Objective: to analyze scientific evidence regarding the transition of mental health care in rural contexts. **Methods:** a narrative review conducted in 2026, based on searches in the LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, PsycINFO, Scopus, CINAHL, BDENF, Redalyc, and Psycodoc databases, covering publications from 2021 to 2025. Controlled and uncontrolled descriptors related to mental health, care transition, continuity of care, and rural populations were used. The analysis focused on relevant literature in the field. **Results:** a total of 5,107 records were identified, of which 4,592 were initially considered. Following screening and full-text reading stages, three studies formed the analytical corpus: one from the United States, one from India, and one from Brazil. The main challenges regarding mental health care transition in rural contexts were related to geographical barriers, the unequal distribution of specialized services, weaknesses in care coordination, limited integration between levels of care, and difficulties in ensuring continuity of care. **Conclusion:** scientific literature on mental health care transition in rural contexts remains scarce. Available studies indicate that improving the quality of care depends on strengthening Primary Health Care and the Psychosocial Care Network, as well as implementing strategies that foster care coordination and continuity of care.

Keywords: Mental Health; Continuity of Patient Care; Rural Population; Primary Health Care.

Autor correspondiente: Thaís Resende Araújo Borges Bonfim - thaidsdtrd@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos contemporáneos para los sistemas de salud en todo el mundo, debido a su elevada prevalencia, su impacto sobre la calidad de vida y sus repercusiones sociales, económicas y familiares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada ocho personas vive con algún trastorno mental, lo que configura un importante problema de salud pública a nivel mundial¹. Además del sufrimiento individual, estas condiciones se asocian con un aumento de la discapacidad, una reducción de la productividad, un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un agravamiento de las desigualdades en salud¹.

Si bien en las últimas décadas se han logrado avances significativos en el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos mentales, las necesidades asistenciales continúan superando la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, lo que hace necesario fortalecer estrategias que permitan ampliar el acceso, mejorar la calidad de la atención y garantizar la continuidad del cuidado^{1,2}.

La transición del cuidado (TC) puede entenderse como un conjunto de acciones destinadas a garantizar la coordinación, la continuidad y la seguridad de la atención cuando los usuarios transitan entre diferentes profesionales, equipos, servicios o niveles asistenciales^{3,5}. Se trata de un proceso complejo que implica una comunicación efectiva entre los actores involucrados, el intercambio de información clínica, la planificación terapéutica, la definición de responsabilidades asistenciales y la participación activa de los usuarios y de sus redes de apoyo. La TC tiene como objetivo asegurar que el cuidado se brinde de manera integrada, minimizando los riesgos relacionados con la fragmentación de la atención y favoreciendo mejores resultados en salud^{3,4}.

Algunas investigaciones señalan que las fallas en los procesos de transición del cuidado pueden dar lugar a la pérdida de información relevante, la interrupción de los tratamientos, la baja adherencia terapéutica, la duplicación de intervenciones, el aumento de la utilización de los servicios de urgencias y el agravamiento de las condiciones clínicas^{3,5}. Por el contrario, las transiciones adecuadamente planificadas favorecen la continuidad del cuidado, fortalecen la coordinación entre los servicios y contribuyen a mejores resultados clínicos y psicosociales^{4,5}.

Aunque el concepto de TC se desarrolló inicialmente en estudios relacionados con el alta hospitalaria y el cuidado de personas con enfermedades crónicas complejas, su aplicación se ha ampliado progresivamente a diferentes contextos asistenciales, entre ellos la salud mental, donde la necesidad de un seguimiento longitudinal y de la integración entre servicios hace que la coordinación del cuidado sea particularmente relevante^{4,5}.

La TC está estrechamente relacionada con los conceptos de continuidad y coordinación de la atención. La continuidad del cuidado (CC) se refiere a la experiencia asistencial vivida por los usuarios a lo largo del tiempo, caracterizada por la coherencia, la integración y la complementariedad de las acciones desarrolladas por los diferentes profesionales y servicios⁶. Por su parte, la coordinación del cuidado corresponde a la capacidad de los sistemas de salud para organizar dichas acciones de manera articulada, garantizando que las necesidades de los usuarios sean atendidas de forma integral y oportuna⁶. Aunque son conceptos distintos, son complementarios y constituyen elementos centrales para la consolidación de las Redes de Atención de Salud (RAS), especialmente en situaciones que requieren un seguimiento continuo y el intercambio de responsabilidades entre múltiples puntos de atención.

En el ámbito de la salud mental, la TC se vuelve aún más compleja debido a las necesidades que presentan los usuarios y a la multiplicidad de servicios involucrados en sus trayectorias terapéuticas. Las personas que experimentan sufrimiento psíquico con frecuencia necesitan transitar entre los niveles primario, secundario y terciario de atención, incluidos los servicios especializados, la atención hospitalaria y los recursos comunitarios, a lo largo de su trayectoria asistencial.

La ausencia de articulación entre los servicios puede comprometer la continuidad del tratamiento, debilitar el vínculo terapéutico y dificultar la construcción de proyectos terapéuticos alineados con las necesidades de los usuarios^{4,5,7}. En este sentido, la transición del cuidado en salud mental va más allá de la mera transferencia de información entre servicios, ya que implica la construcción de flujos asistenciales capaces de garantizar un seguimiento continuo, la integralidad de la atención y la corresponsabilidad entre los diferentes actores involucrados en el cuidado.

En Brasil, la atención en salud mental se organiza a través de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), creada con el propósito de articular los diversos puntos de atención y garantizar una atención integral a las personas con sufrimiento o trastorno mental⁸. La red comprende dispositivos como la Atención Primaria de Salud (APS), los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los servicios de urgencias y emergencias, la atención hospitalaria y los servicios de rehabilitación psicosocial. En esta organización, la APS ocupa una posición estratégica como ordenadora de la red y coordinadora del cuidado, siendo responsable del seguimiento longitudinal de los usuarios, de la identificación de las necesidades en salud mental y de la articulación con los demás componentes de la red asistencial^{8,9}.

El éxito de las transiciones del cuidado en salud mental depende directamente de la integración entre la APS, la RAPS y los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Cuando

estos procesos están adecuadamente estructurados, favorecen la circulación segura de los usuarios entre los diferentes niveles asistenciales, promueven el intercambio de responsabilidades entre los equipos y contribuyen a la continuidad del cuidado. Sin embargo, las debilidades en la comunicación interprofesional, la ausencia de flujos asistenciales claramente definidos y las dificultades de articulación entre los servicios siguen representando importantes desafíos para la coordinación del cuidado en salud mental^{5,7}.

En el contexto brasileño, la organización de la atención en salud mental presupone la integración entre la Atención Primaria de Salud, la Red de Atención Psicosocial y los demás componentes de las Redes de Atención de Salud, fundamentándose en los principios de integralidad, longitudinalidad, coordinación del cuidado y articulación intersectorial^{6,7}.

Además, las limitaciones en la formación y capacitación de los profesionales para el manejo de las demandas en salud mental, asociadas a las debilidades en la articulación entre la APS y los servicios especializados, continúan siendo importantes obstáculos para la consolidación del modelo de atención psicosocial en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)⁷.

Cuando se analiza desde la perspectiva del medio rural como un espacio diferenciado de las áreas urbanas, la organización de la atención en salud mental presenta desafíos adicionales. Las poblaciones rurales conviven históricamente con desigualdades en el acceso a los servicios de salud, escasez de profesionales especializados, largas distancias geográficas, dificultades de transporte y concentración de los recursos asistenciales en las áreas urbanas^{10,11}. Estas condiciones pueden dificultar el acceso a los servicios, retrasar el inicio del tratamiento y comprometer la continuidad del seguimiento, aumentando las situaciones de vulnerabilidad en salud.

Además de las barreras estructurales, los factores socioculturales relacionados con los modos de vida rurales, las formas de reconocimiento del sufrimiento psíquico y el estigma asociado a los trastornos mentales influyen significativamente en los itinerarios terapéuticos y en la búsqueda de atención^{10,11}. En los asentamientos rurales brasileños, la atención en salud mental está atravesada por desafíos relacionados con la insuficiente articulación de la red asistencial, la dificultad de acceso a los servicios especializados y la fragilidad de los mecanismos de coordinación del cuidado¹⁰. Estos aspectos pueden repercutir directamente en los procesos de transición del cuidado, dificultando la continuidad del cuidado y la implementación efectiva del modelo psicosocial.

A nivel internacional, las evidencias procedentes de los Estados Unidos de América (EE. UU.) indican que la ampliación de la oferta de servicios especializados favorece el acceso a la

atención en salud mental en las áreas rurales, aunque persisten barreras relacionadas con la distancia geográfica y la distribución desigual de los recursos asistenciales¹¹. De manera similar, un estudio realizado en la India demuestra que las poblaciones rurales siguen viéndose afectadas de forma desproporcionada por la escasez de profesionales especializados, la limitada disponibilidad de servicios y las desigualdades estructurales que dificultan el acceso a la atención en salud mental¹².

A pesar de la creciente valorización de la continuidad y la coordinación del cuidado en los sistemas de salud, se observa una escasez de estudios que aborden específicamente la interfaz entre la transición del cuidado, la salud mental y la ruralidad. La producción científica se concentra en contextos urbanos o en discusiones sobre el acceso a los servicios de salud mental, siendo todavía limitada la comprensión de cómo los procesos de transición del cuidado se experimentan y organizan en los territorios rurales.

Esta laguna resulta particularmente relevante ante la necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación de la atención, mejorar los flujos de referencia y contrarreferencia y ampliar la capacidad de la APS y de la RAPS para responder a las necesidades de poblaciones históricamente expuestas a situaciones de vulnerabilidad territorial.

Considerando la importancia de la continuidad del cuidado para la atención en salud mental y la limitada producción científica sobre el tema en contextos rurales, resulta necesario reunir y analizar críticamente la evidencia disponible. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo analizar las publicaciones sobre la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales.

MÉTODO

Se trata de una revisión narrativa que permite profundizar en la interpretación de los hallazgos y realizar un análisis crítico de la producción científica disponible^{11,12}. Las revisiones narrativas constituyen una estrategia relevante para comprender fenómenos complejos y aún poco explorados, ya que posibilitan la integración de conocimientos, la identificación de vacíos científicos y una discusión teórica más amplia sobre el tema investigado¹¹.

La búsqueda se realizó entre enero y abril de 2026 e incluyó las siguientes bases de datos: SciELO, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycINFO, Scopus, Redalyc, Psycodoc, BDENF y CINAHL. La selección de estas bases tuvo como objetivo ampliar la sensibilidad de la estrategia de búsqueda y reducir el riesgo de omitir estudios potencialmente relevantes, abarcando diferentes áreas del conocimiento relacionadas con la salud mental, la atención psicosocial, la salud colectiva y la salud rural.

La estrategia de búsqueda se elaboró a partir de descriptores controlados de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de los Medical Subject Headings (MeSH), asociados a términos libres relacionados con el objeto de estudio.

Entre los principales términos utilizados se destacan: *Mental Health; Mental Disorders; Mental Health Services; Care Transition; Transitional Care; Continuity of Patient Care; Care Coordination; Rural Population; Rural Health; Rural Communities; Primary Health Care*. Los descriptores se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR, de acuerdo con las particularidades de cada base de datos consultada.

Se incluyeron artículos científicos que abordaran la salud mental en contextos rurales; que discutieran la continuidad del cuidado, la coordinación de la atención, la integración de los servicios o elementos relacionados con la transición del cuidado; que estuvieran disponibles en texto completo; que hubieran sido publicados entre 2021 y 2025; y que estuvieran redactados en portugués, inglés o español. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, comentarios, tesis, disertaciones, capítulos de libros y estudios que no guardaban relación con el objeto de la investigación.

Se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes, seguida de la lectura del texto completo de los estudios potencialmente elegibles. Los estudios incluidos fueron sometidos a una lectura exhaustiva y a un análisis interpretativo. Se extrajo información relativa a los autores, año de publicación, país de realización, objetivos, diseño metodológico, principales resultados y contribuciones para la comprensión de la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales.

El análisis de los datos se realizó mediante una síntesis narrativa, con el propósito de identificar convergencias y divergencias entre los estudios seleccionados. Los resultados fueron interpretados a la luz de los referentes teóricos de la continuidad del cuidado y de la transición del cuidado, especialmente de las contribuciones de Haggerty et al.³ y Coleman y Boulton⁴, así como de los principios organizativos de la Política Nacional de Atención Básica y de la Política Nacional de Salud Mental, particularmente desde la perspectiva de la Atención Psicosocial^{6,8}.

RESULTADOS

La búsqueda inicial dio como resultado 5.107 registros. Tras la eliminación de los duplicados, permanecieron 4.592 estudios para su análisis. Después de la lectura de los títulos y resúmenes, la aplicación de los criterios de exclusión y la lectura del texto completo de los estudios elegibles, solo tres artículos presentaron pertinencia para integrar el corpus analítico.

Los tres estudios seleccionados fueron publicados entre 2021 y 2024 y se desarrollaron en diferentes contextos nacionales, abarcando Brasil, los Estados Unidos de América y la India. El estudio más antiguo, “*Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais*” (Desafíos para la atención en salud mental en contextos rurales), publicado por Cirilo Neto y Dimenstein (2021)¹³, investigó los desafíos enfrentados por los profesionales de la salud y de la asistencia social en la organización de la atención en salud mental en asentamientos rurales del estado de Río Grande del Norte, poniendo de manifiesto aspectos relacionados con la coordinación de la atención, la continuidad del cuidado, la territorialización de las prácticas y la organización de la Red de Atención Psicosocial (RAPS).

En 2022, Shiner et al.¹¹ publicaron el estudio “*Evaluating Policies to Improve Access to Mental Health Services in Rural Areas*”, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de las políticas públicas orientadas a ampliar el acceso a los servicios de salud mental en las áreas rurales de los Estados Unidos. La investigación analizó el impacto de estas estrategias sobre la utilización de los servicios especializados, destacando los avances alcanzados y los desafíos persistentes relacionados con el acceso, la disponibilidad de profesionales y la organización de la atención en las regiones rurales.

Más recientemente, Gupta (2024)¹² publicó el artículo “*Rural-Urban Divide in Mental Health Care in India: Bridging the Gaps*”, en el que se analizaron las desigualdades existentes entre las áreas urbanas y rurales en la prestación de atención en salud mental en la India. Los principales obstáculos identificados fueron de carácter estructural, económico, geográfico y sociocultural, los cuales limitan el acceso de las poblaciones rurales a los servicios especializados. En el artículo se propusieron estrategias para fortalecer la Atención Primaria de Salud, descentralizar la atención y ampliar la integración de las redes de atención.

Aunque fueron desarrollados en sistemas de salud diferentes y con distintos diseños metodológicos, los tres estudios convergen en reconocer que las poblaciones rurales enfrentan importantes barreras para acceder y permanecer en los servicios de salud mental. Además, todos abordan, de forma explícita o implícita, componentes relacionados con la continuidad del cuidado, la coordinación de la atención y la organización de las redes asistenciales, aspectos que sustentan la presente revisión. El Cuadro 1 presenta un análisis comparativo de los tres artículos seleccionados, con el propósito de facilitar la comparación entre ellos.

Cuadro 1. Estudios sobre la transición del cuidado en contextos rurales. Uberaba, 2026.

Estudios	País	Tipo de Estudio	Principal problema identificado
1. Cirilo Neto e Dimenstein (2021) ¹³	Brasil	Cualitativo	Fragmentación de la red y deficiencias en la coordinación de la atención
2. Shiner et al. (2022) ¹¹	EE. UU.	Evaluación de políticas públicas	Persistencia de las desigualdades en el acceso
3. Gupta (2024) ¹²	India	Revisión	Concentración de recursos especializados en las zonas urbanas

DISCUSIÓN

El estudio de Cirilo Neto y Dimenstein (2021)¹³, titulado “*Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais*” (Desafíos para la atención en salud mental en contextos rurales), tuvo como objetivo analizar los principales obstáculos enfrentados en la prestación de la atención en salud mental en asentamientos rurales del nordeste brasileño desde la perspectiva de los profesionales que trabajan directamente en esos territorios. Se trata de una investigación cualitativa derivada de una tesis de maestría, realizada en ocho asentamientos rurales del estado de Río Grande del Norte, en la que participaron 53 trabajadores vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia (NASF), los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y los Centros de Referencia Especializados de Asistencia Social (CREAS). Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron utilizando la técnica de análisis temático de Bardin.

Los desafíos para la atención en salud mental en los territorios rurales se organizan en torno a cuatro ejes centrales: la organización de los servicios, la centralidad de la Atención Primaria de Salud, las prácticas intersectoriales y la educación permanente de los trabajadores. Entre los principales problemas señalados por los participantes se destacaron la fragilidad de la coordinación del cuidado, la discontinuidad de la atención psicosocial, la ausencia de corresponsabilidad entre los equipos, la dificultad de acceso a los servicios especializados y la limitada articulación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) con las necesidades concretas de los territorios rurales. El estudio también evidenció que muchos usuarios recorren largos itinerarios terapéuticos en busca de atención, enfrentando barreras geográficas, escasez de servicios especializados y procesos de regionalización que con frecuencia reproducen desigualdades territoriales¹³.

Los autores destacan la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud como coordinadora del cuidado, construir redes territorializadas y ampliar estrategias intersectoriales capaces de considerar las especificidades socioculturales, económicas y geográficas de las poblaciones rurales¹³.

En los Estados Unidos, Shiner et al.¹¹ evaluaron políticas dirigidas a ampliar el acceso a los servicios de salud mental en áreas rurales mediante un artículo publicado en el *Journal of Rural Health*, cuyo objetivo fue analizar los efectos de las políticas implementadas por el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos para ampliar el acceso de la población rural a los servicios de salud mental. La investigación fue longitudinal y se basó en registros electrónicos de salud, analizando una cohorte compuesta por más de 3,3 millones de usuarios rurales atendidos entre 2002 y 2019. El estudio se centró en dos importantes hitos de política pública: la expansión de la oferta de servicios de salud mental en clínicas comunitarias vinculadas al sistema de veteranos, iniciada en 2008, y la ampliación de la financiación para la atención en servicios comunitarios externos al sistema tradicional de salud para veteranos, implementada a partir de 2014¹¹.

Los resultados demostraron un aumento significativo en la utilización de los servicios de salud mental por parte de la población rural durante el período analizado. La proporción de usuarios rurales que accedían a atención en salud mental pasó de aproximadamente el 11,4 % al inicio de la serie histórica al 19,8 % en los años más recientes evaluados. El crecimiento más pronunciado se produjo tras la exigencia de ofrecer servicios de salud mental en las clínicas comunitarias, lo que indica que la proximidad geográfica de los servicios ejerce una influencia importante sobre la utilización de la atención especializada. Sin embargo, los autores observaron que la ampliación de la oferta no eliminó por completo las desigualdades entre las áreas urbanas y rurales, persistiendo dificultades especialmente entre las personas mayores de 75 años y los residentes en regiones más aisladas¹¹.

La ampliación del acceso es fundamental, pero resulta insuficiente cuando no va acompañada de estrategias de coordinación de la atención, integración entre los servicios y organización de modalidades asistenciales capaces de garantizar un seguimiento continuo a lo largo de la trayectoria terapéutica¹¹. La disponibilidad física de los servicios representa solo una dimensión del problema, ya que la continuidad del cuidado depende de mecanismos organizativos más amplios.

Los resultados también mostraron que el aumento de la disponibilidad de servicios estuvo asociado con un mayor uso de la atención en salud mental por parte de las poblaciones rurales. Sin embargo, la ampliación de la oferta no fue suficiente para eliminar las desigualdades existentes entre las áreas urbanas y rurales, especialmente entre las personas mayores y los residentes en regiones más remotas¹¹.

El trabajo de Gupta (2024)¹², publicado en el *Indian Journal of Social Psychiatry*, analiza las profundas desigualdades existentes entre las áreas urbanas y rurales en la atención en salud

mental en la India, abordando aspectos estructurales, sociales y culturales que limitan el acceso de la población rural a la atención especializada. A diferencia de los demás estudios incluidos, se trata de un análisis reflexivo y crítico sobre la organización de los servicios de salud mental en el país, destacando la histórica concentración de profesionales, hospitales y recursos terapéuticos en los grandes centros urbanos. El autor sostiene que la población rural enfrenta múltiples barreras simultáneamente, entre ellas la pobreza, las dificultades de transporte, la escasez de profesionales especializados, la limitada disponibilidad de servicios públicos y el fuerte estigma asociado a los trastornos mentales.

La denominada “brecha rural-urbana” no puede entenderse únicamente como un problema geográfico, sino como el resultado de desigualdades económicas, educativas y socioculturales acumuladas a lo largo del tiempo. Gupta¹² destaca que, en muchas comunidades rurales, el primer contacto de los usuarios ocurre con líderes comunitarios, curanderos tradicionales o redes informales de apoyo, retrasando el acceso a los servicios especializados. También se observó una baja utilización efectiva de los servicios existentes, incluso cuando estaban formalmente disponibles, debido a barreras culturales y a la distancia entre los modelos biomédicos de atención y las prácticas locales de cuidado¹².

Como estrategias para reducir estas desigualdades, se propone fortalecer la Atención Primaria de Salud, descentralizar la atención especializada, capacitar a los trabajadores comunitarios, integrar a los actores locales en la atención en salud mental y ampliar el uso de tecnologías digitales, como la telemedicina y la telepsiquiatría¹². La comprensión de los desafíos relacionados con la continuidad del cuidado en contextos de gran escasez de recursos demuestra que la organización de las redes asistenciales debe considerar dimensiones territoriales, culturales y comunitarias para garantizar el acceso y el seguimiento efectivo de la población rural.

La dificultad de acceso a los servicios de salud mental fue identificada como un aspecto común en los tres estudios¹¹⁻¹³. En el contexto brasileño, se observó que la distancia entre los lugares de residencia y los servicios especializados constituye un obstáculo importante para la continuidad del seguimiento en salud mental. Además, la limitada oferta de servicios especializados en los territorios rurales contribuye a la sobrecarga de la Atención Primaria de Salud y dificulta la articulación entre los diferentes puntos de la red asistencial. Resultados similares se observaron en los estudios internacionales. En los Estados Unidos, a pesar de la ampliación de la oferta asistencial observada en los últimos años, persistieron diferencias importantes en la utilización de los servicios entre las poblaciones urbanas y rurales¹¹. En la India, la distribución desigual de los recursos humanos y de los equipamientos especializados

fue señalada como uno de los principales factores responsables de las dificultades de acceso enfrentadas por las poblaciones rurales¹².

Otro aspecto identificado se refiere a las barreras económicas y geográficas asociadas al desplazamiento hacia los centros urbanos, frecuentemente necesario para obtener atención especializada^{11,13}. Estas dificultades tienden a repercutir directamente en la continuidad del seguimiento y en la adhesión a los tratamientos propuestos. La coordinación de la atención emergió como uno de los principales desafíos relacionados con la atención en salud mental en los territorios rurales.

En el estudio brasileño, Cirilo Neto y Dimenstein¹³ destacaron que la prestación de la atención psicosocial depende de la articulación entre los diferentes sectores y servicios presentes en el territorio. Sin embargo, se identificaron debilidades en la comunicación entre los dispositivos asistenciales, dificultades para operacionalizar los flujos de derivación y limitaciones en la capacidad de respuesta de la red a las demandas de los usuarios.

Los hallazgos de Shiner et al.¹¹ refuerzan esta perspectiva al demostrar que la simple ampliación de la oferta de servicios no garantiza la continuidad del cuidado. La efectividad de las políticas de expansión del acceso depende de la existencia de mecanismos capaces de integrar los diferentes componentes de la red de atención y promover el seguimiento longitudinal de los usuarios. Del mismo modo, Gupta¹² enfatiza que la disponibilidad de servicios especializados debe estar asociada a la construcción de estrategias de coordinación capaces de garantizar la continuidad del cuidado a lo largo de la trayectoria asistencial. La fragmentación de los servicios constituye una importante barrera para la efectividad de las acciones de salud mental desarrolladas en las áreas rurales.

Los desafíos enfrentados por las poblaciones rurales no se derivan exclusivamente de la escasez de servicios, sino también de la forma en que se organizan las redes asistenciales¹¹⁻¹³. En Brasil, la necesidad de fortalecer las acciones intersectoriales y la articulación territorial fue identificada como un aspecto central para mejorar la atención psicosocial. La complejidad de las demandas en salud mental exige respuestas que trasciendan el sector salud, incorporando acciones relacionadas con la asistencia social, la educación, el trabajo y el desarrollo comunitario¹³.

En el contexto estadounidense, se verificó que las iniciativas orientadas a ampliar el acceso produjeron resultados positivos, aunque insuficientes para eliminar las desigualdades estructurales históricamente presentes en los territorios rurales¹¹. En la India, el fortalecimiento de la atención comunitaria, la descentralización de los servicios especializados

y el uso de tecnologías digitales fueron señalados como estrategias prometedoras para reducir las disparidades existentes entre las áreas urbanas y rurales¹².

En conjunto, los estudios evidencian que la organización de las redes de atención en salud mental en contextos rurales sigue marcada por desafíos relacionados con el acceso, la coordinación de la atención y la continuidad del cuidado, aspectos directamente vinculados con los procesos de transición del cuidado¹¹⁻¹³.

La presente revisión identificó un importante vacío en la producción científica sobre la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales. A pesar de la amplitud de la estrategia de búsqueda, que inicialmente identificó 5.107 registros distribuidos en diferentes bases de datos nacionales e internacionales, solo tres estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. Este resultado no debe interpretarse únicamente como una limitación de la revisión, sino también como un importante hallazgo científico, ya que evidencia que la interfaz entre la transición del cuidado, la salud mental y la ruralidad sigue siendo poco explorada¹¹⁻¹³.

El espacio rural brasileño se caracteriza por una amplia diversidad territorial, social, económica, ambiental y cultural, por lo que no puede entenderse únicamente como un lugar destinado a la producción agropecuaria. El medio rural constituye un territorio complejo, en el que coexisten la agricultura familiar, el agronegocio, los pueblos indígenas, las comunidades quilombolas, ribereñas y extractivistas, además de los asentamientos de la reforma agraria y otras formas de organización social. Desde esta perspectiva, lo “rural” debe entenderse como un espacio de múltiples funciones y relaciones territoriales, cuya dinámica trasciende la producción agrícola e involucra aspectos económicos, ambientales, culturales y demográficos que influyen directamente en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones que allí residen^{14,15}.

Brasil posee una de las mayores extensiones de áreas rurales del mundo y desempeña un papel estratégico en la producción de alimentos, fibras, energía y materias primas. El sector agropecuario constituye un importante componente de la economía nacional, contribuyendo significativamente al Producto Interno Bruto, a la generación de empleo, a las exportaciones y a la seguridad alimentaria. Paralelamente, la agricultura familiar mantiene una notable relevancia económica y social, siendo responsable de una parte significativa de los alimentos destinados al consumo interno y de la permanencia de miles de familias en el medio rural, lo que refuerza la importancia de fortalecer las políticas públicas dirigidas a las poblaciones rurales¹⁴.

Los desafíos identificados en los estudios analizados adquieren aún mayor relevancia cuando se consideran a la luz de las características del territorio brasileño. Según el Instituto

Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el espacio rural brasileño presenta una elevada diversidad territorial, social, económica y ambiental, abarcando desde áreas de agricultura familiar hasta comunidades tradicionales, asentamientos de la reforma agraria, pueblos indígenas, comunidades *quilombolas* y poblaciones ribereñas. Esta heterogeneidad pone de manifiesto que las necesidades de salud de estas poblaciones exceden un enfoque homogéneo y requieren la organización de redes de atención capaces de responder a las particularidades de cada territorio. En este sentido, la implementación de estrategias de transición del cuidado en salud mental debe considerar no solo la disponibilidad de servicios especializados, sino también las características geográficas, las condiciones de desplazamiento, la distribución de la población y los determinantes sociales que influyen en el acceso y la continuidad del cuidado en las diferentes realidades rurales del país¹⁴.

A pesar de esta importante relevancia económica y social, persisten marcadas desigualdades entre los espacios urbanos y rurales en el acceso a las políticas públicas, especialmente a los servicios de salud. Las poblaciones rurales conviven con barreras geográficas, grandes distancias entre las comunidades y los servicios, dificultades de transporte, menor disponibilidad de profesionales especializados y concentración de la atención de mayor complejidad en los centros urbanos. Estas condiciones repercuten directamente en la organización de las Redes de Atención de Salud, dificultando la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y comprometiendo la continuidad del cuidado, particularmente en los casos que requieren seguimiento longitudinal, como los trastornos mentales¹⁶.

En este escenario, investigar la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales resulta especialmente relevante, ya que la efectividad de este proceso depende de la articulación entre los diferentes puntos de la RAS y de la capacidad de la APS para coordinar los flujos asistenciales. Considerando las especificidades territoriales, sociales y organizativas presentes en el medio rural, comprender cómo las publicaciones científicas han abordado esta temática puede contribuir al fortalecimiento de la RAPS, apoyando el desarrollo de estrategias capaces de reducir las desigualdades territoriales y mejorar la atención prestada a las poblaciones rurales.

La escasez de estudios identificados contrasta con la creciente importancia atribuida a la continuidad del cuidado en los sistemas de salud. Haggerty et al.³ destacan que la continuidad constituye uno de los principales atributos de la calidad de la atención, especialmente para los usuarios que requieren seguimiento prolongado y articulación entre diferentes servicios. En el ámbito de la salud mental, esta necesidad resulta aún más evidente debido a la naturaleza

frecuentemente crónica y multifacética de los trastornos mentales, que requieren seguimiento longitudinal, intervenciones interdisciplinarias e integración entre diferentes dispositivos asistenciales^{1,2}.

Aunque los estudios seleccionados no utilizaron explícitamente el concepto de transición del cuidado, todos abordaron elementos centrales de este proceso. Los aspectos relacionados con la coordinación de la atención, la continuidad del cuidado, la articulación entre servicios y la integración de las redes asistenciales aparecen de manera recurrente en las investigaciones realizadas en Brasil, Estados Unidos e India¹¹⁻¹³.

Los hallazgos sugieren que la transición del cuidado constituye una dimensión implícita de la atención en salud mental en los contextos rurales, aunque rara vez sea reconocida como un objeto específico de investigación. Existe convergencia al señalar que las poblaciones rurales enfrentan importantes barreras para acceder a los servicios de salud mental¹¹⁻¹³. Estas barreras abarcan aspectos geográficos, económicos, organizativos y culturales, reflejando desigualdades históricamente presentes en la distribución de los recursos asistenciales.

En dos de los estudios internacionales (Estados Unidos e India), la escasez de profesionales especializados en las áreas urbanas para recibir y atender a personas procedentes de zonas rurales continúa siendo uno de los principales desafíos para la atención en salud mental en estos territorios^{11,12}. Esta realidad genera trayectorias asistenciales marcadas por largos desplazamientos, retrasos en el inicio del tratamiento y dificultades para mantener el seguimiento a lo largo del tiempo. En muchos casos, la necesidad de desplazarse a los centros urbanos puede constituir un obstáculo suficiente para interrumpir o incluso impedir la continuidad del cuidado.

En el contexto brasileño, estos desafíos se ven agravados por las características territoriales y por la heterogeneidad de las poblaciones rurales. Cirilo Neto y Dimenstein¹³ identificaron que la prestación de la atención en salud mental en asentamientos rurales depende en gran medida de la capacidad de articulación territorial de los servicios y de la construcción de estrategias capaces de acercar las acciones de salud a las realidades locales. La mera disponibilidad formal de servicios no garantiza un acceso efectivo, siendo necesario considerar factores relacionados con el territorio, las condiciones de vida y las especificidades socioculturales de las comunidades rurales¹³.

La comprensión de que el acceso a la salud no debe analizarse únicamente desde la perspectiva de la oferta de servicios implica también considerar la adecuación de las respuestas institucionales a las necesidades concretas de las poblaciones, incluyendo la disponibilidad

geográfica, la aceptabilidad cultural, la continuidad del seguimiento y la capacidad de respuesta a las demandas planteadas⁶.

Otro aspecto ampliamente identificado en los estudios¹¹⁻¹³ se refiere a la coordinación de la atención. Aunque los sistemas de salud invierten con frecuencia en ampliar la oferta de servicios, la efectividad de las acciones en salud mental también depende de la existencia de mecanismos capaces de integrar los diferentes puntos de la red asistencial¹¹⁻¹³.

La coordinación del cuidado es reconocida como uno de los atributos esenciales de la APS y constituye un elemento fundamental para la construcción de trayectorias asistenciales integradas^{6,7}. Cuando los flujos de derivación, la comunicación y el intercambio de información presentan debilidades, aumentan las posibilidades de fragmentación del cuidado, discontinuidad terapéutica y pérdida del vínculo con los servicios.

En este sentido, los hallazgos de la revisión dialogan directamente con las propuestas de Haggerty et al.³ acerca de la continuidad gerencial del cuidado. La existencia de múltiples servicios no garantiza, por sí sola, la continuidad del cuidado. Es necesario que exista articulación entre los diferentes dispositivos involucrados, permitiendo que las acciones desarrolladas sean percibidas por el usuario como parte de un proceso integrado⁴. Esta articulación sigue constituyendo un importante desafío en los contextos rurales. Las debilidades en la comunicación entre los equipos, las dificultades para operacionalizar las referencias y contrarreferencias y la insuficiencia de estrategias de integración entre los diferentes servicios fueron aspectos recurrentes¹¹⁻¹³.

En este escenario, la APS desempeña un papel estratégico en la organización de la atención en salud mental en los territorios rurales^{6,7}. La APS ocupa una posición privilegiada dentro de las redes de atención por su proximidad a los territorios y por su capacidad potencial para acompañar a los usuarios a lo largo del tiempo. En las áreas rurales, esta función adquiere aún mayor relevancia, ya que con frecuencia la APS representa el principal o incluso el único punto de contacto de la población con el sistema de salud¹³. Sin embargo, en la práctica, y como regla general, las unidades de APS no se encuentran próximas a la mayoría de las áreas rurales.

En los estudios analizados se verificó que unas condiciones estructurales y organizativas adecuadas constituyen factores determinantes. Entre los desafíos identificados se encuentran la insuficiencia de recursos humanos especializados, la sobrecarga de los equipos, la limitación de recursos diagnósticos y terapéuticos y las dificultades para la articulación con los servicios especializados¹¹⁻¹³.

En el caso brasileño, la coordinación del cuidado en salud mental exige una estrecha articulación entre la APS y la Red de Atención Psicosocial (RAPS). La propuesta de la RAPS

presupone la integración entre diferentes dispositivos asistenciales y el intercambio de responsabilidades entre equipos y servicios⁸. Sin embargo, estos principios encuentran obstáculos relacionados con las desigualdades regionales y las especificidades de los territorios rurales.

Aunque la expresión “transición del cuidado” no fue empleada por los estudios incluidos, sus componentes fundamentales están presentes en todos los trabajos¹¹⁻¹³. La transición del cuidado puede definirse como un proceso orientado a garantizar la continuidad del cuidado durante el paso del usuario entre diferentes contextos asistenciales⁵. Esta definición incluye la comunicación entre profesionales, el intercambio de información, la planificación asistencial y la coordinación de las acciones desarrolladas a lo largo de la trayectoria terapéutica.

Los desafíos identificados en los estudios¹¹⁻¹³ pueden entenderse como obstáculos para los procesos de transición del cuidado. Las dificultades de acceso, las debilidades en la coordinación de la atención y la integración entre los servicios tienden a comprometer la continuidad del cuidado y a aumentar el riesgo de interrupción del seguimiento en salud mental.

La transición del cuidado emerge como una importante categoría analítica para comprender las necesidades de las poblaciones rurales. Su incorporación al campo de la salud mental puede contribuir a mejorar las prácticas asistenciales, fortalecer los mecanismos de integración entre los servicios y ampliar la capacidad de los sistemas de salud para responder a las demandas de los usuarios. La principal implicación de esta revisión se refiere a la necesidad de ampliar las investigaciones sobre esta temática. El reducido número de estudios identificados demuestra que la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales continúa siendo un campo poco explorado, tanto en el ámbito nacional como en el internacional¹¹⁻¹³.

CONCLUSIÓN

La presente revisión permitió constatar que la transición del cuidado en salud mental en contextos rurales constituye un campo aún incipiente de investigación científica, aunque representa un componente estratégico para la organización de las redes de atención y para garantizar la continuidad del cuidado. El análisis de los estudios seleccionados demostró que los desafíos enfrentados por las poblaciones rurales trascienden la disponibilidad de servicios especializados, involucrando también aspectos relacionados con la coordinación de la atención, la integración entre los diferentes puntos de la red, la comunicación interprofesional y la organización de los flujos asistenciales.

Aunque no abordan explícitamente la transición del cuidado como objeto central, los estudios analizados evidencian que sus principios están presentes en las discusiones sobre la continuidad del cuidado, el acceso a los servicios, la articulación entre los diferentes niveles asistenciales y la organización de las redes de atención en salud mental. Este hallazgo refuerza la necesidad de incorporar la transición del cuidado como categoría analítica en las investigaciones sobre salud mental en áreas rurales, ampliando la comprensión de los procesos que favorecen o dificultan la construcción de trayectorias asistenciales integrales y resolutorias.

Se destacó el papel estratégico de la Atención Primaria de Salud como coordinadora del cuidado y de la Red de Atención Psicosocial como estructura organizadora de los diferentes dispositivos asistenciales. No obstante, estas redes dependen del fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, de la integración entre los equipos, de la capacitación de los profesionales y de la adopción de estrategias capaces de minimizar las desigualdades territoriales que caracterizan los contextos rurales.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el reducido número de publicaciones identificadas, así como la interlocución aún incompleta con los elementos orientadores de la transición del cuidado y, en consecuencia, con la coordinación del cuidado en contextos rurales.

Al aproximar los conceptos de transición del cuidado, salud mental y ruralidad, este estudio propone una agenda de investigación orientada a comprender los itinerarios asistenciales, los procesos de coordinación del cuidado y las experiencias de usuarios, profesionales y gestores en diferentes realidades rurales.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 [citado el 10 de mayo de 2026]; 327(7425):1219-21. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219
4. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003 [citado el 11 de mayo de 2026]; 51(4):556-7. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
5. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):v-vi.
- Snyder H. Literature review as a research methodology: an overview and guidelines. *J Bus Res.* 2019; 104:333-9.
9. Snyder H. Literature review as a research methodology: an overview and guidelines. *J Bus Res.* 2019;104:333-339.
- Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020.
10. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020.
11. Shiner B, Gottlieb D, Rice K, Forehand JA, Snitkin M, Watts BV. Evaluating policies to improve access to mental health services in rural areas. *J Rural Health.* 2022; 38(4):805-16. DOI: 10.1111/jrh.12674.
12. Gupta R. Rural-Urban Divide in Mental Health Care in India: Bridging the Gaps. *Indian J Soc Psychiatry.* 2024; 40(1):15-22. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_41_24.
13. Cirilo Neto M, Dimenstein M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. *Gerais, Rev Interinst Psicol.* 2021; 14(1):1-26. DOI: 10.36298/gerais202114e15627.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponible en: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

Editor Asociado: Vania Del Arco Paschoal

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones:

Conceptualización – Bonfim TRAB, Gonçalves AHL, Santos AS

Investigación – Bonfim TRAB

Redacción - primera redacción – Bonfim TRAB

Redacción - revisión y edición – Bonfim TRAB, Carvalho LAD, Costa AMCS, Gonçalves AHL, Marçal SH, Santos AS

Como citar este artículo (Vancouver)

Bonfim TRAB, Carvalho LA, Costa AMCS, Gonçalves AHL, Marçal SH, Santos AS. Transición del cuidado en salud mental en contextos rurales. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2026 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 14:e026020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>

Como citar este artículo (ABNT)

BONFIM, T. R. A. B.; CARVALHO, L. A.; COSTA, A. M. C. S.; GONÇALVES, A. H. L.; MARÇAL, S. H.; SANTOS, A. S. Transición del cuidado en salud mental en contextos rurales. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e026020, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Bonfim, T. R. A. B., Carvalho, L. A., Costa, A. M. C. S., Gonçalves, A. H. L., Marçal, S. H., & Santos, A. S. (2026). Transición del cuidado en salud mental en contextos rurales. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 14, e026020. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons