

# Limitaciones en el acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad

Seminario Internacional “Brechas de desigualdad en México, Centroamérica y el Caribe”  
Sede Subregional México de la CEPAL y Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio  
Nacional de Costa Rica

Enrique Valencia Lomelí  
Universidad de Guadalajara

# Plan de Presentación

- Introducción
- Sectores rurales en México: acceso a la salud a través de la seguridad social, exclusión histórica (1943-2020)
- Proyectos de acceso a la salud pública de sectores rurales (1979-2003)
- Importancia y límites del acceso rural a la salud en el Seguro Popular (2003-2020)
- Conclusiones y retos presentes para universalizar el acceso a la salud en México

Introducción: necesaria mirada de  
largo plazo

# Nueva ruralidad: un enfoque de largo aliento

- El análisis socioeconómico de la nueva ruralidad exige una mirada de largo plazo
- El análisis de las transformaciones históricas en el acceso a la salud en los sectores rurales en México es un ejemplo excelente de esta exigencia
- Presentamos aquí una síntesis de resultados del estudio “Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad” (Valencia y Jaramillo, 2023) y ampliamos algunos datos hasta 2020

Sectores rurales en México: acceso a la salud a través de la seguridad social, exclusión histórica (1943-2020)

# Exclusión Histórica Sectores Rurales en Seguridad Social en México (I)

- La seguridad social fue una creación postrevolucionaria (1943) de una revolución con fuertes contenidos y actores agrarios
- Paradójicamente el acceso a la salud de sectores rurales históricamente ha sido notablemente limitado y se puede hablar de exclusión histórica

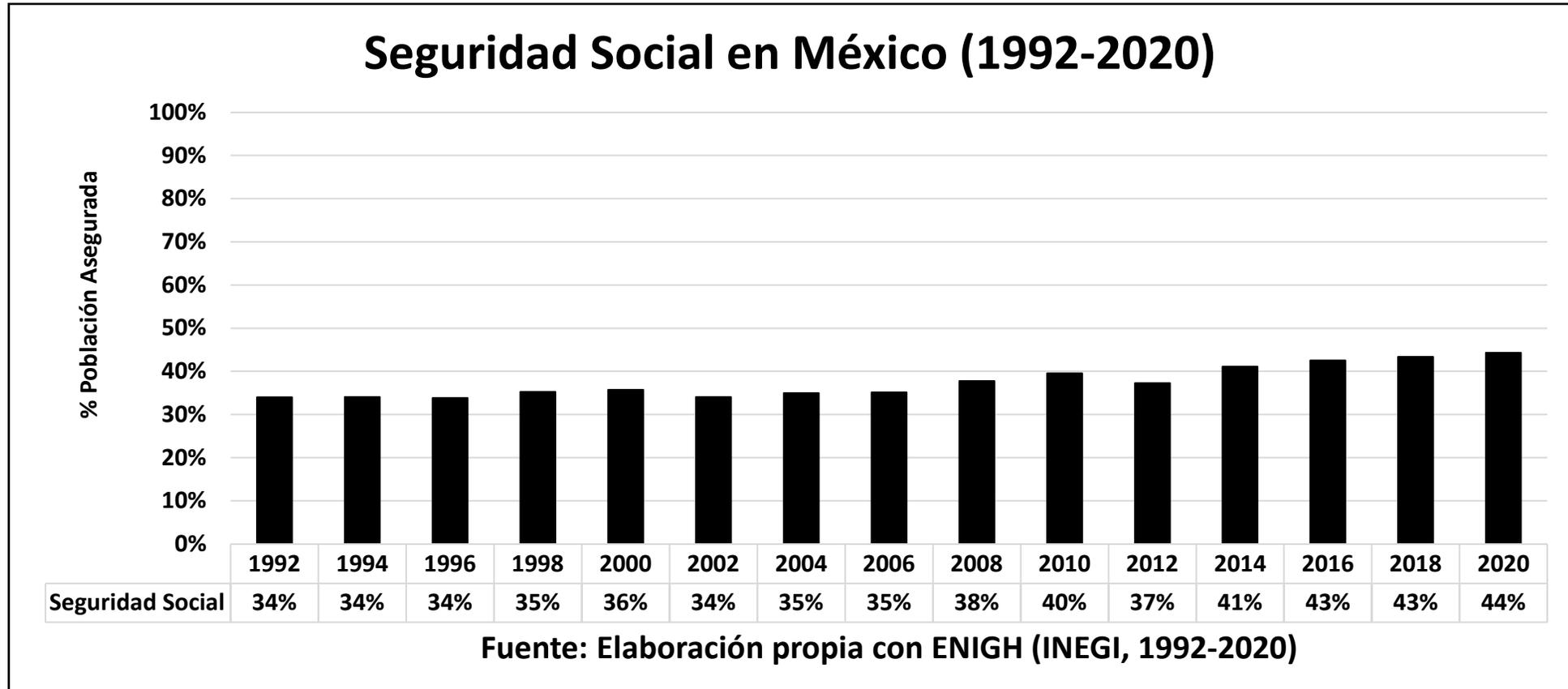
# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (II)

- En los proyectos iniciales de creación de la seguridad social en México se planteaba una aspiración a la universalidad, que protegiera a “todos los mexicanos” (Ávila, 1940)
- En el proyecto de Ley de la SS se hablaba de aplicación “paulatina” que incluyera además de los asalariados a otras categorías sociales como los trabajadores del “campo” (Ávila, 1942)

# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (III)

- Después de tres cuartos de siglo de historia institucional de la seguridad social, el acceso a la salud de los sectores rurales es muy reducido, con fuerte brechas en relación a la universalidad
- Ya de por sí el acceso a la salud en general ha sido débil a través de la seguridad social: hasta 2020, menos de la mitad de la población
- Se puede hablar así de exclusión histórica de los sectores rurales en la Seguridad Social en México

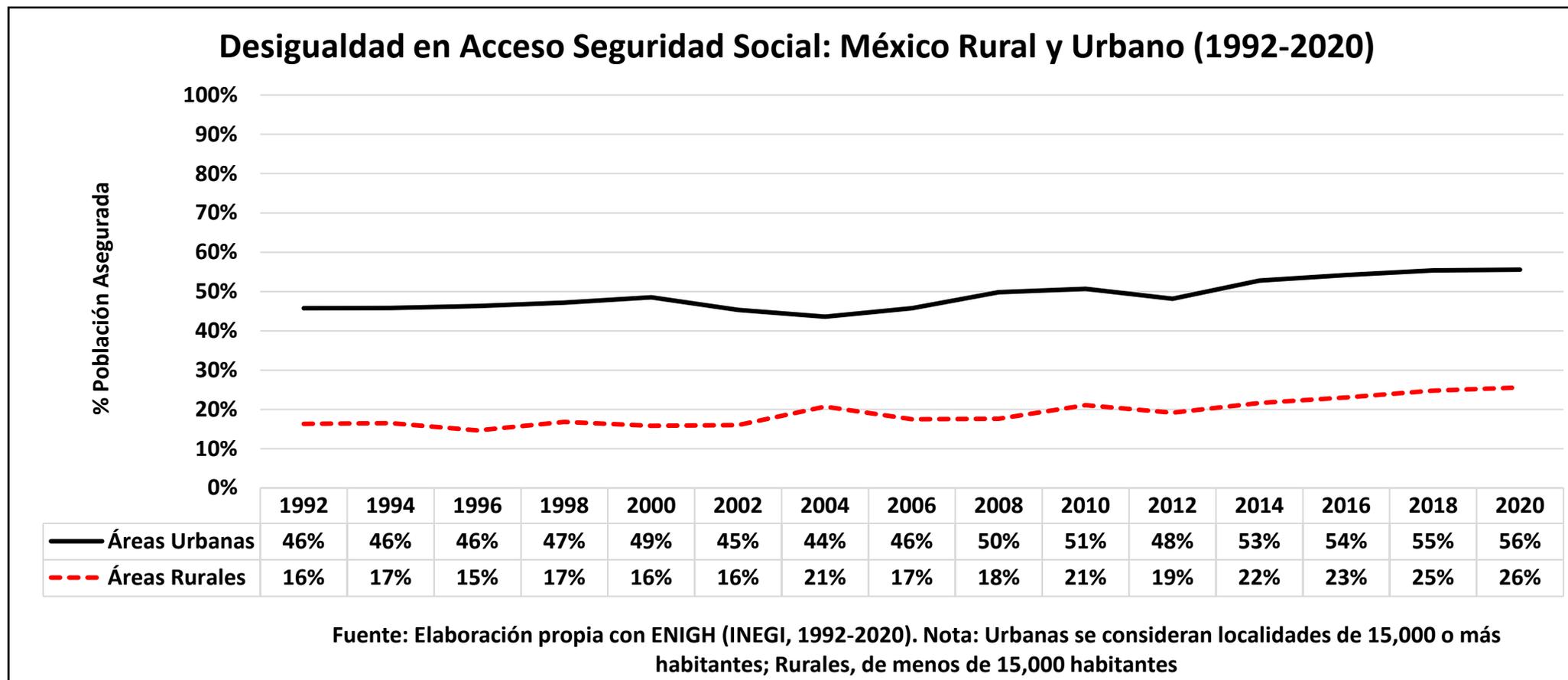
# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (IV)



# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (V)

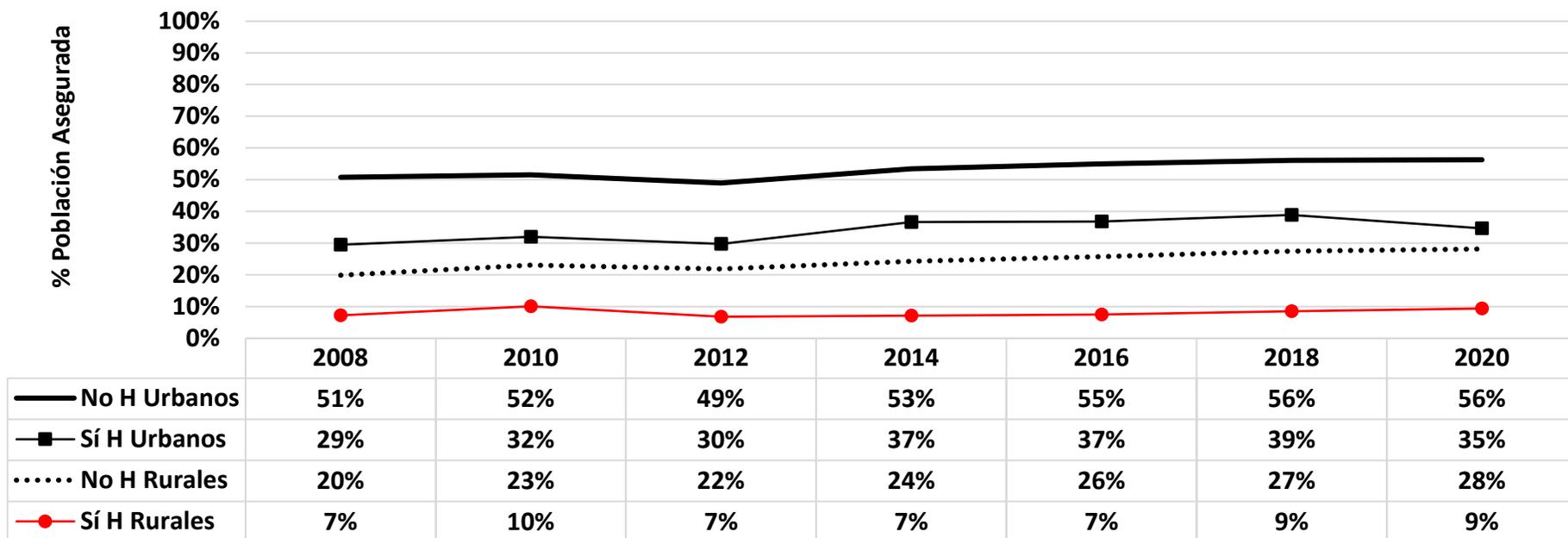
- El acceso a la salud de los sectores rurales ha sido aún más débil a través de la seguridad social: hasta 2020, **apenas un cuarto de la población rural**
- Con poblaciones aún más excluidas entre los mismos sectores rurales: por ejemplo, **apenas uno de cada 10 indígenas en 2020**, con una brecha que ha ido disminuyendo muy lentamente (sólo 7% en 2008); y **apenas 4% del decil I de ingreso per cápita de los hogares rurales**

# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (VI)



# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (VII)

Desigualdad en Acceso Seguridad Social: No Indígenas e Indígenas (2008-2020)

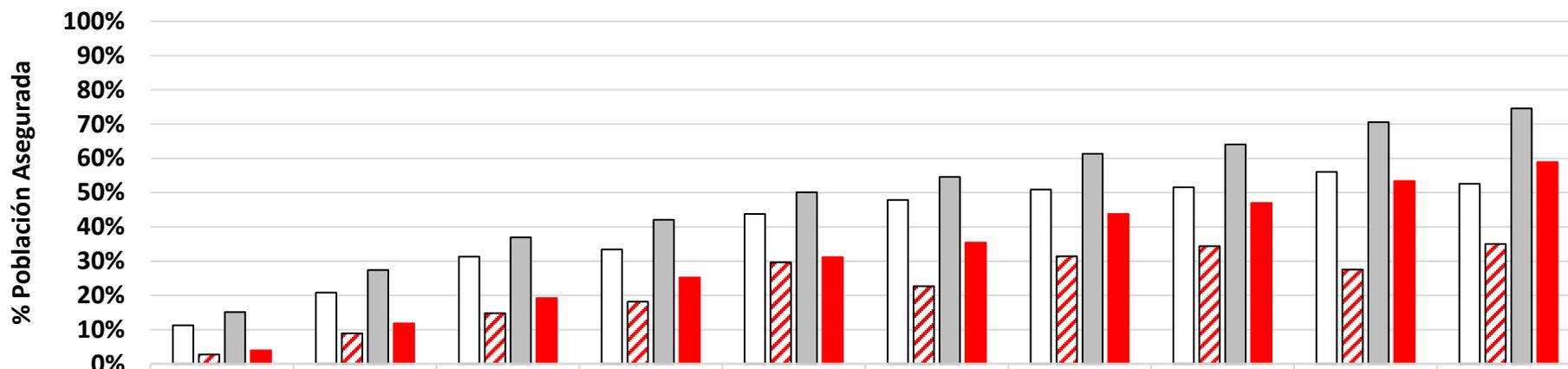


Fuente: Elaboración propia con ENIGH (INEGI, 1992-2020). Nota: Urbanas se consideran localidades de 15,000 o más habitantes; Rurales, de menos de 15,000 habitantes

Nota: H se refiere a Hablantes de Lenguas Indígenas

# Exclusión Histórica de Sectores Rurales en Seguridad Social en México (VIII)

Desigualdad en Acceso Seguridad Social (1992-2018): por Deciles de Ingreso per Cápita (Hogares Rurales y Urbanos)



|                | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| □ Urbanos 1992 | 11% | 21% | 31% | 33% | 44% | 48% | 51% | 52% | 56% | 53% |
| ▨ Rurales 1992 | 3%  | 9%  | 15% | 18% | 30% | 23% | 31% | 34% | 28% | 35% |
| ■ Urbanos 2018 | 15% | 27% | 37% | 42% | 50% | 55% | 61% | 64% | 71% | 75% |
| ■ Rurales 2018 | 4%  | 12% | 19% | 25% | 31% | 35% | 44% | 47% | 53% | 59% |

Fuente: Elaboración propia con ENIGH (INEGI, 1992-2020). Nota: Urbanas se consideran localidades de 15,000 o más habitantes; Rurales, de menos de 15,000 habitantes

# Proyectos de acceso a la salud pública de sectores rurales (1979-2003)

# Proyectos de ampliación del acceso a la salud de sectores rurales (I)

- Ante las limitaciones históricas del acceso a la salud, se fueron generando varios proyectos de política pública; destacamos tres
- En 1979 se creó el programa IMSS-COPLAMAR para los no asegurados en zonas rurales (atención de primer y segundo nivel)
- En 2002 había llegado a 10.6 millones de indígenas y campesinos en 17 (de 32) entidades del país; cambió varias veces de nombre (IMSS Solidaridad, IMSS Oportunidades e IMSS Prospera) **hasta IMSS Bienestar en el gobierno actual** (Secretaría de Salud, 2003)

# Proyectos de ampliación del acceso a la salud de sectores rurales (II)

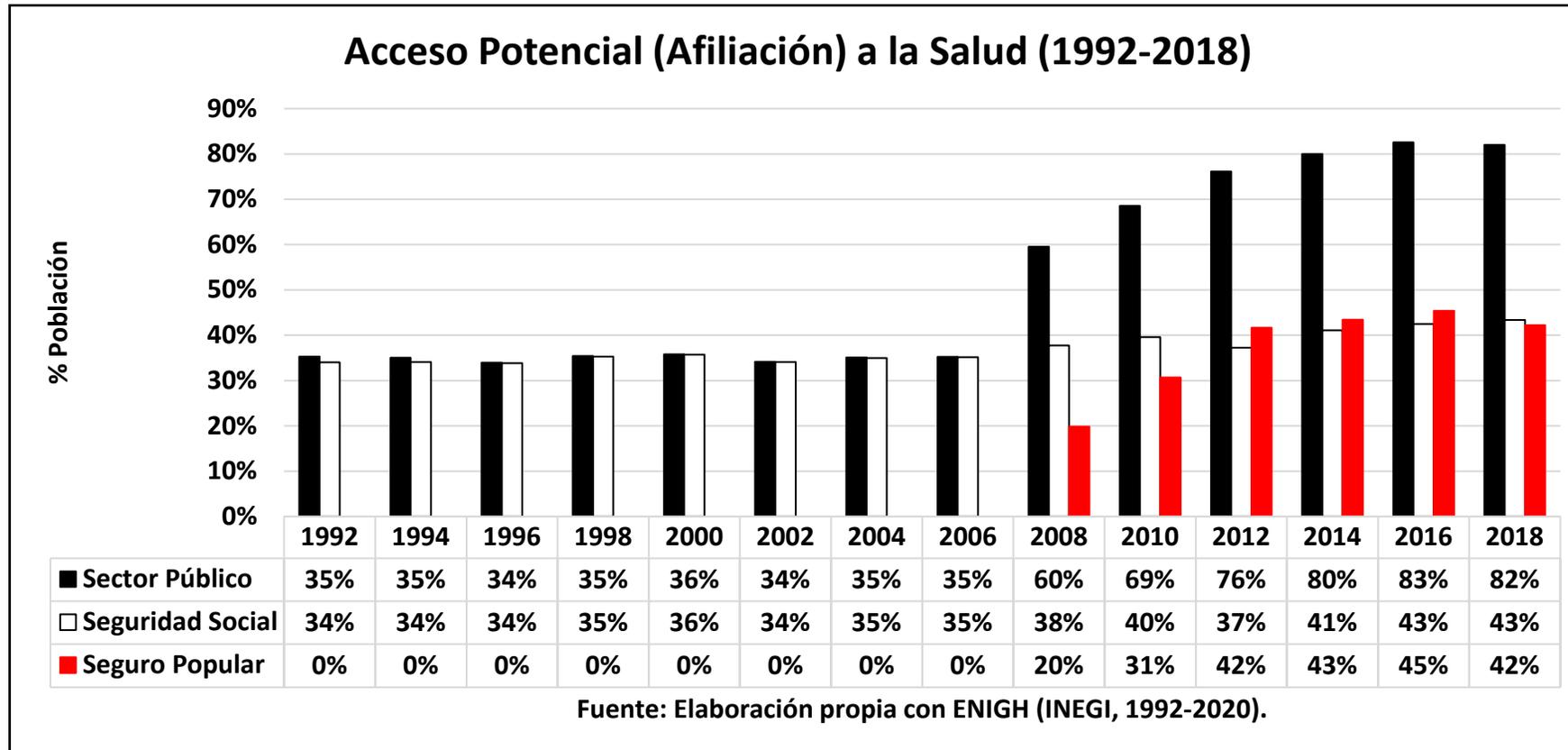
- Al crearse el Programa Progresas, incluía un componente de salud con un paquete mínimo de atención preventiva en salud (poco más de 100 acciones en el primer nivel) (Valencia, Foust y Tetreault, 2012)
- En 2003, se crea el Seguro Popular, inicialmente en zonas rurales, con un paquete básico de salud; este programa incrementó rápidamente la cobertura, sobre todo en zonas rurales

# Importancia y límites del acceso rural a la salud en el Seguro Popular (2003-2018)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (I)

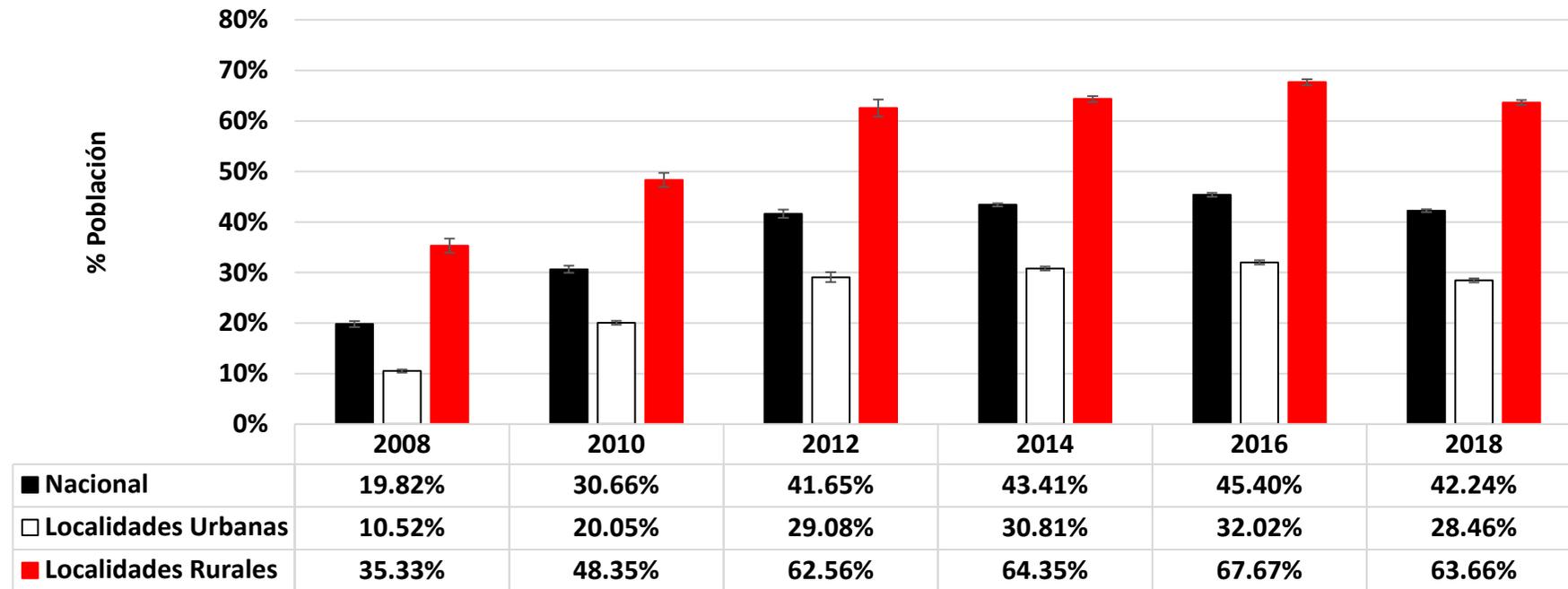
- El acceso potencial a la salud (afiliación) se incrementó notablemente entre 2003 y 2018, sobre todo en el sector rural
- La afiliación en el sistema público de salud se incrementó de 34% en 2002 a 82% en 2018
- La mayor parte del incremento se dio en el sector rural, con casi dos terceras partes de la población incorporadas al Seguro Popular

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (II)



# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (III)

Acceso Potencial (Afiliación) a la Atención a la Salud en Seguro Popular 2008-2018



Fuente: Elaboración propia con ENIGH (1992-2018)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (IV)

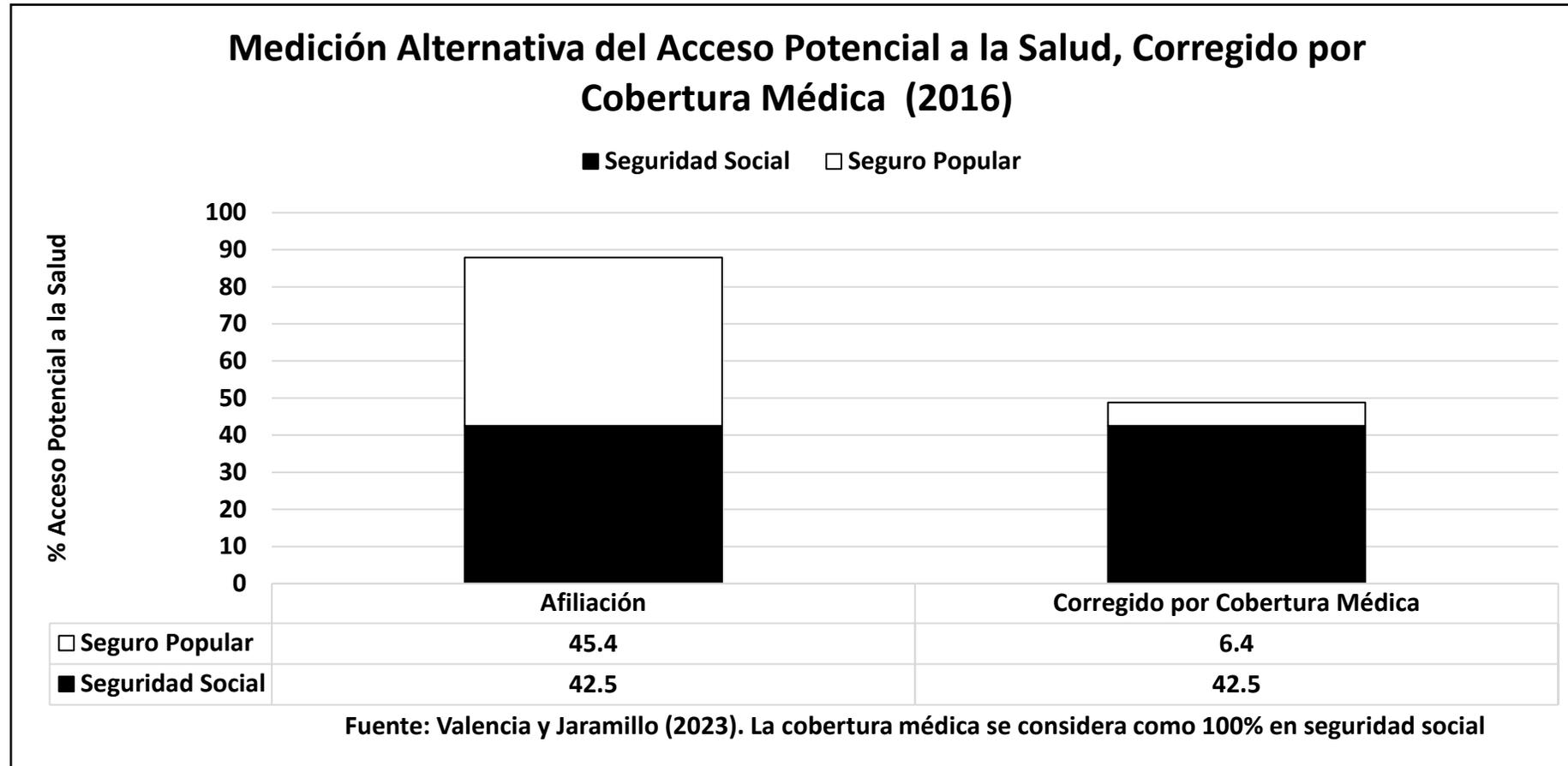
- Además, los servicios del Seguro Popular se acercaron especialmente a las personas con menores ingresos (coeficiente de concentración progresivo)
- El innegable (y positivo) incremento en el acceso potencial (afiliación) a la salud generó una narrativa muy optimista en torno al acceso a la salud en sectores rurales y en general en torno a la universalización del acceso: se superaron brechas con el sector urbano en acceso a la salud

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (V)

Deben matizarse esas conclusiones y esa narrativa optimista:

- en 2018, aún 18% de la población no tenía afiliación alguna; 15% en el sector rural;
- la afiliación al Seguro Popular incluía sólo la cobertura médica de un paquete básico, cercano al 15% de los servicios de la seguridad social
- El acceso efectivo en instituciones públicas (52% de la población) y el acceso efectivo y de calidad (26% de la población) fueron notablemente menores en los sectores rurales en 2018 (ver Valencia y Jaramillo, 2023 para el detalle de estos cálculos)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (VI)

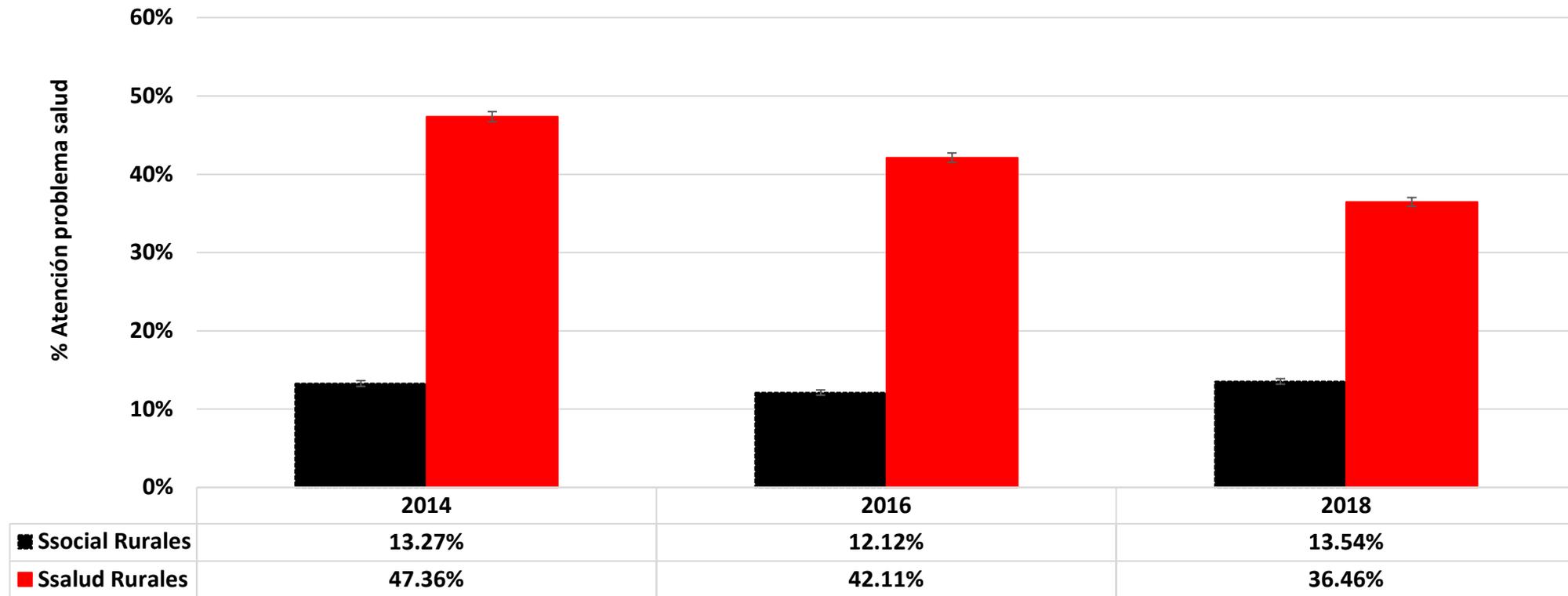


# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (VII)

- La atención efectiva en instituciones públicas ha disminuido en los sectores rurales. La atención de problemas de salud en instituciones públicas en áreas rurales se ha disminuido en los últimos años (2014-2018): de 47% a 36% en la Secretaría de Salud
- En 2020, en contexto de la pandemia (y los cambios en sistema de salud), se redujo aún más a 23%

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (VII)

## Disminución Atención Problemas de Salud en Instituciones Públicas: Áreas Rurales (2014-2018)



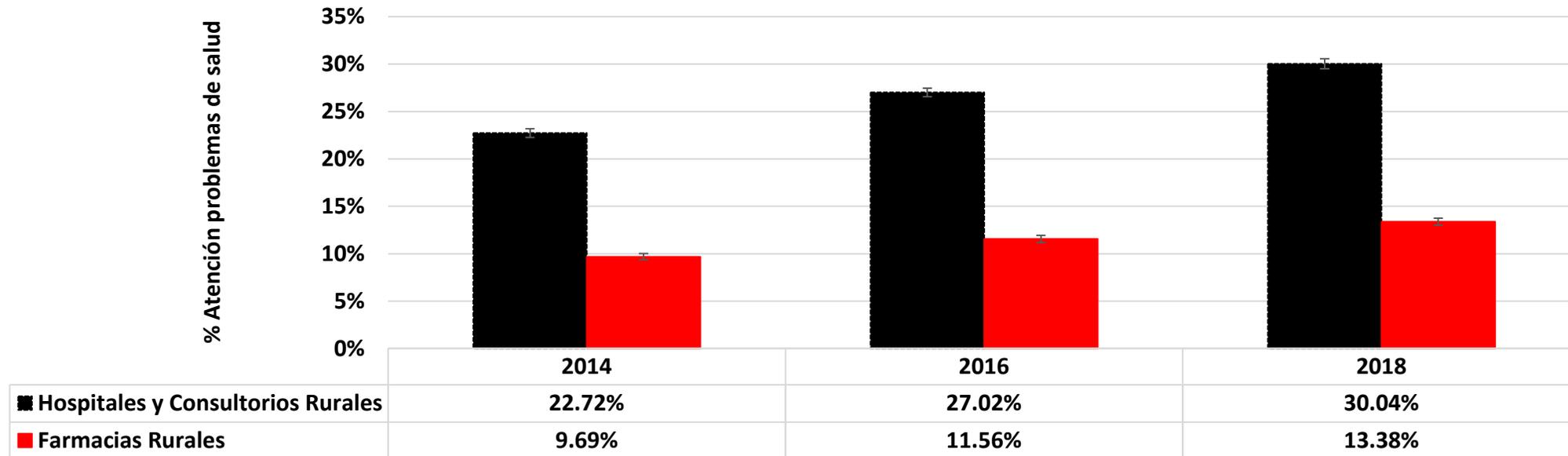
Fuente: Elaboración propia con ENIGH (INEGI, 2014-2018)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (VIII)

- En contrapartida, la atención de problemas de salud en instituciones privadas se ha incrementado en áreas rurales en los últimos años (2014-2018)
- Se constata así un **proceso de mercantilización de la atención a los problemas de salud en el sector rural**
- En 2020, en contexto de la pandemia (y los cambios en el sistema de salud) la atención en instituciones privadas se incrementó (de 30% a 43% en hospitales y consultorios rurales; y de 13% a 18% en consultorios de farmacias privadas)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (IX)

Incremento Atención Problemas de Salud en Instituciones Privadas: Áreas Rurales (2014-2018)



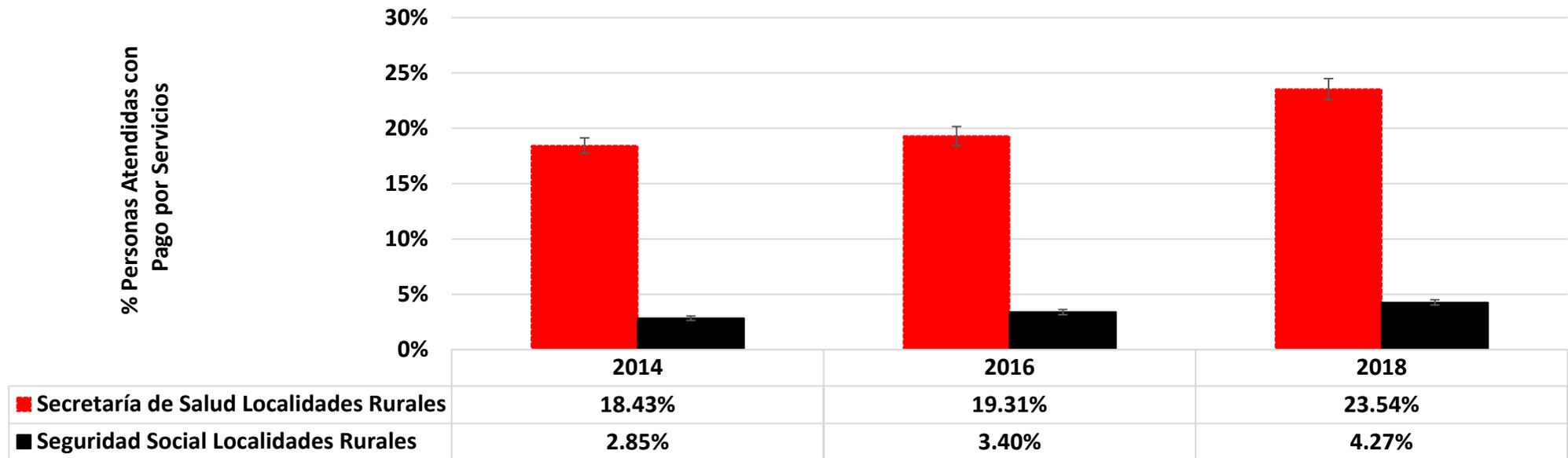
Fuente: Elaboración propia con ENIGH (INEGI, 2014-2018)

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (X)

- La atención efectiva y de calidad ha disminuido también en los sectores rurales. La atención a la salud en instituciones públicas, con pagos de servicios reportados, se ha incrementado en los últimos años (2014-2018): de 18% a 24% en Secretaría de Salud y también en las instituciones de Seguridad Social
- Se trata de un **deterioro de la gratuidad de los servicios de salud en instituciones públicas**
- Este proceso se ratificó en 2020 (en contexto de pandemia y de cambios en el sistema de salud): hasta 30% en Secretaría de Salud y 7% en Seguridad Social

# Acceso rural a la salud en el Seguro Popular y sus límites (XI)

Atención a la Salud con Pago de Servicios: Instituciones Públicas y Localidades  
2014-2018



Fuente: Elaboración propia con ENIGH (INEGI, 2014-2018)

# Conclusiones y retos presentes para universalizar el acceso a la salud en México

# Conclusiones

- La exclusión de los sectores rurales en el acceso a la atención de la salud en la Seguridad Social ha sido un proceso histórico-social de largo plazo
- Se incrementó notablemente la afiliación al paquete básico del Seguro Popular en los sectores rurales (de manera progresiva)
- Sin embargo, no se universalizó este acceso y la cobertura médica fue muy limitada
- Se constató un proceso de debilitamiento de atención de problemas de salud en instituciones públicas y en contrapartida de mercantilización
- Se constató también un proceso de debilitamiento de la gratuidad en la atención de los problemas de salud
- Los dos últimos procesos se consolidaron en 2020 (habrá que evaluar 2022 con cambio de contexto pandémico)
- Son aún muy importantes las brechas en acceso potencial, en acceso efectivo en instituciones públicas y en acceso efectivo y potencial

# Retos presentes para universalizar el acceso a la salud en México

- La historia reciente ha mostrado búsquedas de universalización en el acceso a la salud (con acento en programas hacia el sector rural)
- El proceso de búsqueda ha sido en el marco de un sistema público de salud segmentado y jerarquizado (paquetes integrales y paquetes básicos): Seguridad Social (Contributiva) (SSC) e Instituciones Públicas de Protección Social de Contribución Indirecta (Seguro Popular especialmente) (IPPS-CI)
- Las brechas de acceso a la salud para los sectores rurales no se han disminuido en forma consistente (con excepción del acceso potencial)
- Los cambios recientes (mantenimiento del sistema segmentado y jerarquizado) pueden consolidar las tendencias señaladas: **continuidad** de la Seguridad Social (urbana) y creación del IMSS-Bienestar (en sustitución del Seguro Popular y del INSABI: atención en niveles primero y segundo; aunque **gratuidad**)
- ¿Una posible asociación de IMSS e IMSS-Bienestar puede permitir ir más allá de la segmentación y jerarquización?

# Bibliografía

Ávila Camacho, M. (1942), “Iniciativa de Ley del Seguro Social” en *Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, Legislatura XXXVIII, Vol. III, N° 24, Diciembre 18. <http://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/38/3er/Ord/19421218.html> (acceso el 12 de enero de 2023)].

\_\_\_\_\_ (1940), “C. Gral. Manuel Ávila Camacho, Discurso de protesta como Presidente, 1 diciembre 1940” en *Discursos presidenciales de toma de posesión*, Senado de la República-LX Legislatura/Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2720/4.pdf> (acceso el 12 de enero de 2023).

Secretaría de Salud (2003), Informe de Labores 2003.

[http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/informe\\_labores/2003/inf\\_labores2003.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/informe_labores/2003/inf_labores2003.htm) (acceso el 12 de junio de 2023).

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (1992-2020), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1992-2020 [en línea]. <https://www.inegi.org.mx/default.html>.

Valencia Lomelí, E., Foust Rodríguez, D. y Tetreault Weber, D. (2012), “Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI”, Documento de proyecto (LC/W. 0474), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Valencia Lomelí, E. y Jaramillo Molina, M.E. (2023), “Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2023/25-LC/MEX/TS.2023/2), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).