DOCUMENTOS DE PROYECTOS



Enrique Valencia Lomelí Máximo E. Jaramillo Molina





Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks





www.cepal.org/es/publicaciones/apps

Documentos de Proyectos

Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad

Enrique Valencia Lomelí Máximo E. Jaramillo Molina





Este documento fue preparado por Enrique Valencia Lomelí y Máximo E. Jaramillo Molina, Consultores de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, bajo la supervisión de Pablo E. Yanes, Coordinador de Investigaciones de la sede subregional de la CEPAL en México, en el marco de las actividades del proyecto de la CEPAL y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) "Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe".

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Notas explicativas:

- La coma (,) se usa para separar los decimales.
- La palabra "dólares" se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo cuando se indique lo contrario.

Publicación de las Naciones Unidas LC/TS.2023/25 LC/MEX/TS.2023/2 Distribución: L Copyright © Naciones Unidas, 2023 Todos los derechos reservados Impreso en Naciones Unidas, Santiago S.23-00158

Esta publicación debe citarse como: E. Valencia Lomelí y M. E. Jaramillo Molina, "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), 2023.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resu	ımen		7
Intro	ducc	ión	9
I.		ado del arte sobre nueva ruralidad y brechas en salud y marco teórico derecho a la salud	
II.		rco metodológico para el diagnóstico de las brechas de salud en la nueva alidad en México Estrategia general de investigación	38 39 40
III.	Bre A.	Acceso potencial a la salud en general Acceso potencial a la seguridad social Acceso potencial a la seguridad social Acceso potencial al Seguro Popular. Coeficientes de concentración del acceso potencial a la salud.	45 46 48

	В.	Acc	eso efectivo a la salud	_
		1.	Acceso efectivo a la salud en general	55
		2.	Mercantilización en la atención a los problemas de salud	56
		3.	Coeficientes de concentración del acceso efectivo a la salud	62
	C.	Acc	eso efectivo y de calidad a la salud	
		1.	Acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas	
		2.	Coeficientes de concentración del acceso efectivo y de calidad en salud	
		3.	Atención a problemas de salud con pago de servicios en instituciones públicas	
		4.	Inversión de tiempo para atender los problemas de salud	69
IV.	Res	ultac	los y propuestas de políticas	75
V.	Con	clusi	ones	8
VI.	Líne	eas d	e investigación futuras	8
	A.		eas de investigación agregadas	
	В.	Líne	eas de investigación cualitativa	89
Biblio	graf	ía		9:
	_		:ico	_
Cuad				σ,
Cuadi			Dimensiones de la garantía al derecho de la salud	2.
Cuadi			Disponibilidad de variables de información en la ENIGH, según	34
Coadi	102		disponibilidad en los distintos levantamientos de la encuesta	<i>/.</i> ·
Cuadi	ro 2		Pobreza de ingresos en la nueva ruralidad, 1992 y 2018	
Cuadi	_		México: problema de salud y atención, 2014-2018	
Gráfic	cos			J
Gráfic	^O 1		México: acceso potencial a salud, 1992-2018	۷۰.
Gráfic			México: peso de acceso potencial a salud a través de seguridad social, 1992-2018	
Gráfic			México: acceso potencial a atención salud en seguridad social, 1992-2018	
Gráfic	_		México: peso de acceso potencial a salud a través del Seguro Popular, 2008-2018	
Gráfic	•		México: acceso potencial a atención salud en Seguro Popular, 1992-2018	
Gráfic	_		México: indicadores de acceso potencial a la salud, 1992-2018	
Gráfic			México: diferencia en acceso potencial y efectivo a la salud, 2014-2018	_
Gráfic	•		México: mercantilización en atención problemas de salud, 2014-2018	
Gráfic			México (áreas urbanas y rurales): mercantilización en atención	
C4E:-			de problemas de salud: 2014-2018	58
Gráfic	0 10		México: disminución de atención de problemas de salud en instituciones públicas, 2014-2018	E۶
Gráfic	0 11		México: incremento en atención de problemas de salud	50
			en instituciones privadas, 2014-2018	50
Gráfic	0 12		México (áreas urbanas y rurales): disminución de atención	<i>J</i> .
			de problemas de salud en instituciones públicas, 2014-2018	60
Gráfic	0 13		México (áreas urbanas y rurales): incremento atención problemas	
	_		de salud en instituciones privadas, 2014-2018	60
Gráfic	0 14		México: indicadores de acceso efectivo a la salud, 2014-2018	6
Gráfic	0 15		México: acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas, 2014-2018	62
Gráfic	0 16		México: acceso efectivo y de calidad en localidades, 2014-2018	6
Gráfic	0 17		México: indicadores de acceso efectivo a la salud. 2014-2018	66

Gráfico 18	México: instituciones públicas, atención a la salud con pago	
	de servicios, 2014-2018	67
Gráfico 19	México: instituciones públicas y localidades, atención a la salud	
C 16	con pago de servicios, 2014-2018	
Gráfico 20	México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención, 2014-2018	69
Gráfico 21	México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención nacional y localidades, 2014-2018	7C
Gráfico 22	México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención	, ,
	en instituciones privadas, 2014-2018	71
Gráfico 23	México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención	
	en seguridad social, 2014-2018	71
Gráfico 24	México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención	
	en la Secretaría de Salud, 2014-2018	72
Recuadro		
Recuadro 1	Medición alternativa del acceso potencial a la salud, 2016	51
Diagrama		
Diagrama 1	Estructura de la estimación de población con acceso potencial,	
J	acceso efectivo y acceso efectivo y de calidad	42

Resumen

En este trabajo se analizan las brechas en el acceso a los servicios de salud para la población de zonas rurales (localidades menores a 15.000 habitantes) en México, desde la década de 1990 hasta 2018, en contextos de nueva ruralidad, de persistencia de alta pobreza y fuerte desigualdad, y de un régimen de bienestar dual que ha desprotegido históricamente a la mayor parte de esta población. El enfoque analítico es el derecho al más alto nivel posible de salud, con atención universal efectiva y de calidad en instituciones públicas.

Para lograr este objetivo general, se revisan las discusiones en torno a las transformaciones socioeconómicas en el ámbito rural a partir de las reformas de mercado en México y se identifica una ruralidad compleja y heterogénea. Se propone un marco metodológico para estudiar brechas de acceso a la salud en localidades rurales, con la construcción de tres indicadores de base: el acceso potencial, el acceso efectivo y el acceso efectivo y de calidad a la salud en estas localidades rurales en comparación con las urbanas.

A pesar de los avances en el acceso potencial para sectores rurales, debido en especial al Seguro Popular, se observan brechas aún muy amplias frente a la universalidad en acceso efectivo, que aumentan al tomar en cuenta la calidad en la atención de la salud. Destaca además una trayectoria de mercantilización creciente en la atención a los problemas de salud en las áreas rurales, un proceso de incremento en el pago de los servicios de salud reportados en ellas y también una mayor inversión en el tiempo para recibir la atención. Este documento se concluye con un conjunto de propuestas para superar estas brechas y líneas de investigación futuras que permitan analizar nuevas dimensiones en las brechas de acceso a la salud en las localidades rurales.

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar y cuantificar las brechas de acceso a la salud en la nueva ruralidad en México, así como en la población indígena en la nueva ruralidad. En el primer capítulo se analizan los debates, especialmente en México, acerca de la nueva ruralidad y sobre las brechas de acceso a la salud en el marco de esta nueva ruralidad. Se propone, en diálogo con la literatura revisada, un marco teórico para el desarrollo de esta investigación, centrado en el enfoque de los derechos sociales, en específico de la salud. En el segundo capítulo se presenta la propuesta metodológica para el diagnóstico de las brechas, que incluye la estrategia general y las preguntas centrales que guían la investigación, las dimensiones de análisis, las fuentes fundamentales, las variables y los indicadores por construir.

La definición de la ruralidad ha propiciado grandes debates académicos y de política pública. No hay un acuerdo acerca de lo que debe considerarse como población rural, generalmente en oposición a la población urbana (Unikel, 1973; OCDE, 2007; Dirven y Candia, 2020). Los desacuerdos no son nuevos: Unikel (1973, pág. 378) escribía a inicio de los años setenta que "hasta la fecha distinguidos estudiosos del tema no se han puesto de acuerdo sobre cuáles son los rasgos característicos de una comunidad urbana y una rural" y recientemente Gaudin (2019, pág. 8) afirma que "existe una gran diversidad de consideraciones sobre la ruralidad y, por lo tanto, no hay una definición única y consensuada".

Para mostrar estas discrepancias baste con ver sintéticamente algunos ejemplos sobre indicadores de la ruralidad. Las divergencias son muy extendidas globalmente; en 2018, la División de Población de las Naciones Unidas encontró que para distinguir las poblaciones urbanas de las rurales, 37 países utilizan la cantidad de población o la densidad, y 108 combinan estas características poblacionales con otros criterios (Dirven y Candia, 2020). En América Latina se utilizan siete tipos de definiciones que incluyen criterios como cantidad de población, carencias, definiciones legales y actividades de los ocupados, entre otros (Dirven y Candia, 2020).

En México el criterio actual dominante en la estadística oficial parte de un criterio poblacional (rurales son las localidades menores de 2.500 habitantes¹), pero no siempre ha sido el mismo. En el informe de OCDE Rural Policy Reviews México (2007) se encontraron al menos tres diferentes criterios de ruralidad entre el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SAGARPA) y la Secretaría de Desarrollo Social (OCDE, 2007). En una revisión histórica, Unikel (1973) señalaba que en los censos en México se utilizó el límite de menos de 4.000 habitantes en 1910, de menos de 2.000 en 1921 y de menos de 2.500 en 1930, criterio que se mantenía hasta la publicación del autor. De acuerdo con Unikel (1973), la clasificación de población obtenida en el Centro de Estudios Económicos y Demográficos de El Colegio de México definía como rural a las localidades con menos de 5.000 habitantes y mixta-rural a aquellas entre 5.000 y 9.999 habitantes.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las categorías más frecuentes utilizadas en México en los medios académicos y de políticas públicas son rural disperso (menos de 2.500 habitantes), rural semiurbano (entre 2.500 y 15.000), urbano intermedio (entre 15.000 y 100.000) y urbano o urbano metropolitano (más de 100.000). En cambio, en el mismo informe, la OCDE propone como predominantemente rural al territorio que incluye las categorías de rural disperso y rural semiurbano, es decir, engloba en su propuesta a las localidades de hasta 15.000 habitantes (OCDE, 2007). No hay, en síntesis, un acuerdo, lo que en gran parte se debe a que "lo rural no abarca algo homogéneo" (Gaudin, 2019, pág. 8) y se ha transformado a lo largo del tiempo.

Así como ha habido discusión acerca de los criterios para definir los espacios rurales, se ha intensificado el debate académico en torno a la ruralidad, sobre todo desde los años noventa, después de las reformas de mercado en América Latina. En especial desde la antropología, la economía, la ciencia política, la geografía y la sociología, se intenta profundizar en las dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales y medioambientales de los territorios considerados como rurales. Se cuestiona la vieja manera de concebir lo rural simplemente como sinónimo de agrícola (Gaudin, 2019), o únicamente como "perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores" (RAE, 2021) o que la vida en el campo fundamentalmente se "organiza en torno a la actividad agrícola" (Carton de Grammont, 2004, pág. 290).

A fin de cuentas se disputa con un trasfondo de supuesta homogeneidad la manera de concebir al mundo rural (Arias, 2002; Kay, 2009; Gaudin, 2019). De la misma manera, se cuestiona una dicotomía campo-ciudad simplista entre pueblos tradicionales agrícolas y la gran ciudad, que impide analizar procesos espaciales y sociales más complejos (Arias, 2002) y que en algunos casos reduce lo rural a lo remanente frente a lo urbano, a "lo que es despoblado, agrícola, atrasado, arcaico y subdesarrollado" (Gaudin, 2019, pág. 16).

Las transformaciones socioeconómicas y demográficas del mundo rural tienen larga data, pero especialmente desde los años de inicio de los ajustes estructurales en América Latina se empezó a hablar de una nueva ruralidad. Esta conceptualización está lejos del consenso y se han utilizado diversas miradas para referirse a ella, en una muy amplia literatura. Existen ya múltiples caracterizaciones de estos enfoques, entre los que resaltan algunos en orden cronológico. Carton de Grammont (2004, págs. 282-283) se refiere a un primer enfoque "societal", que estudia las "transformaciones [rurales] económicas, sociales y políticas", y un segundo, "de la economía política y las políticas públicas", que se dirige a las políticas públicas necesarias para enfrentar las nuevas problemáticas rurales y "fomentar un desarrollo equitativo".

En la página web del INEGI (2021) en México se define como población rural a la que cuenta con menos de 2.500 habitantes.

Kay (2009) también resalta las perspectivas que se dirigen, por una parte, a las transformaciones rurales y, por otra, a visiones normativas que reconsideran lo que debería ser el desarrollo rural; entre estas visiones normativas distingue el enfoque reformista², el comunitario³ y el territorial⁴. Más recientemente, Gaudin (2019) sintetiza los debates en torno a cinco enfoques: brechas y rezagos⁵, demográfico⁶, funcional७, continuo rural-urbano a través de gradientes³ y territorial9. En resumen, con estos enfoques se subrayan las complejas transformaciones socioeconómicas, sociopolíticas y poblacionales del mundo rural, se debate sobre las posibilidades de un nuevo desarrollo rural, los vínculos dinámicos con el mundo urbano, las limitaciones (o brechas) que impiden el desarrollo rural y las potencialidades de los actores rurales (movimientos sociales) en la construcción de territorios dinámicos.

Ante tal diversidad de enfoques, no es tarea sencilla intentar sintetizar los elementos del concepto de nueva ruralidad; sin embargo, es posible proponer un conjunto básico de estos elementos. En el marco de las reformas de mercado y las transformaciones heterogéneas de los capitalismos, la nueva ruralidad incluye al menos las siguientes características:

- diversificación de actividades económicas, con importancia creciente de las actividades no agrícolas y disminución del peso de la agricultura en los ingresos de los hogares;
- nuevas dinámicas en las relaciones rural-urbano;
- persistencia o reconfiguración de brechas y rezagos;
- cambios poblacionales relevantes, como migraciones diversas;
- heterogeneidad de configuraciones territoriales;
- urgencia de nuevos marcos de desarrollo rural.

Gaudin (2019) añade otras características como la preocupación creciente por cuidar el medio ambiente y los cambios de los *modus operandi* tradicionales del Estado en las áreas rurales. En este documento se revisarán algunas de estas dimensiones en el debate sobre la nueva ruralidad en México. Lo que resalta de la revisión del estado del arte es la complejidad de la nueva ruralidad, en aspectos económicos, sociales, culturales y demográficos. Frente a la visión tradicional de lo rural como homogéneo o más simple paulatinamente surge un enfoque de la complejidad en el mundo rural,

² Que propone diversas recomendaciones de política pública que "buscan aminorar las consecuencias negativas así como incrementar las oportunidades de la globalización neoliberal" (Kay, 2009, pág. 621).

Que postula una alternativa comunitaria en el mundo rural a partir fundamentalmente de tres principios, de acuerdo con David Barkin: "autonomía, autosuficiencia y diversificación productiva" (Kay, 2009, pág. 626).

⁴ Que analiza los nexos entre movimientos sociales rurales y desarrollo rural territorial, y "tiene la ventaja de facilitar el análisis de los movimientos sociales, en especial aquellos encabezados por los indígenas, quienes aspiran a lograr más derechos y control de un cierto espacio geográfico" (Kay, 2009, págs. 631 y 632).

⁵ "El enfoque de brechas consiste en definir lo rural a partir de los obstáculos, rezagos y cuellos de botella de largo plazo que lo caracterizan y que impiden su desarrollo. Este enfoque considera dichas brechas como un elemento constitutivo de lo rural, caracterizando los espacios y poblaciones rurales por su baja productividad, su pobreza, su marginación y su vulnerabilidad" (Gaudin, 2019, pág. 24). Utiliza el autor especialmente textos de la CEPAL acerca de estas brechas.

⁶ Se trata de una perspectiva poblacional y demográfica, en el que "lo rural se caracteriza por una baja densidad de población, así como la dispersión de sus habitantes" (Gaudin, 2019, pág. 24).

Caracteriza lo rural "a través de sus funciones económicas, sociales, ecológicas y culturales, entre otras, en la sociedad en su conjunto", y otorga un papel central aunque no exclusivo a la producción agrícola; incorpora "una diversidad productiva y funcional del campo" (Gaudin, 2019, pág. 24).

Retoma una antigua (1929) conceptualización del "continuo rural-urbano" de Sorokin y Zimmerman, para identificar "el propósito de superar la dualidad rural-urbano"; en este enfoque, geógrafos proponen conceptos intermedios como lo "periurbano", lo "suburbano", lo "rurubano" y la "periferia cercana" a los centros urbanos (Gaudin, 2019, págs. 25 y 26).

Es una aproximación sistémica y multidisciplinaria "de todas las dimensiones y fenómenos sociales, culturales y económicos que constituyen y dan identidad a un territorio", que incorpora las luchas sociales y la visión del territorio como construcción social; de acuerdo al autor, esta mirada "abre espacios de análisis y diseño de políticas de desarrollo rural más eficaces, dado que toma en cuenta y pretende actuar sobre la totalidad de los fenómenos sociales que ocurren en los territorios", y rompe con la dualidad rural-urbana (Gaudin, 2019, págs. 28 y 29).

especialmente en el contexto de las reformas económicas de mercado. Este trasfondo permite plantear una investigación que tome como punto de partida esta complejidad y que trate de dar cuenta de ella en la estrategia metodológica construida.

Además, en los debates sobre políticas sociales, políticas de salud, pobreza y desigualdad, desarrollados con más fuerza a partir de los años dos mil, se han incluido en especial el acceso a las instituciones de salud de las poblaciones rurales (entendidas generalmente como las localidades con menos de 2.500 habitantes) y de las poblaciones indígenas. En particular a partir de las discusiones sobre las mediciones de la pobreza, la incorporación de las carencias en la medición multidimensional de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en sus diferentes entregas y la reforma de salud de 2003 que incluyó la creación del Seguro Popular y una importante cobertura del mismo en las zonas rurales, se fueron generando estudios sobre brechas de salud, con dominio del diagnóstico sobre brechas en el acceso a instituciones de salud.

A partir de este primer abordaje (en algunos momentos optimista con respecto al cierre de brechas por la creciente cobertura de afiliación en el Seguro Popular en zonas rurales y en medios indígenas) se fue pasando a un debate (actualmente en desarrollo) sobre acceso potencial, acceso efectivo y brechas en un marco del derecho a la salud. Con este trabajo se pretende aportar a este debate al incorporar la complejidad de la nueva ruralidad y las brechas de salud para localidades rurales (en un sentido más amplio, con localidades hasta 14.999 habitantes) y población indígena al interior de estas comunidades.

I. Estado del arte sobre nueva ruralidad y brechas en salud y marco teórico del derecho a la salud

Para construir una estrategia metodológica adecuada y situada en los debates sobre la nueva ruralidad y las brechas de acceso de salud en zonas rurales y población indígena, se consideró pertinente revisar la literatura mexicana sobre estas temáticas. No se pretendió una revisión exhaustiva sino acotada a textos considerados relevantes, que dieran cuenta de debates generales; en algunos casos, se decidió incluir casos específicos como ejemplo de la complejidad y heterogeneidad de los nuevos fenómenos rurales y de los hallazgos recientes en torno a brechas de salud y ruralidad.

A. Estado del arte: la nueva ruralidad y el acceso a los servicios de salud

1. Reformas de mercado y nueva ruralidad

Las transformaciones mayores de las sociedades rurales en América Latina se produjeron en el contexto de los profundos cambios de la estrategia de desarrollo centrada en el mercado interno, con impulso de la industrialización por sustitución de las importaciones, con gran presencia del Estado y que fue transitando de manera diferenciada hacia una estrategia de desarrollo de industrialización orientada a las exportaciones, con mayor presencia de los mercados (Kay, 2009). La economía política se transforma y el lugar que ocupaban el mundo rural y la agricultura en una economía articulada en torno al mercado interno se va modificando con nuevos actores, nuevas políticas públicas, nuevas reglas y actividades. Las nuevas políticas incluyen desregulaciones, apertura económica, privatizaciones, retiro del Estado con menores subsidios al campo y menor presencia en la comercialización; se trata de impulsar al sector privado nacional y extranjero como nuevo actor central y dinamizador de la economía rural (Teubal, 2001). La apertura comercial, la búsqueda de competitividad nacional e internacional y el foco en la promoción de las exportaciones modificaron la vida rural.

Estas políticas neoliberales impactaron notablemente la agricultura de modo heterogéneo, de tal manera que algunos hablan por una parte de agricultura posfordista¹º y agricultura flexible¹¹ (Carton de Grammont, 2004) y otros hablan de regiones (por ejemplo en el Brasil) en las que la población rural "vive como en el siglo pasado" (Siqueira y Osorio, 2001, pág. 76). Algunos analizan el dominio y presencia en el campo de grandes corporativos trasnacionales agroindustriales que "dominan el mercado mundial de diversos tipos de insumos (—semillas, fertilizantes y pesticidas— que venden a los productores agropecuarios de todo el mundo" (Teubal, 2001, pág. 52), y otros de la gran importancia proporcional de los "campesinos de subsistencia (a menudo indígenas)" que viven (por ejemplo en México) aún de la agricultura de subsistencia y de las posibilidades laborales locales, con reducidos ingresos (Davis, 2000, pág. 104).

La OCDE (2007) habla de la ruralidad pobre que coexiste con la ruralidad de agricultura intensiva y Kay (2009) insiste en que la pobreza y desigualdad de la vieja ruralidad sobreviven en la nueva ruralidad. En este contexto, puede advertirse una tendencia hacia la terciarización de lo rural (Pérez, 2001). Si el mundo rural tradicional no fue representado por la homogeneidad, la nueva ruralidad manifiesta heterogeneidad, polarización y dinámicas socioeconómicas, sociopolíticas, culturales y medioambientales emergentes.

2. Nueva ruralidad en México: dinámicas emergentes

Estas nuevas dinámicas han sido objeto de estudio en las ciencias sociales mexicanas en las últimas tres décadas, desde los años en que los ajustes estructurales en la economía en general y en el espacio de la agricultura empezaron a vivirse. Los estudios desde la antropología, la sociología y la economía han sido especialmente relevantes, con múltiples publicaciones. Algunas de las nuevas dinámicas pueden sintetizarse como las modificaciones de las políticas económicas y sociales dirigidas hacia el campo, la reducción del peso de la población rural y de las actividades agrícolas, la diversificación de las actividades económicas, de empleo y de ingresos familiares en los espacios rurales, la diversificación de los fenómenos migratorios y la generación de nuevas relaciones entre espacios rurales y urbanos, además de otras dinámicas emergentes como el surgimiento de feminización del empleo rural en algunas regiones.

La economía mexicana vivió un largo proceso de reformas estructurales después de la crisis de la deuda en 1982. Las reformas fueron profundas y variadas, e incluyeron reformas del Estado, comercial, financiera, monetaria, energética y laboral, además de desregulaciones, intensas privatizaciones y cambios en las políticas sociales, entre otras reformas (Moreno-Brid y Ros, 2010; Valencia, 2020). Las reformas de mercado fueron impulsadas por una coalición tecnopolítica, con fuerte raigambre en el mundo empresarial y sólidas relaciones con sectores económicos y financieros internacionales, que irrumpió con poderío en el Estado a partir de la década de 1980 (Salas-Porras, 2014; Valencia, 2018). En este complejo reformista también fue incluida la reforma del sector agropecuario, que incluyó diversas dimensiones. "El objetivo declarado de las reformas era fomentar un sector agrícola modernizado y eficiente. Se esperaba que los agricultores incapaces de competir abandonaran la producción agrícola" (Davis, 2000, pág. 103). Los supuestos eran que con los ajustes habría más inversiones en el sector agropecuario y este incrementaría su eficiencia y producción (Calva, 2004).

El paquete fue muy amplio en la reforma agrícola (sobre todo impulsado desde el gobierno de Carlos Salinas de Gortari) y puede sintetizarse de la siguiente manera: reforma del régimen de propiedad con la modificación del artículo 27 de la Constitución, que permite privatizar parcelas ejidales y rentar las tierras comunales, liberalizar el comercio e incorporar el sector agropecuario en el Tratado

Supone "flexibilidad" de la producción, dirigida al mercado global, con usos de tecnologías sofisticadas en el sector agroexportador hortofrutícola, utilización de mano de obra migrante temporal y adaptación "a las condiciones cambiantes del mercado" (Carton de Grammont, 2009, págs. 291-292).

Emarca la "la combinación entre la flexibilidad productiva y el uso del trabajo precario" (Carton de Grammont, 2009, pág. 292).

de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), disminuir y en algunos casos eliminar los subsidios a la producción agrícola, reducir o eliminar la asistencia técnica al campo, eliminar cajones de crédito para el sector agrícola, cancelar de manera paulatina los precios de garantía para productos básicos hasta su eliminación en 1999 y reducir y cambiar los apoyos públicos para la comercialización en el campo, lo que incluyó la desaparición de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) (Davis, 2000; Calva, 2004; Gordillo y Wagner, 2005; Moreno-Brid y Ros, 2010).

La política social también pasó por reformas en el largo período de ajustes estructurales (Barba y Valencia, 2013). Desde el proceso de industrialización por substitución de importaciones, el sistema de protección social estaba centrado en la incorporación a la seguridad social a través del empleo formal, con enfoque bismarckiano; solo una proporción limitada de la población estaba incorporada a la seguridad social se trataba principalmente de población urbana. Las políticas sociales hacia el sector rural eran sobre todo asistencia social limitada (Valencia y Jaramillo, 2019). Además de las instituciones de seguridad social, se impulsaron políticas alimentarias de subsidios a productos básicos, que se consolidaron con la creación de la CONASUPO en 1961; sin embargo, de acuerdo con Ordóñez (2002), los beneficiarios fundamentales de estos subsidios se encontraban en las ciudades).

A partir de los años setenta, ante las limitaciones de estas políticas distintos gobiernos ensayaron programas dirigidos al sector rural, como el Programa de Inversiones Públicas en el Desarrollo Rural (PIDER) en 1973, en el gobierno de Luis Echeverría Álvarez; la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1977 y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) en 1980, en el gobierno de José López Portillo. Además, el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) en 1989 buscaba enfrentar la pobreza rural y urbana, durante el gobierno de Carlos Salinas (Ordóñez, 2002). En general, se trató de programas de corta duración que permitieron ampliar solo precariamente el sistema de protección social en el marco del régimen de bienestar dual (Valencia y Jaramillo, 2019).

En los años noventa se promovieron cambios relevantes en las políticas sociales: por una parte, con el inicio de la privatización del sistema de pensiones y, por otra, con la generación de paquetes básicos de amplia cobertura, ya sea con programas focalizados de transferencias monetarias condicionadas o con servicios de salud limitados; las localidades rurales fueron incluidas de manera relevante en esta amplia cobertura. El sistema de protección social incorporó así, además de la seguridad social, este conjunto de paquetes básicos. Los subsidios alimenticios prácticamente desaparecieron y solo sobrevivió un programa de subsidio a la leche, Liconsa (inicialmente llamada Leche Industrializada CONASUPO en 1972, que cambia a Liconsa en 1994).

Con la creación en 1997 del Programa Progresa, un paquete básico de transferencias monetarias y servicios mínimos, se inaugura un acercamiento focalizado de las políticas frente a la pobreza en el gobierno de Ernesto Zedillo, que después será nombrado Oportunidades (en el gobierno de Vicente Fox) y Prospera (en el gobierno de Enrique Peña). Inicialmente se trató de un programa focalizado en especial a comunidades rurales y después, a partir de su nombramiento como Oportunidades, se fue ampliando de forma paulatina a las ciudades. Otro paquete básico destacable fue el programa federal de la Pensión para Adultos Mayores, generado después de implementar diversos programas estatales y federales¹², con una transferencia muy reducida y servicios mínimos (Valencia y Jaramillo, 2019). Previamente, en 1993, se había generado el Programa de Apoyos Directos al Campo (PROCAMPO), mecanismo de transferencias a los productores agrícolas, como medida compensatoria ante la firma del TLCAN (Calva, 2004; Moreno-Brid y Ros, 2010). Dirigido especialmente a las personas sin acceso a la

Dos antecedentes de este programa fueron, por una parte, la Ley de Pensión Alimentaria del Distrito Federal, en 2003 —en un principio para personas mayores de 70 años y con una pensión equivalente a medio salario mínimo mensual— y, por otra, el programa Setenta y Más, iniciado en 2007 para localidades rurales. De acuerdo con Yanes (2011), este último programa surgió por movilizaciones campesinas que exigían una pensión rural.

seguridad social en salud, se creó en 2003 el Seguro Popular, en el gobierno de Vicente Fox. Este Seguro logró alcanzar paulatinamente una cobertura muy amplia, con un paquete de servicios de salud reducidos (Valencia y Jaramillo, 2019). Así, se generaron un conjunto de alternativas en el sistema de protección social, que aquí se denominarán instituciones públicas de protección social de contribución indirecta (IPPS-CI)¹³.

En medio de estas transformaciones económicas y políticas, se mantuvo la tendencia a la reducción de la población rural (con el indicador oficial de poblaciones menores de 2.500 habitantes) en cuanto a la población total. El crecimiento poblacional del siglo XX fue en las zonas urbanas (Gordillo y Wagner, 2005). La nueva ruralidad habría así confirmado esta tendencia decreciente rural. De representar en 1950 el 57% de la población total, la población rural fue disminuyendo hasta llegar al 29% en 1990, en las primeras etapas de los ajustes estructurales. La cifra se siguió reduciendo y llegó al 25% en 2000, al 22% en 2010 y al 21% en 2020 (Moreno-Brid y Ros, 2010; INEGI, 2021). Aunque en reducción proporcional, la población rural sigue siendo importante y en términos absolutos no ha dejado de crecer desde inicios del siglo XX (de 9,8 millones en 1921 creció hasta 22,5 millones en 1980 y 24,7 millones en 2000) (Carton de Grammont, 2009).

De acuerdo con Carton de Grammont (2009), en México la estructura poblacional se estabiliza en 80% urbana y 20% rural, como ha sucedido en el resto de América Latina. Este autor resalta la importancia de este proceso, a diferencia de otras sociedades en las que se reduce aún más el peso de la población rural. Con otro indicador más amplio, de acuerdo con la OCDE (2007, pág. 37), México es el país de esta Organización con la mayor cantidad de población en áreas "predominantemente rurales": en 2005, 37,3 millones de personas, es decir, el 36,2% de la población total (en localidades de hasta 15.000 habitantes) y con 24 millones de personas en áreas rurales dispersas (con menos de 2.500 habitantes).

En el siglo XX e inicios del XXI, además, el peso de la producción agrícola fue descendiendo constantemente: del 24% del producto interno bruto (PIB) en 1910 bajó a entre el 7% y el 8% en 1981, a punto de iniciar las reformas estructurales, hasta caer al 5,4% en 2007 (Moreno-Brid y Ros, 2010). Asimismo, en el período de las reformas estructurales el empleo en el sector agrícola fue perdiendo peso y de representar el 26,8% en 1991 disminuyó hasta el 13% en 2018 (Valencia, 2020)¹⁴. Estas características poblacionales y estructurales (reducción del peso de la población rural, mantenimiento de un porcentaje aún significativo de población en áreas rurales, caída de la importancia económica del sector agrícola y del empleo agrícola) son la base del fenómeno destacado en la literatura de la nueva ruralidad acerca del crecimiento de la economía rural no agrícola (Gaudin, 2019), de la aceptación en la antropología social desde inicios de los noventa de que "la agricultura había dejado de ser una actividad capaz de garantizar el empleo y la sobrevivencia rurales" (Arias, 2002, pág. 369).

Lo acreditado en los debates sobre la nueva ruralidad es que la producción agrícola no solo pierde peso en la economía en general, sino que en las mismas zonas rurales se experimenta una diversificación de actividades económicas que va más allá de la agricultura (Torres-Mazuera, 2008; Arias, 2009; Kay, 2009¹⁵; Salas y González, 2013; Mora, 2018; Gaudin, 2019; Rivera, 2019; Escobar, 2020; Lorenzen, 2021). En este marco, Arias (1992) resaltaba desde inicios de la década de 1990 que la antropología de los años setenta construyó en México un supuesto básico de complementariedad de los ingresos de los hogares

No se sigue la denominación de "instituciones de protección social no contributiva", por su carácter peyorativo en el sentido de que están dirigidas a personas que supuestamente no aportan. Las IPPS-CI son financiadas con impuestos generales y se supone que todas las personas contribuyen con diversos impuestos, sean sobre la renta, al valor agregado, prediales y otros. Así, se sugiere caracterizar la denominación de instituciones públicas de protección social de contribución indirecta. Se agradece a Pablo Yanes esta propuesta

Véase la disminución del peso en la PEA del sector primario en el siglo XX e inicios del XXI: del 68% en 1910 cayó hasta el 36,5% en los años previos a los ajustes estructurales y llegó a únicamente al 13,6% en 2007 (Moreno-Brid y Ros, 2010).

²⁵ Véanse los debates con la literatura de la nueva ruralidad con respecto a este aspecto de la pluriactividad en Kay (2009 y 2015).

campesinos "para cubrir el déficit entre la producción agrícola de autoabasto y las necesidades familiares de consumo" (pág. 231), y que investigadores como Palerm y Warman habían concluido que "la ruptura del autoabasto que suscitaba el capitalismo en la economía campesina había obligado a los campesinos a buscar diversos ingresos complementarios" (pág. 231). De acuerdo con la autora, la evidencia en investigaciones antropológicas mostraba ya en los años noventa que en algunas regiones la agricultura ya no es (ni era en algunos casos) la principal actividad económica e incluso ha pasado a ser la actividad complementaria¹⁶.

El trabajo asalariado, para la corriente campesinista, era "una actividad temporal que formaba parte de las estrategias de sobrevivencia campesina" (Durand, 1994, pág. 43). Frente a la idea de homogeneidad agrícola en el campo surge con fuerza la propuesta analítica de la "diversificación rural" (Arias, 1992, pág. 237). Así, "la familia, por más campesina que sea o se le quiera ver, vive de una multiplicidad de empleos variados e ingresos cambiantes donde la agricultura es una de las actividades contribuyentes, si acaso, a la sobrevivencia familiar rural" (Arias, 2002, pág. 370). Ya lo había advertido el historiador Luis González (1989) con referencia al caso de San José de Gracia, Michoacán: "El número de personas inmersas en labores agropecuarias ha disminuido, pero han aumentado notablemente los obreros, los choferes, los vendedores de comida y de diversos artículos para el hogar".

Incluso Carton de Grammont (2009) habla de "desagrarización" del campo mexicano y de generalización de la pluriactividad en los hogares campesinos: desagrarización en el sentido de menor contribución agrícola al ingreso de los hogares rurales debido sobre todo al "impresionante crecimiento de los ingresos no agrícolas en los hogares rurales" (pág. 15); pluriactividad en el sentido de multiplicación de labores fuera de la agricultura, como el comercio, el trabajo asalariado y el desempeño de oficios, de manera que "en 1992, 11% de los hogares campesinos no tenían actividades fuera del predio, en 2004 esta proporción se ha reducido a 1,7%" (Carton de Grammont, 2009, pág. 39). Con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1992 y 2004, este mismo investigador concluye que en esos años el ingreso agropecuario monetario y autoconsumo cayó del 36% al 10% del ingreso total rural y, en sentido contrario, el ingreso por salarios en dinero y especie aumentó del 41% al 56%, además de que los ingresos de actividades propias no agropecuarias también se incrementaron del 8% al 14% y los de subsidios del 0% al 6%, y los de remesas del 5% al 9% (Carton de Grammont, 2009).

A fin de cuentas, la pluriactividad tendría como centro, en términos agregados, las actividades asalariadas en los hogares rurales. "Se puede decir que el campo mexicano del siglo XX fue agrario; sin embargo, en el siglo XXI será fundamentalmente asalariado" (Carton de Grammont, 2009, pág. 43)¹⁷. No obstante, este acceso al trabajo asalariado no implica en general la cobertura de seguridad social, sino más bien la prevalencia de actividades informales (OCDE, 2007). Ahora bien, en investigaciones más recientes se destaca la incorporación a la seguridad social de trabajadores asalariados (una porción creciente de ellos migrantes). Los resultados de una encuesta levantada a 3.065 trabajadores de plantaciones de productos de exportación en seis estados (Guanajuato, Michoacán, Jalisco, San Luis Potosí, Sinaloa y Baja California) señalan que la mayoría (94%) contaba con incorporación a la seguridad social (al Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) (Escobar, Martin y Stabridis, 2019).

Esta diversificación de actividades o pluriactividad de los hogares rurales en México se experimenta de maneras heterogéneas en las localidades y regiones (González, 1989; Arias, 1992, 1997, 2002 y 2009; Appendini y Verduzco, 2002; Salas y González, 2013; Mora, 2018; Lorenzen, 2021). Se

¹⁶ Barkin (2001) subraya que históricamente las comunidades rurales han sido de administradores de sistemas complejos de recursos y que se ha menospreciado este carácter multifacético de los sistemas locales de producción tradicional.

¹⁷ Como el mismo autor lo señala y otros autores concluyen, la pluriactividad no elimina las actividades agrícolas —o la presencia del campesinado— ni implica la generalización uniforme de estas actividades asalariadas.

generan diversas configuraciones socioeconómicas y demográficas¹⁸, distintos vínculos entre campo y ciudad¹⁹, trayectorias migratorias divergentes (Durand, 1994) y nuevas estructuras del empleo como muestra de la complejidad de la nueva ruralidad (OCDE, 2007).

Varios estudios de caso muestran esta heterogeneidad²⁰. Arias (2009) sintetiza la diversificación no agrícola en la etapa de la manufactura rural entre 1980 y 2000, y muestra diversos ejemplos regionales y una nueva etapa de maquila de gran escala en la década de 2000, con varios casos regionales. Lorenzen (2021) estudió los nueve municipios de la Mixteca Alta de Oaxaca a los que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) reconoció como geoparque mundial y constató que se vivió un despoblamiento en estos municipios, sobre todo entre 1950 y 1990, para después estabilizarse relativamente con altas y bajas (aunque con diversidad municipal).

Asimismo, Lorenzen (2021) mostró la transformación estructural del empleo en las economías de estos municipios, que entre 1950 y 1990 dependían en dos terceras partes o más de sus ocupaciones en las actividades del sector primario y apenas en una tercera parte o menos de los sectores secundario y terciario, y en los que a partir de 2000 el sector terciario se acercó a una cuarta parte para llegar a ser una actividad relevante en 2015 (42%), mientras que el sector primario descendía hasta el 41,9% y el sector industrial permanecía relativamente estable hasta situarse en el 16,2% en 2015. Se dio así un proceso de terciarización, por ejemplo, en el conjunto de estos municipios de la Mixteca Alta (aunque de nuevo con diversidades municipales, en algunas con terciarización más pronunciada que otras). El autor concluyó que el freno al despoblamiento de la vieja ruralidad se debe a esta terciarización, además de la "movilidad pendular diaria": "la idea de que la terciarización y la movilidad pendular diaria puedan retener a la población en sus lugares de origen representa un tema que no ha recibido la debida atención en la literatura de la nueva ruralidad latinoamericana" (Lorenzen, 2021, pág. 23).

Salas y González (2013) también encuentran esta terciarización en el municipio de Natitivas, Tlaxcala. Así, la población económicamente activa (PEA) transitó del 29,2% en el sector terciario en 1980 al 43,5% en 2010, con la concomitante reducción del peso del sector primario que pasó del 60,9% al 30,8%, respectivamente. De la misma manera, Appendini y Torres-Mazuera (2008) señalan la preponderancia de las actividades terciarias como fuente de ingreso de los hogares rurales en las localidades que estudiaron a partir de 2001 en el Estado de México, Querétaro y Morelos.

Mora (2018) ha estudiado las localidades indígenas nahuas de Xolotla y otomíes de San Pablito, del municipio de Pahuatlán, en la huasteca poblana, minifundistas con propiedad privada, y encontró que ya no sobreviven solo de la agricultura sino con múltiples fuentes de ingresos. Concluyó que los otomíes y nahuas "subsisten social y culturalmente gracias a una pluralidad de actividades: la pluriactividad en la que puede distinguirse la movilidad laboral, el comercio artesanal, la floricultura, los oficios libres, además de los apoyos gubernamentales y, recientemente, el turismo cultural" (pág. 130). La producción y comercio artesanal son importantes especialmente entre los otomíes de San Pablito, que producen artesanías de chaquira, papel amate y blusas.

¹⁸ Carton de Grammont (2009, pág. 27) construye en su estudio dos grandes caracterizaciones de hogares en el campo: los hogares campesinos que "tienen actividades agropecuarias mercantiles (además del autoconsumo) y además tienen actividades fuera del predio familiar, son unidades económicas campesinas pluriactivas" y los hogares no campesinos que no cuentan con estas actividades agropecuarias mercantiles y los caracteriza como unidades familiares rurales.

Sobre estas nuevas dinámicas puede verse el estudio de caso de Cerón (2015).

²⁰ Existen muy numerosos estudios de caso pero se presentan solo algunos ejemplos. Véase por ejemplo la obra coordinada por Appendini y Torres-Mazuera (2008). Para una visión más amplia sobre procesos migratorios a partir de los años setenta, véase el recuento y listado de Durand (1994).

Con información de los censos de 1970 y 2000, para Carton de Grammont (2009) la terciarización es evidente en las poblaciones entre 2.500 y 9.999 habitantes (42,7% de la PEA) y no tanto en la rural (menos de 2.500 habitantes, con el 22,2% de la PEA en el sector terciario y aun el 55,7% en el primario). Sin embargo, señala los profundos cambios ocupacionales en el sector rural entre 1970 y 2000:

"Todavía en 1970 se podía considerar que la población rural se asimilaba esencialmente a la agricultura, ya que el 76,9% de su población económicamente activa trabajaba en el sector primario, y solo el 9,1% en el secundario y 8,9% en el terciario... Podemos decir, como parecería obvio, que en el campo vivían campesinos. Hoy, la situación cambió totalmente: cerca de la mitad de la población económicamente activa en el campo trabaja en el sector secundario y terciario" (Carton de Grammont, 2009, pág. 23).

La OCDE (2007) constata esta terciarización del empleo, para el año 2000, en las zonas predominantemente rurales (hasta 15.000 habitantes), con el 44% de la población ocupada en el sector terciario y solo el 30% en el primario y ya el 26% en el secundario, tendencia de terciarización menor en las áreas rurales (37% en el sector terciario, 20% en el secundario y aún 43% en el primario).

A estas transformaciones ocupacionales en la nueva ruralidad habrá que añadir en la discusión la feminización especialmente en las ocupaciones no agrícolas de los hogares rurales en América Latina (Carton de Grammont, 2004; Kay, 2009), tal como se constata en algunos estudios etnográficos sobre México. Arias (1992) señalaba que la etnografía en los años setenta suponía que los quehaceres femeninos eran una ayuda familiar. Sin embargo,

"una de las claves del éxito de la diversificación rural ha sido su capacidad para generar una nueva fuerza de trabajo en el medio rural: la de la mujer, es decir, para convertir en mano de obra a la mujer del campo y las pequeñas ciudades" (Arias, 1992, págs. 237-238).

La autora calificaba como proceso crucial la tendencia a la feminización del mercado de trabajo en ciertas regiones rurales a partir de sus estudios de varias microrregiones como San Francisco del Rincón, Guanajuato, con la manufactura; La Piedad, Michoacán, con la porcicultura e Irapuato, Guanajuato, con la manufactura y la agroindustria. Más tarde, escribió:

"Desde entonces [1980], las hemos visto, cada vez más, como jornaleras en los campos de agricultura moderna y las plantas procesadoras de flores, frutas, hortalizas de los estados del norte y centro del país, como jornaleras y obreras en los viveros de plantas y flores que han proliferado en ciertas microrregiones de los estados del centro-occidente; como operarias en las granjas de puercos, pollos y gallinas de Puebla, Guanajuato y Jalisco; las vemos, aunque cada vez menos, como obreras y trabajadoras a domicilio en los talleres y fábricas de artículos de consumo básico que prosperaron en las décadas de 1980-2000 en los estados del centro, el occidente y el sur del país; las encontramos, cada vez más, en las grandes maquiladoras que se han instalado en el campo" (Arias, 2009, pág. 23).

Muchos de estos trabajos implican relaciones laborales flexibles y precarias, sin acceso a la seguridad social.

Si bien se discute la feminización de las ocupaciones no agrícolas en los hogares rurales, en estos se cuenta con una larga tradición de empleo asalariado femenino como trabajadoras del hogar, generalmente migrantes a las ciudades. Es una larga historia desde la época colonial (STPS, 2016) y el siglo XIX (Bailón, 2012). Algunas etnografías recientes muestran también la importancia de este empleo. Por ejemplo, Lorenzen (2021) destaca cómo la construcción de la carretera Panamericana favoreció en los años cuarenta la migración de mujeres de la Mixteca Alta a las ciudades de Puebla, Veracruz y México. Arias (2009) resalta la migración de mujeres de comunidades de Guanajuato en la década de 1960 para emplearse en el servicio doméstico en la Ciudad de México. Adler (1993), en su trabajo de campo de inicios de los años setenta, encuentra

en la Cerrada del Cóndor en la Ciudad de México que un gran porcentaje (70%) de los jefes de familia y cónyuges son migrantes de origen rural y que la "mayor parte de las unidades domésticas encabezadas por mujeres se mantiene mediante el servicio doméstico" (pág. 76).

Esta tradición se ha renovado en la década de 2000, como en el caso de las mujeres indígenas migrantes de Hidalgo a Guadalajara o de otras regiones a Tijuana (Arias, 2009). Efectivamente, el empleo como trabajadoras del hogar se ha mantenido como una de las principales ocupaciones de las mujeres. Así, en el segundo trimestre de 1998 esta ocupación era la cuarta en importancia solo después de la ocupación como comerciantes, obreras y oficinistas, con 1,6 millones de trabajadoras domésticas, que representan el 12,2% de la ocupación femenina total²¹. Para el primer trimestre de 2018, Bensusán (2019) calculaba que, de los 1,9 millones de trabajadores en el hogar, el 97,6% eran mujeres²².

Se trata de una ocupación notablemente desprotegida, con el 98,3% de personas ocupadas sin acceso a ninguna institución de salud a partir del empleo (Bensusán, 2019). La mayor parte de estos trabajadores del hogar están ocupados en las localidades urbanas (63,9%), pero un porcentaje importante en las localidades rurales (36,1%)²³. Además, una proporción significativa del trabajo doméstico es proporcionado por indígenas (el 28,4% en 2015)²⁴. Por esta razón, el trabajo en el hogar, femenino y asalariado, con una larga tradición histórica, es parte relevante de la nueva ruralidad.

En la nueva ruralidad latinoamericana los procesos migratorios han cobrado especial importancia con las heterogeneidades propias de la región (Kay, 2009). De ninguna manera se trata de algo nuevo, pero sí adquiere nuevas dimensiones:

"de acuerdo con la literatura de la nueva ruralidad, las migraciones en ámbitos rurales se han expandido, complejizado y diversificado. Por un lado, se han incorporado nuevos destinos, tanto nacionales como internacionales, y tanto urbanos como rurales... la temporalidad y direccionalidad de las migraciones se han diversificado, con la existencia de migraciones permanentes, de largo plazo, temporales, circulares y de retorno" (Lorenzen, 2021, págs. 5 y 6).

Es notable la complejidad de los procesos migratorios y la interrelación entre algunos de ellos. En México, por una parte, destaca una dinámica migratoria internacional histórica, más que centenaria, compleja, dirigida fundamentalmente hacia los Estados Unidos, analizada en el largo plazo por Durand (2017). Por otra parte sobresalen también los procesos intensos de migración campo-ciudad en algunas épocas y de migración ciudad-ciudad y del campo hacia zonas de producción intensiva agrícola, además de las migraciones de retorno (Arias, 2009; Carton de Grammont, 2009; Escobar, Martin y Stabridis, 2019; Lorenzen, 2021).

Durand (2017) señala que la historia social del proceso migratorio mexicano hacia los Estados Unidos, que ha durado más de 130 años, "involucra a más de 11 millones de migrantes y a más de 35 millones de personas de origen mexicano" (pág. 19) y "responde a la confluencia de dos circunstancias hasta ahora irremediables: la oferta y la demanda de mano de obra" (pág. 13). Este investigador distingue seis fases "a las que han correspondido diferentes políticas, modelos y, sobre todo, distintos patrones migratorios" (pág. 18). Estas fases han durado aproximadamente 20 años, con un movimiento pendular de apertura y control.

La primera fase va de fines del siglo XIX hasta 1920 y se caracterizó por el "modelo de contratación conocido como enganche". La segunda, de 1921 (crisis económica) hasta 1939 pasando por la gran crisis de 1929 y se definió como un "período de deportaciones masivas y sucesivas".

²¹ Cálculos propios sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Empleo (INEGI, 2022).

²² Con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

²³ Cálculos propios sobre la base de Bensusán (2019), quien se basa en la Encuesta nacional de Ocupación y Empleo.

²⁴ Con datos de la Encuesta Intercensal 2015 (Bensusán, 2019).

La tercera fase fue la de los "convenios braceros" entre 1942 y 1964. La cuarta fase de 1965 a 1985 implicó el predominio de los trabajadores indocumentados. La quinta fase, de 1986 a 2006, fue "bipolar" porque inició con la "legalización de 2,3 millones de trabajadores indocumentados" y pasó por persecuciones legales de migrantes "indocumentados" o ilegales. La sexta fase inició en 2007 "cuando el flujo migratorio irregular de origen mexicano llegó a su máximo nivel (6,9 millones) y empezó a declinar de manera consistente", fase caracterizada por algunos investigadores como de "saldo migratorio cero" (Durand, 2017, págs. 18-19).

Las últimas dos fases coinciden con los procesos de la nueva ruralidad en México, aunque en la cuarta fase ya se experimentaban fenómenos de una nueva ruralidad. Estas fases, con sus diversas características, afectaron de manera heterogénea a las regiones rurales del país, por ejemplo favoreciendo, entre otros fenómenos, migraciones circulares hasta que iniciaron los fuertes controles en la quinta fase, las legalizaciones migratorias (y por tanto flujos de ida y vuelta de los migrantes), las migraciones de no retorno de los irregulares (con estancias incluso de décadas en los Estados Unidos sin regresar al lugar de origen) por las dificultades de tránsito debidas a la intensificación de controles.

Los procesos internos específicos de las regiones de origen²⁵ de estas migraciones impactaron también la creación de dinámicas de movilidad. Durand (2017) señala el impacto de la reestructuración económica bajo el régimen neoliberal que fue especialmente fuerte en los medios rurales, de manera que "el modelo de agricultura de subsistencia impulsado por la reforma agraria hacía rato que había colapsado" (pág. 146). El TLCAN generó desequilibrios en el sector agrícola, por lo que la industria azucarera entró en crisis, al igual que la producción de granos y el sector pecuario y avícola que tenían que competir con productos importados y subsidiados. Además, de acuerdo con el autor, la ausencia de un crecimiento sostenido en los últimos 30 años está a favor de lo que tradicionalmente se han considerado como factores de exclusión.

Arias (2009) presenta un balance histórico de las migraciones rurales y sus transformaciones, con numerosas referencias de etnografías del tema. Plantea que las "etnografías recientes aluden a la migración como uno de los fenómenos más trastornadores de la vida rural en México" (pág. 117). Hasta los años noventa, distingue tres grandes "corrientes migratorias" (pág. 118): i) la rural-internacional (sobre todo hacia los Estados Unidos); ii) la rural-urbana (hacia las grandes ciudades) y iii) la rural-rural (de trabajo jornalero). De acuerdo con la investigadora, un parteaguas, sobre todo en la migración internacional, sucede en los años 90. Antes, los migrantes rurales tenían el anhelo de retornar a su comunidad; después, los migrantes rurales viven movilidades con carácter de indefinidas, sin certidumbre de cuándo regresarán a su comunidad.

En la primera etapa sobresalían los migrantes de las regiones históricas de la migración rural, procedentes de Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas, que desarrollaron toda una cultura migratoria ²⁶ en la que se incorporaban obligaciones de los migrantes como enviar remesas a sus familias, que se utilizaban para diversos fines como el consumo, la construcción de casas, el mantenimiento de la actividad agrícola de los padres y también la atención de la salud de los padres en situaciones de emergencia (hospitalizaciones, tratamientos médicos, medicinas) (Arias, 2009). Después de varias décadas y de cambios legales en los Estados Unidos (por ejemplo, posibilidades de legalización), la migración de la región histórica se ha convertido en "ausencia indefinida" con grandes cambios en las comunidades y en el sentido de las remesas, cada vez más dedicadas a la salud ²⁷ y al "bienestar de los ancianos" (Arias, 2009, págs. 147-148).

²⁵ Durand (2017) distingue cuatro grandes regiones de origen migratorio con sus temporalidades propias. Por ejemplo, la incorporación tardía de la migración indígena proveniente de estados con alta proporción de población indígena, excepto Michoacán.

²⁶ Véase una síntesis histórica de transformaciones económicas, familiares y comunitarias de estas migraciones de la región histórica en Arias (2009).

²⁷ Arias (2009) recupera testimonios de mujeres migrantes que se manifestaban muy preocupadas por la falta de servicios, en especial de atención a la salud en los pueblos, y que se requerían asilos, consultorios y ambulancias.

En la segunda etapa, a partir de los años noventa, Arias subraya una "ampliación del espacio rural aportador de migrantes internacionales, es decir, el incremento de la migración indocumentada, campesina e indígena, a los Estados Unidos", con las nuevas regiones migratorias, especialmente de los estados del centro y del sur del país, entre ellos Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Chiapas, de donde migran grupos indígenas. Favorecieron estas nuevas migraciones los problemas de empleo en las grandes ciudades y la "crisis imparable de las actividades agropecuarias tradicionales" (Arias, 2009, págs. 147-149). Los migrantes de estas regiones son trabajadores de origen rural que permanecen de manera indefinida en los Estados Unidos como indocumentadas, debido a las restricciones de tránsito en la frontera. El destino principal de las remesas es la construcción de la casa propia y se han generado cambios comunitarios y familiares²⁸ (Arias, 2009).

La dinámica migratoria interna puede analizarse también con base en dos grandes procesos de desarrollo recientes. Carton de Grammont (2009) distingue dos etapas de la dinámica migratoria interna. La primera corresponde al proceso de industrialización hacia dentro y desarrollo estabilizador, y la segunda, a la globalización y apertura comercial. La primera, con un fuerte acento rural-urbano en los años de la industrialización por sustitución de importaciones, especialmente en los años 1950 a 1970, con "migraciones definitivas del campo a la ciudad"; la segunda, "con un desplazamiento de las migraciones campo-ciudad hacia las migraciones ciudad-ciudad, esencialmente entre ciudades intermedias así como un importante incremento de la migración internacional" (pág. 20). En esta segunda etapa, con las reformas de mercado y la precarización del empleo, "la migración definitiva no desaparece pero se combina ahora con estas 'migraciones temporales múltiples', a menudo 'de larga duración', que adquieren un carácter estructural en el contexto de la generalización de la pobreza" (pág. 21).

Ahora bien, el dinamismo es tan relevante que en los últimos años se han ido generando nuevos esquemas migratorios. En las zonas rurales suceden en los últimos años procesos de migración de retorno desde los Estados Unidos y también del interior del país. Lorenzen (2021) analizó recientemente este fenómeno en la Mixteca Alta de Oaxaca, en donde encontró una "movilidad laboral pendular diaria" (pág. 20) de los municipios estudiados hacia ciudades cercanas como alternativa frente a la migración. Las dificultades de la migración internacional (Durand, 2017) y lo poco atractivo de la migración interna (salarios bajos, trabajo precario) pueden favorecer en algunas regiones este tipo de movilidad en las zonas rurales.

Incluso localidades contiguas pueden tener procesos migratorios diferentes en la nueva ruralidad. Por ejemplo, los nahuas de Xolotla en el municipio de Pahuatlán, Puebla, se movilizan temporalmente para buscar empleo en la Ciudad de México o en Ecatepec, o para comerciar (flores) en diferentes estados. Los otomíes de San Pablito, del mismo municipio, han desarrollado un circuito migratorio vinculado a Carolina del Norte, en los Estados Unidos, pero también han migrado temporalmente a otros estados del país, a sitios turísticos, para vender artesanías. La migración hacia los Estados Unidos inició en San Pablito en los años ochenta y ha permitido incrementar la pluriactividad de los nahuas de Xolotla que se incorporan a actividades impulsadas por los migrantes de San Pablito (construcción, música en festividades) (Mora, 2018).

Dos fenómenos migratorios internos de gran relevancia son el poblamiento indígena de las ciudades y la intensificación del jornalerismo. Por una parte, en 2000, de acuerdo con Pérez Ruiz (citada en Arias, 2009), había ya 2,4 millones de indígenas en las ciudades, frente a 3,6 millones en las zonas rurales. La misma investigadora detectó 106 rutas migratorias indígenas hacia las ciudades, no solo la Ciudad de México sino a otras zonas metropolitanas, las ciudades de la frontera norte y las zonas turísticas. Por otra parte, el jornalerismo (con ya larga historia en México) también se ha extendido, en

²⁸ Véase una síntesis de estos cambios en Arias (2009).

especial el de "larga distancia y tiempo indefinido" (Arias, 2009, pág. 164). Con la reestructuración de la industria de la exportación de frutas y hortalizas esta migración se dirige no solo a Guanajuato, Jalisco y Michoacán sino sobre todo a los estados del norte. En 2000 ya había 3 millones de jornaleros, cifra distante de los 600.000 de 1970 (Arias, 2009).

Escobar, Martin y Stabridis (2019, págs. 129, 133, 140-141) estudiaron algunas condiciones laborales de los trabajadores de las empresas exportadoras de productos agrícolas en seis estados (Guanajuato, Michoacán, Jalisco, San Luis Potosí, Sinaloa y Baja California) en 2019, que incorporan a migrantes (permanentes, 14% y temporales, 30%) junto con trabajadores locales (del mismo estado, 56%). En general, estas personas tienen salarios superiores al mínimo (con variaciones regionales relevantes 29), ingresos superiores a la línea de pobreza, incorporación parcial a la seguridad social (el 94% al IMSS y el 34% al Infonavit) aunque con acceso efectivo a esta aún menor (el 77% al IMSS, el 13% al INFONAVIT y el 4% a guarderías del IMSS) y prestaciones laborales (en términos efectivos, el 68% recibe aquinaldo y solo el 42% vacaciones pagadas).

Los autores señalan que estas condiciones implican una mejora frente a procesos recientes destacados en anteriores investigaciones. Por ejemplo, la publicación de una serie de artículos en Los Angeles Times en 2014 que documentaban trabajos forzados, servidumbre por deudas y pobres condiciones de vida de algunos de los migrantes internos mexicanos empleados en plantaciones mexicanas que cultivan frutas y verduras frescas para consumidores estadounidenses (en específico en algunas empresas en Jalisco y Sinaloa), habría tenido impacto en los progresos en cuanto al cumplimiento de las leyes laborales en las empresas agrícolas exportadoras estudiadas (Escobar, Martin y Stabridis, 2019), en el marco de los acuerdos comerciales entre México y los Estados Unidos.

En síntesis, la llamada nueva ruralidad en México incorpora una complejidad de dinámicas económicas, sociales, culturales y demográficas en un contexto económico de profundas transformaciones en las políticas agropecuarias y sociales, la actuación de mercados, la apertura comercial y el retiro del Estado. Se observan cambios demográficos con disminución del peso de la población rural pero su incremento en números absolutos; reducción del peso de la producción agrícola en la economía en general y en las mismas zonas rurales con diversificación de las actividades económicas de los hogares y creciente peso de sus actividades asalariadas, con heterogeneidades locales y regionales; incorporación creciente en algunas localidades y regiones de la participación laboral femenina; diversificación y ampliación migratoria, con nuevas regiones que se incorporan a la migración hacia los Estados Unidos, migraciones campo-ciudad, campo hacia espacios de la agricultura intensiva exportadora especialmente en el norte del país, con temporalidades distintas (permanentes, de largo plazo, circulares y de retorno, y movilidades laborales diarias campo-ciudad), y con un peso significativo de las remesas en el consumo e inversión de los hogares receptores.

3. Pobreza y desigualdad en la nueva ruralidad

Con las transformaciones del mundo agrícola, la crisis de los viejos sistemas productivos y la modificación del papel del estado en las zonas rurales, la pobreza es otra característica de la nueva ruralidad, que persiste desde la vieja ruralidad (Kay, 2009). Sin embargo, a diferencia de una visión tradicional ciudad-campo, en la que lo rural sería prácticamente sinónimo de pobreza³⁰ (Gaudin, 2019), en la nueva ruralidad se combinan la persistente y reconfigurada pobreza rural con la creciente pobreza

²⁹ Que van desde 10.260 pesos mensuales (540 dólares) en Baja California, hasta 7.093 pesos (373 dólares) en Jalisco, 6.523 pesos (343 dólares) en Guanajuato, 6.417 pesos (337 dólares) en Sinaloa, 6.119 pesos (322 dólares) en Michoacán y 4.548 pesos (239 dólares) en San Luis Potosí. Los trabajadores indígenas tenían un salario promedio de 4.943 pesos (255 dólares).

³⁰ Más aún si se centra la discusión en la pobreza extrema: para Levy (1994), la pobreza extrema es fundamentalmente un fenómeno rural (con datos de 1984).

urbana (en términos absolutos, del número de pobres habitantes en las ciudades)³¹. Las crisis macroeconómicas se manifestarán con fuerza en el incremento de la pobreza en términos relativos y absolutos en las zonas rurales pero también en las urbanas.

De acuerdo con la serie de pobreza de ingresos de CONEVAL (s/f), originada a partir de las ENIGH, desde 1992 la pobreza rural y la urbana en términos absolutos eran prácticamente del mismo tamaño³², 23 millones frente a 23,1, respectivamente, si bien el porcentaje de población pobre en las áreas rurales era mayor (66,5%) que el urbano (44,3%), aunque debe tomarse en cuenta que la pobreza extrema era notablemente mayor en las primeras (11,8 millones y 34% de la población) que en las segundas (6,8 millones y 13% de la población). Ya en este año se vivían los efectos de algunas de las reformas de mercado más importantes, como la apertura comercial y la disminución de las políticas públicas en apoyo a las actividades agrícolas.

Las reformas continuaron después de 1992, en especial con los cambios legales sobre la tenencia de la tierra (cambios al artículo 27 de la Constitución) y la economía del país se fue acercando a la gran crisis económica de fines de 1994, que impactó notablemente las zonas rurales. Así, en 1996 había ya 29,3 millones de pobres (27% más que en 1992), que representaban el 80,7% de la población rural, y 19,4 millones de pobres extremos (64% más que en 1992), el 53,5% de la población rural. Cuatro de cada cinco personas eran pobres en esta nueva ruralidad (y una de cada dos eran pobres extremas), en el marco de la apertura comercial y las muy débiles políticas de Estado dirigidas al sector agropecuario (con la presencia ya de PROCAMPO). La combinación con la agudización de la pobreza urbana fue notable: en 1996 el número de personas pobres urbanas había crecido a 34,7 millones (50% más que en 1992), casi 5,5 millones más que en las zonas rurales; la pobreza urbana había llegado hasta el 61,5% de la población urbana. Seis de cada diez personas eran pobres en las zonas urbanas y una de cada cuatro, pobres extremas (15,2 millones en total, el 27% de la población).

Entre 1996 y 2006 se observó un período de reducción de las pobrezas rural y urbana, tanto de la general como la extrema. La inflación se redujo en este período y el crecimiento económico se retomó (con alzas y bajas, especialmente en 2001 y 2002) y se fueron generando diversos programas sociales dirigidos a los pobres. La pobreza rural se redujo de 29,3 millones de personas en 1996 a 22,2 millones de personas en 2006 (una reducción del 24%), del 80,7% de la población rural en 1996 al 54,6% en 2006³³, y la pobreza extrema de 19,4 a 10 millones de personas, respectivamente (una caída del 48,5%), del 53,5% al 24,4% de la población rural; la pobreza urbana pasa de 34,7 millones de personas a 24,3 millones de personas (una reducción del 30%), del 61,5% al 35,8% de la población urbana total respectivamente, y la pobreza extrema urbana de 15,2 a 5,2 millones de personas (una gran disminución del 65,8%), del 27% al 7,6% de la población urbana total, respectivamente. En términos relativos la pobreza rural, general y extrema, siguió siendo más elevada que la urbana; en términos absolutos la pobreza urbana se mantuvo por arriba de la rural y la pobreza extrema rural duplicaba a la urbana.

La crisis económica se empezó a sentir de nuevo desde 2008, se hizo más intensa en 2009 y se reinició un proceso de incremento de la pobreza que se mantuvo en términos relativos hasta 2012: la pobreza rural se incrementó de 22,2 millones de personas en 2006 hasta 28 millones en 2012 (poco menos que la alcanzada después de la crisis de 1994-95) (un 26% más en 2012 que en 2006). En términos relativos, pasó del 54,6% de la población rural total al 63,6%, respectivamente. La pobreza extrema rural

Hay un intenso debate sobre los métodos de medición de la pobreza. Puede verse una revisión crítica en Damián (2019). En este trabajo se utilizan las cifras oficiales del CONEVAL, que permiten dar seguimiento a la pobreza de ingresos con la misma metodología entre 1992 y 2012.

³² Todos los indicadores de pobreza rural y urbana que se citarán en este párrafo y el siguiente son del CONEVAL; la pobreza en general se refiere a la pobreza de patrimonio y la extrema a la alimentaria (CONEVAL, s/f).

Para el período 1992-2004, en el estudio de la OCDE (2007) se muestra la misma tendencia aquí señalada. En este estudio se utilizan los datos del Comité Técnico para la Medición de la Pobreza. Se señala que entre 1996 y 2004 la pobreza rural disminuyó pero siguió siendo elevada.

aumentó de 10 a 13,6 millones de personas (un incremento del 36%), del 24,4% al 30,9% de la población rural. La pobreza urbana también se incrementó de 24,3 millones de personas en 2006 a 33,3 millones de personas en 2012 (un 37% más en 2012 que en 2006); del 35,8% al 45,5% de la población urbana total, respectivamente. La misma tendencia, aunque más aguda, se observó en la pobreza extrema urbana que aumentó de 5,2 a 9,5 millones de personas (un 82,7% más), del 7,6% en 2006 al 12,9% en 2012 de la población urbana total. En términos relativos, la pobreza rural, general y extrema, continuó siendo más alta que la urbana; en términos absolutos, la pobreza urbana se mantuvo por arriba de la rural y en la pobreza extrema, a la inversa.

En síntesis, después de 20 años de reformas económicas y nuevas políticas sociales dirigidas especialmente a los pobres (con PROCAMPO en 1993, Progresa en 1997 —después Oportunidades—, Seguro Popular en 2003, Pensión Básica en 2007), la nueva ruralidad muestra una pobreza que mantiene niveles notablemente elevados: con incrementos absolutos de 23 millones de personas en 1992 frente a 28 millones en 2012 (y en la pobreza extrema de 11,8 a 13,6 millones, respectivamente) y con estabilidad relativa del 66,5% de la población rural total en 1992 al 63,6% en 2012 (y en la pobreza extrema del 34% al 30,9% respectivamente). En dos décadas, esta pobreza rural se combina con una pobreza urbana fuertemente creciente de 23,1 millones de personas en 1992 a 33,3 millones de personas en 2012 y con estabilidad relativa del 44,3% de la población urbana total al 45,5% en 2012³⁴. Este proceso coindice con lo señalado por Kay (2009): "la nueva ruralidad real que existe en esos países [de América Latina] es una negación del desarrollo rural y de las expectativas de reducir la pobreza de muchos nuevos ruralistas" (págs. 632-633). Para este autor la muestra del rotundo fracaso de las políticas de desarrollo rural en la región es la alta proporción de emigración.

Los indicadores anteriores son agregados. Diversas investigaciones muestran la heterogeneidad en la nueva ruralidad en torno a condiciones sociales. Por ejemplo, Carton de Grammont (2009) muestra, a partir de una investigación sobre el período 1992 a 2004, con información de las ENIGH de esos años³⁵, que los hogares campesinos son más pobres que los hogares no campesinos y que para ambos tipos de hogares las actividades propias son más rentables que el trabajo asalariado, además de que los hogares campesinos pluriactivos con mayor nivel de autoconsumo son los más pobres. Arias (2009) señala diversidades regionales importantes en cuanto a situaciones de pobreza, con mayor pobreza rural en el sur del país que en el norte.

Las diversidades muestran también la polarización en la socioeconomía rural, con grandes desigualdades: mientras que los productores de algunas regiones o sectores resultaron beneficiarios de la apertura comercial, especialmente los exportadores, otros permanecen como campesinos pobres o como jornaleros (Carton de Grammont, 2009; Rivera, 2019) en las mismas regiones o en regiones distintas.

Al norte (noroeste y noreste) "se ha desplazado y consolidado la agricultura comercial moderna, exportadora y competitiva a nivel internacional" que demanda trabajo de jornaleros; en el centro-occidente, "mientras en algunas microrregiones hay explotaciones agrícolas modernas que han incursionado en nuevos productos e incrementando su productividad", en otras, "las más, buscan las vías de su sobrevivencia fuera de la agricultura"; en el sur, donde está la mayor parte de la población indígena, la producción se basa en minifundios, con reforzamiento del autoconsumo (Arias, 2009, págs. 21-22).

En el estudio de la OCDE (2007, pág. 70) se distinguían cinco diferentes tipos de ruralidad en México: i) las áreas rurales pobres (dispersas, casi aisladas de los mercados); ii) las rurales con agricultura intensiva (cada vez más orientadas hacia las exportaciones); iii) las rurales diversificadas (algunas de ellas se convierten en zonas de asiento de parques industriales o de servicios), iv) las rurales peri-urbanas

En los capítulos siguientes se agregará la información correspondiente a la pobreza rural en 2018.

³⁵ El autor genera una línea de pobreza monetaria a partir de la CEPAL (Carton de Grammont, 2009, pág. 34).

y v) las rurales con fuertes potencialidades en recursos naturales, culturales y energéticos. Las exportaciones agrícolas, aunque notablemente minoritarias en comparación con las manufactureras, recientemente han mostrado un dinamismo relevante: en 2017, la economía mexicana exportó 33.174 millones de dólares en productos agrícolas, la mitad hacia los Estados Unidos. De 1985 a 2018, la participación de las exportaciones agrícolas mexicanas en las exportaciones globales totales pasó del 0,7% al 1,9% (Valencia, 2020, pág. 130).

Así, en la nueva ruralidad mexicana conviven campesinos pobres, jornaleros con empleos precarios, agricultores con producción intensiva y exportadora, y agroindustrias exportadoras. En algunas regiones se combinan nuevos procesos tecnológicos y precariedad laboral en la agricultura posfordista y flexible (Carton de Grammont, 2004; 2009), mientras que en otras perdura la agricultura de subsistencia (Davis, 2000) y en algunas se añaden trabajadores en empresas exportadoras con protección social al menos parcial (Escobar, Martin y Stabridis, 2019).

4. Acceso a la salud en la nueva ruralidad

La pobreza sostenida, estructural, la polarización, las diversas migraciones y los cambios ocupacionales con la presencia de empleo precario y actividades campesinas sin protección social fueron el caldo de cultivo para generar problemáticas severas de acceso a los servicios de salud en los tiempos de la llamada nueva ruralidad, que heredan y combinan las antiguas brechas producto del régimen de bienestar dual mexicano (Barba y Valencia, 2013; Valencia y Jaramillo, 2019; Barba, 2021). En las reglas sociales de construcción de bienestar la población indígena y no indígena del medio rural resultó sistemáticamente la menos favorecida (Barba, 2021).

Estos problemas de generación de brechas se han investigado sobre todo en los últimos diez años. En este documento se revisarán las investigaciones que se han dirigido al sector rural y se mencionarán brevemente las que solo se dirigen a la población en general (salvo en algunos casos de aportaciones metodológicas relevantes). Los enfoques privilegiados han sido los derechos sociales, en especial el derecho a la salud, y las desigualdades. Los acercamientos se han hecho con metodologías de corte cuantitativo y con diversas fuentes informativas (en especial la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, en varios años, y las ENIGH). El estudio de las brechas de acceso a la salud en el sector rural no ha sido el objeto central de estas investigaciones, sino que ha sido parte de objetos más amplios como desigualdades y vulnerabilidades. El concepto de ruralidad dominante, cuando se especifica, ha sido el de poblaciones con menos de 2.500 habitantes.

Un aporte original fue el de la investigación sobre las necesidades esenciales en México de COPLAMAR, a inicios de los años ochenta, que se basa en un enfoque de derechos sociales (Boltvinik, 1984). Uno de los puntos de interés de esta investigación es que se desarrolla en los años previos a las reformas de mercado y sus efectos en el mundo rural. Boltvinik (1984) sintetiza los aportes de esta investigación y resalta las limitaciones del derecho social mexicano con amplia cobertura de la población asalariada que contrasta con la del resto de la población. De esta manera, en las formas de acceso y en la protección legal "se presenta una enorme desigualdad entre las clases sociales que... se refleja en sus niveles de satisfacción" (pág. 37). En las formas de acceso a los servicios personales de salud se pueden distinguir las de autoproducción³⁶, las mercantiles³⁷ y las transferencias privadas, públicas y mixtas³⁸. Aparte de las modalidades de autoproducción, en especial la medicina tradicional y la automedicación, la "vía mercantil sigue siendo predominante" (pág. 31).

³⁶ Se distingue entre remedios caseros, medicina tradicional comunitaria y medicación legal (Boltvinik, 1984, pág. 39).

³⁷ Se resalta en especial la medicina privada y los seguros médicos privados, además de otras formas (Boltvinik, 1984, pág. 39).

³⁸ Caracteriza las formas derivadas del derecho social (asistencia social y servicios de salud pública), del derecho de los asalariados (servicios de salud de la seguridad social) y de los contratos colectivos (Boltvinik, 1984, pág. 39).

En cuanto a las transferencias, los servicios de salud pública han sido precarios y los servicios derivados de los derechos de los asalariados (seguridad social) se han dirigido especialmente al medio urbano (obreros y empleados organizados) (Boltvinik, 1984). A pesar de una concepción más amplia del artículo 123 constitucional, en 1981 la seguridad social estaba restringida de tal manera que solo el 7% de los asegurados en el IMSS estaba en el medio rural: "se trata, pues, de un derecho de clase de los trabajadores asalariados urbanos mediante la seguridad social, lo que permite a éstos un nivel probablemente cercano al de satisfacción, por lo que hace a los servicios personales de salud" (Boltvinik, 1984, pág. 32). La cobertura de los servicios de salud es desigual entre campo y ciudad, y entre diferentes áreas geográficas; sin embargo, de acuerdo con Boltivinik (1984) la información disponible no permite analizar con detalle las diferencias de cobertura entre el medio rural y el urbano, y el único indicador disponible es el de la seguridad social restringida en el medio rural (solo el 7% del total de derechohabientes). De acuerdo con este autor, los cambios del artículo 4º constitucional de febrero de 1983 (con la adición del derecho a la protección de la salud), sin la definición de las modalidades de acceso de todas las personas a los servicios de salud, no dejará de ser un programa para cumplir.

En los años 2000 se prefigura en la literatura consultada un debate sobre las modalidades de acceso a los servicios de salud para garantizar el derecho a la salud después de la reforma de la Ley de Salud en 1983, en especial con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la incorporación del Seguro Popular a partir de 2003. Se discuten la cobertura de afiliación a algún mecanismo financiero, la cobertura en servicios médicos de los diferentes seguros, el acceso efectivo a los servicios y las brechas de desigualdad resultantes, y se generan metodologías diversas para las mediciones respectivas.

Para promotores y operadores de esos cambios legales, México fue avanzando ya en 2012 hacia la "cobertura universal", especialmente en lo que se refiere a "afiliación universal" y a "acceso regular a un paquete comprehensivo de servicios de salud con protección financiera para todos"; aunque reconocían que en el sector rural, minoría de la población, se mantenía el reto de mejorar el acceso, dado que entre otras razones los centros de salud seguían operando con "servicios básicos pobres" (Knaul y otros, 2012, págs. 1259 y 1272)³⁹.

En la medición multidimensional de la pobreza de CONEVAL, iniciada a partir de 2008, se define como carente en acceso a los servicios de salud a la siguiente porción de la población:

"No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) federal o estatal, Petróleos Mexicanos (Pemex), Ejército o Marina) o los servicios médicos privados" (CONEVAL, 2010, pág. 55)⁴⁰.

A partir de esta definición en las mediciones de 2008 a 2018 se mostró la evolución de esta carencia en el sector rural de la siguiente manera: se redujo de manera constante para pasar de un 47,1%

³⁹ En 2018, el líder en la creación del Seguro Popular, Julio Frenk, ratificaba estas conclusiones y señalaba que "nuestro sistema de salud está cerca de lograr la universalidad en el primer sentido [cubrir a todas las personas], pues cubre ya a 82% de la población. Sin duda, hay que hacer el último gran esfuerzo para incluir a todo mundo, especialmente a quienes viven en condiciones de extrema pobreza y en lugares de difícil acceso. Pero igualmente importante es que todo mundo tenga los mismos derechos". De acuerdo con Frenk y otros (2018b), "Si bien el Seguro Popular ha logrado avances sustanciales en incluir a los trabajadores no asalariados, el obstáculo principal para seguir progresando se encuentra ahora en la estructura cerrada de la seguridad social".

⁴º El CONEVAL (2010) asume el sustento constitucional del derecho a la protección de la salud (artículo cuarto) y la Ley General de Salud que "se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS)" (págs. 54-55). Sin embargo, diversos investigadores han cuestionado el limitado umbral adoptado en la medición multidimensional en referencia a la salud. Por ejemplo, Damián (2019) lo señala como deficitario en derechos sociales, porque el Seguro Popular solo cubre alrededor del 10% de las intervenciones médicas de organismos como el IMSS o el ISSSTE.

de la población rural total en 2008 al 13,8% en 2018⁴¹, de 12,2 millones de personas en 2008 a 4,2 millones de personas, respectivamente, frente al 35,8% en 2008 y el 17% en 2018 de la población urbana total, equivalentes a 30,6 millones de personas en 2008 y 16 millones de personas en 2018 (CONEVAL, 2019). Así, la brecha de acceso desfavorable al medio rural con relación al urbano de 2008 se abatió paulatinamente hasta que en 2018 se revirtió; en el medio rural se incrementó la afiliación a alguna institución pública de salud, especialmente el Seguro Popular.

En esta línea de estudio del acceso a los servicios de salud, brechas y desigualdades, se han desarrollado en los últimos 10 años diversas investigaciones dirigidas a ciertos grupos poblacionales, diversas zonas geográficas y períodos distintos sobre algunos problemas o servicios de salud en particular. En algunos casos en estos estudios se incorporan las áreas rurales o los grupos indígenas (como en el caso del acceso a afiliación en los cálculos de pobreza del CONEVAL), aunque no hay evidencias en torno a las áreas rurales en su conjunto en un período largo (por ejemplo, 20 años) y su población indígena; la mayor parte de las investigaciones se refiere a acceso en servicios de salud en general o a otros grupos poblacionales.

Gutiérrez y Hernández-Ávila (2013) desarrollaron un análisis descriptivo⁴² de las ENSANUT 2006 y 2012, y de la Encuesta Nacional de Salud (ENA) 2000 acerca de la cobertura en protección social (por nivel socioeconómico en cinco quintiles y tamaño de la localidad), además del perfil de la población sin cobertura. Por protección social se entiende la afiliación o inscripción a un servicio médico (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013). La investigación mostró que entre 2006 y 2012 la brecha de protección social entre la población rural y urbana se cerró, dado que en 2006 el 60,6% de la población rural no tenía afiliación frente al 52,9% de la urbana no afiliada (la mayor parte de los afiliados estaba en el IMSS y una proporción menor en el SPSS y en el ISSSTE), y en 2012 la cifra de no afiliados había disminuido al 17,7% y 21,8% respectivamente. Una posible explicación de esta diferencia podría ser que las zonas rurales son las que en 2012 presentaron una menor proporción de la población sin protección, lo que parece reflejar la decisión del SPSS de cubrir, en un primer momento, las zonas rurales, y de vincular la cobertura con el Programa Oportunidades.

En el perfil de la población sin cobertura⁴³ destaca que la mayor concentración se ubica entre los 15 y 30 años de edad, sobre todo entre los 20 y 24 (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013). Con respecto al nivel socioeconómico, la proporción de población sin protección social fue similar en 2012 entre todos los quintiles (entre el 20% y el 22%), cuando en 2006 la diferencia en protección en salud entre el quintil de mayores y el de menores ingresos era de dos a uno y en 2000 a partir de la ENA era de tres a uno. Así, "puede afirmarse que se ha cerrado la brecha por nivel socioeconómico⁴⁴ en lo que respecta a la protección en salud" (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013, pág. 86). De acuerdo con los autores, la cobertura universal en salud "es un mecanismo para hacer efectivo el derecho constitucional a la atención de la salud, así como el desarrollo humano y económico. Las reformas en México han sentado ya las bases para su concreción" (pág. 89).

En el marco de los resultados de las mediciones multidimensionales de la pobreza, el mismo CONEVAL (2014) puntualiza que la afiliación es solo un primer paso y que debe profundizarse si "existe acceso y uso efectivo" de los servicios de salud (pág. 14). El CONEVAL (2014) propuso un conjunto de indicadores para un análisis descriptivo en cuatro dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad⁴⁵, con énfasis en el Seguro Popular. Asimismo, en este análisis descriptivo el CONEVAL (2014) elaboró un conjunto de 20 indicadores para las cuatro dimensiones

⁴¹ La tendencia general fue a la baja, con la excepción del período 2016-2018 que experimentó una ligera alza: del 13,2% al 13,8% de la población rural total.

⁴² Con inclusión de la tendencia central y de dispersión, y adicionalmente medidas de la distribución.

⁴³ Analiza esta franja de la población en relación con género, asistencia o no a la escuela, trabajo o no trabajo.

Para el nivel socioeconómico se utilizan los quintiles calculados para la ENSANUT 2012.

⁴⁵ No se incluyó la dimensión de aceptabilidad por problemas de información (CONEVAL, 2014, pág. 25).

señaladas. Los indicadores se refieren en general a información de nivel nacional, con la excepción del indicador tiempo promedio de traslado al hospital en la última emergencia para 2008 y 2010, que se construye en referencia a localidades de 100.000 o más habitantes, 15.000 a 99.000 habitantes, 2.500 a 14.999 habitantes y menores de 2.500 habitantes, y para afiliados al IMSS, al ISSSTE, a PEMEX, otro y Seguro Popular, además de los no afiliados.

Con este indicador se concluye en que en los tiempos de traslado la media⁴⁶ para las localidades menores a 14.999 habitantes es sistemáticamente mayor que en las localidades mayores a 15.000 habitantes en 2008 y 2010. Por ejemplo, en 2010, la persona afiliada al Seguro Popular de localidades menores a 2.500 habitantes tarda en trasladarse al hospital 82,4 minutos y una de localidades entre 2.500 y 14.999 habitantes, 50,3, mientras que una de localidades entre 15.000 y 99.000 habitantes, 36,5 minutos, y una de localidades mayores a 100.000 habitantes, 38,8 minutos (CONEVAL, 2014). Es decir, hay una brecha notable en la accesibilidad de los servicios de salud para la población rural con relación a la urbana. Las conclusiones generales del estudio apuntan a que el diagnóstico presentado "corrobora que la afiliación a los servicios de salud, como el mínimo indispensable para garantizar el derecho a la salud, es condición necesaria, pero no suficiente para dar certeza del ejercicio pleno de este derecho" (CONEVAL, 2014, págs. 64-66). El diagnóstico presenta problemas importantes a nivel nacional, en especial para el Seguro Popular, en cuanto a disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad.

Un aporte relevante en términos metodológicos es el que ofrecen Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó (2015), quienes analizan el acceso efectivo a los servicios de salud desde un enfoque del derecho a la salud basado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental). Este derecho "debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población" (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, pág. 181). Los investigadores toman en cuenta diversos acercamientos al concepto de acceso y proponen una manera de medir el acceso efectivo desde un enfoque de cobertura universal que debe incluir las dimensiones de calidad, accesibilidad y equidad. En relación con esta última señalan que "uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación". En México, con base en estudios a partir de la ENSANUT, se ha concluido que las brechas en salud por nivel socioeconómico subsisten (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, pág. 182).

El Sistema de Protección Social en Salud ha permitido reducir el número de personas sin protección financiera. En 2000 el 57,6% no tenía esta protección y en 2012, de acuerdo con la ENSANUT, el porcentaje había bajado al 25%. Sin embargo, los gastos de bolsillo continúan siendo altos (el 47% del gasto en salud) lo que indica que se sigue presentando un déficit significativo en financiamiento y además el rezago en la provisión elemental de servicios aún persiste en muchos puntos del país, en especial en las zonas de gran dispersión geográfica. Hay deficiencias importantes por medir en cuanto a acceso efectivo, es decir, "operacionalización de la cobertura universal en salud" (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, pág. 183). Se proponen dos medidas alternativas del acceso efectivo, una que tome en cuenta la protección financiera, la percepción de la calidad de los servicios y las barreras de tiempo⁴⁷, y otra simplificada en que el uso de servicios privados por parte de la población con

⁴⁶ Con indicación del error estándar y un coeficiente de variación.

⁴⁷ La fórmula propuesta es: % de la población con acceso efectivo = 100% - (% de la población sin protección financiera) - (% de la población con protección financiera que percibe los servicios para los que cuenta con seguro como no resolutivos, incluyendo falta de medicamentos) - (% de la población con protección financiera para quienes los servicios para los que tiene seguro no son convenientes por ubicación u horarios).

protección financiera sea un reflejo de la ausencia de acceso efectivo⁴⁸ (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015). Estas medidas permitirían hacer un seguimiento macro pero se tendrían que tomar en cuenta las diversas barreras potenciales al acceso, como las financieras, las de accesibilidad física, las de accesibilidad temporal de servicios, las culturales, y las de calidad estructural y percibida (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015).

Las desigualdades en acceso y resultados en salud para niños de o a 9 años también se han analizado para 2000, 2006 y 2012, por condición socioeconómica, población rural y urbana, y población indígena y no indígena. Gutiérrez y otros (2016) las analizan a partir del concepto de inequidades en salud, entendidas como desigualdades evitables y desarrollan la investigación en torno a la vacunación, la atención a infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) y a daños a la salud por accidentes⁴⁹. Los autores definen los indicadores de atención de estos cuatro aspectos y generan un indicador socioeconómico continuo y en quintiles⁵⁰ (Gutiérrez y otros, 2016). Concluyen, con relación a las diferencias entre población rural y urbana que

"la probabilidad de vacunación es significativamente mayor en el contexto rural comparado con el urbano para los tres años analizados; la misma situación se observa para la probabilidad de atención para IRA en 2000 y 2006, pero que se invierte en 2012 cuando la probabilidad de atención es mayor en menores residentes en el ámbito urbano. Para la atención de EDA no hay diferencias en los tres momentos analizados por ámbito de residencia, en tanto que para la atención a accidentes, en 2000 y 2006, ésta es mayor para quienes residen en el ámbito rural, sin diferencias ya en 2012" (Gutiérrez y otros, 2016, pág. 653).

Acerca de las brechas entre población indígena y no indígena los autores dicen que

"la probabilidad de vacunación es mayor entre los menores indígenas para 2006 y 2012, en tanto que la probabilidad de atención adecuada a IRA es mayor para los menores no indígenas en los tres años analizados. La atención adecuada a EDA es mayor para los menores indígenas en 2000 y en 2012, en tanto que la atención a accidentes resulta mayor para los menores no indígenas en 2000 y 2006, y si bien sigue la misma tendencia, la diferencia ya no es significativa para 2012" (Gutiérrez y otros, 2016, págs. 653-654).

Tanto para el ámbito rural (en 2012) como para la población indígena (en 2000, 2006 y 2012) resalta la menor probabilidad de atención en las IRA, lo que muestra una barrera en el acceso a servicios. Esta desigualdad se constata también en la atención adecuada de infecciones respiratorias agudas,

"donde se presenta la mayor brecha favorable a los menores en hogares de mayor nivel socioeconómico. Esta diferencia es relevante porque refleja por la definición de la variable (atención por un profesional ante la presencia de un evento) una barrera de acceso a los servicios que persiste en el tiempo" (Gutiérrez y otros, 2016, pág. 655).

Las desigualdades en salud en México también se analizaron en el *Primer informe sobre desigualdades en salud en México* elaborado por la Secretaría de Salud y el Observatorio Nacional de

⁴⁸ La fórmula simplificada es: acceso efectivo = 100% - (% de la población sin protección financiera) - (% de la población con protección financiera * % de la población con protección financiera que utiliza servicios privados como respuesta a las barreras de los públicos).

⁴⁹ Generaron brechas absolutas y relativas y un índice de desigualdad de la pendiente (a través de modelos de regresión de probabilidad lineal) (Gutiérrez y otros, 2016).

[&]quot;Este abordaje se basa en una imputación que utiliza como referencia la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), en la cual se utiliza un conjunto de variables sobre características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sobre la vivienda para predecir tanto el logaritmo del ingreso per cápita como el quintil de ingreso del hogar, utilizando posteriormente los coeficientes de esas variables en las encuestas de salud (ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012) para imputar ambas variables en relación con la distribución nacional. Debido al procedimiento seguido para la imputación, esta se realiza para el hogar y se asigna el mismo valor y quintil para todos los integrantes del mismo" (Gutiérrez y otros, 2016, pág. 650).

Inequidades en Salud⁵¹ en 2019. Se adopta la definición de inequidad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas diferencias sistemáticas en salud considerando resultados, pero también el proceso para generarlos "entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas" (SS/ONIS, 2019, pág. 9).

Para analizar las desigualdades se utilizó como estratificador la pobreza multidimensional del CONEVAL medida en los municipios, con la división en cinco grupos (quintiles) de municipios de acuerdo con el porcentaje de personas en situación de pobreza (el quintil I con los municipios con mayor porcentaje de personas en pobreza y el V con el menor porcentaje). Además, se utilizaron otros dos estratificadores: i) ámbito de residencia (municipios más o menos rurales) y ii) población considerada indígena a nivel municipal (mayor o menor proporción de población indígena). Estos estratificadores se construyeron clasificando los municipios; en aquellos catalogados como más rurales o más indígenas el 40% o más de la población vive en localidades rurales, considerando la misma clasificación para la adscripción indígena.

La clasificación menos rural y menos indígena se considera de la misma forma. Se construyeron 6 conjuntos de indicadores, con un total de 17 indicadores: salud materna (con 2 indicadores), salud neonatal y desarrollo infantil (con 2 indicadores), salud de adolescentes y jóvenes (con 2 indicadores), salud del adulto (con 4 indicadores), envejecimiento saludable (con 1 indicador) y acceso y calidad de los servicios de salud (con 6 indicadores) (SS/ONIS, 2019). Se estiman las brechas de desigualdad y otras medidas de desigualdad y concentración⁵². En general se presentan los resultados en cuadros, gráficas y figuras. Algo interesante de esta investigación es que la información se presenta en cuadros de doble entrada, con los municipios más y menos rurales o más y menos indígenas, además del indicador nacional, y sus quintiles (pobreza y brechas de desigualdad), lo que permite hacer comparaciones entre los municipios más y menos rurales, y más y menos indígenas, y entre estos y el nivel nacional.

Por ejemplo, en los municipios más rurales y más pobres (quintil I) la carencia en acceso a la seguridad social fue del 88,62% en 2015 y en los más rurales pero menos pobres (quintil V) fue del 69,22%, lo que muestra una brecha absoluta de 19,4 puntos porcentuales. En los municipios más indígenas y más pobres (quintil I) fue del 89,25% y en los municipios más indígenas pero menos pobres (quintil V) fue del 53,60%, con una brecha absoluta de 35,65 puntos porcentuales; los indicadores nacionales respectivos son de carencia de municipios más pobres del 89,15% y en los menos pobres del 44,33%, con una brecha absoluta de 44,82 puntos porcentuales (SS/ONIS, 2019). Las conclusiones generales de este primer informe con relación a los indicadores de acceso son que:

"La medición de desigualdades en las dos carencias sociales relacionadas con salud que forman parte de la medición de pobreza multidimensional en México señalan que en tanto que la afiliación a servicios de salud se ha incrementado de forma importante en el país —fundamentalmente vía el Seguro Popular— lo que se traduce en una mayor cobertura relativa de aseguramiento en los municipios con mayor concentración de pobreza con relación a los de menor concentración de pobreza, la situación se invierte con lo que respecta a la carencia por acceso a la seguridad social, la cual es

Institución mexicana formada por un conjunto de instituciones del Estado, organismos académicos e instituciones internacionales, coordinada por la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud (véase la lista completa en SS/ONIS, 2019). Su objetivo principal es "monitorear las desigualdades e inequidades en salud en México para informar políticas públicas enfocadas en su reducción y potencial eliminación" (SS/ONIS, 2019, pág. 8).

Las brechas de desigualdad se refieren a la diferencia absoluta y relativa entre la población del quintil I y del quintil V; se estima adicionalmente el índice de desigualdad de la pendiente a través de modelos de regresión de probabilidad lineal. Para algunos indicadores se estimó la curva e índice de concentración como mediciones que expresan el grado de desigualdad relativa encontrado a lo largo del gradiente poblacional, similar al índice de Gini. En los casos de distribución inequitativa de la carga de enfermedad, se generaron curvas de concentración y un índice de concentración (SS/ONIS, 2019).

significativamente mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza... El análisis con relación a servicios hospitalarios muestra que la probabilidad de acceder a atención hospitalaria se reduce para quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza, en tanto que la mortalidad en los hospitales no parece relacionarse con la situación de pobreza en el municipio en el que se ubican, si bien destaca que la mortalidad por infarto agudo al miocardio (IAM), medida de calidad del desempeño hospitalario, es mayor en hospitales en municipios con mayor concentración de pobreza" (SS/ONIS, 2019, páq. 6).

Otros estudios en los que se han analizado las brechas en salud se han dirigido a medir la brecha en México a partir de la mortalidad infantil, en comparación con otros países (Gutiérrez y Bertozzi, 2003), las brechas en salud en cobertura efectivas por nivel socioeconómico general (en cinco quintiles) y pobreza multidimensional (Gutiérrez, 2013)⁵³, las inequidades en salud y el acceso a servicios de salud de la población indígena (Leyva-Flores, Infante-Xibille y Gutiérrez, 2013)⁵⁴, las desigualdades en salud en grupos vulnerables (adultos mayores, indígenas y migrantes) (Juárez-Ramírez y otros, 2014), las brechas en salud a nivel nacional con un desencuentro entre oferta y demanda, entre otros factores debido a insuficiencias presupuestales (Frenk y otros, 2018a)⁵⁵, las inequidades en salud en México en municipios de acuerdo con su nivel de pobreza y su nivel socioeconómico general (González, 2018)⁵⁶.

En síntesis, los análisis sobre las brechas en salud en el sector rural y la población indígena, sobre todo a partir de la reforma de Ley en 2003 y la creación del Seguro Popular, muestran una reducción en la brecha de afiliación a instituciones de salud pública (o incremento en el acceso potencial a los servicios de salud) hasta 2018. En estos análisis se manifiestan de diversas maneras las brechas en cobertura efectiva de servicios o en acceso efectivo a los servicios de salud en el sector rural, por ejemplo con tiempos de acceso para hospitalizaciones, menor probabilidad de atención a niños rurales e indígenas para infecciones respiratorias agudas y barreras en el acceso de servicios médicos, brechas en el acceso a la seguridad social en municipios más rurales y más indígenas. Todas estas brechas están contextualizadas por la persistencia de desigualdades en salud, con afectación persistente a la población indígena en general y a la población ubicada en los quintiles de menor nivel socioeconómico. Una tarea pendiente es analizar a más detalles estas desigualdades y brechas en el sector rural y a la población indígena en el sector rural en el marco de las condiciones de la nueva ruralidad.

⁵³ Con información de la ENSANUT 2006 y 2012, Gutiérrez (2013) analiza 12 servicios y concluye que "el análisis de la ENSANUT 2012 sugiere que la cobertura efectiva de intervenciones de prevención en salud con base en unidades de salud presenta brechas importantes por nivel socioeconómico, que afectarían la equidad del sistema... El objetivo de equidad en el sistema de salud, hacia el que se ha avanzado de forma importante con la mayor cobertura de protección en salud, requiere ser fortalecido con un enfoque específico para mejorar la focalización de las intervenciones de prevención" (pág. 110).

Con información de la ENSANUT 2006 y 2012, Leyva-Flores, Infante-Xibille y Gutiérrez (2013) estudian las desigualdades a partir de la distribución de la población indígena y no indígena en cinco quintiles de nivel socioeconómico y de la población indígena y no indígena con acceso a la protección social y concluyen que, de acuerdo con estas diferencias, "se puede argumentar que aparentemente se ha logrado disminuir la brecha en relación con la protección en salud con la ampliación del Seguro Popular. Sin embargo, aún persisten condiciones de inequidad social en salud, en las cuales los indígenas representan uno de los grupos más afectados... El incremento en la cobertura de PAA [Programa de Apoyo Alimentario] y Seguro Popular podría interpretarse como indicador de reducción de la inequidad en salud, pero con escasa traducción en un incremento en la utilización de los servicios de salud" (págs. 126-127).

Frenk y otros (2018a) plantean diversas problemáticas presupuestales y del sistema de salud a nivel general, sin especificar el espacio rural. Por ejemplo: "No sorprende, por lo tanto, que los usuarios de los servicios de salud, incluso los afiliados a las instituciones públicas acudan de manera regular a los consultorios privados. Según la ENSANUT 2012, el 31% de los afiliados al Seguro Popular, el 31% de los afiliados al IMSS y el 28% de los afiliados al ISSSTE utilizan de manera regular los servicios ambulatorios privados. Llama la atención, además, el creciente uso que se está haciendo de los consultorios adyacentes a farmacias". Asimismo, caracterizan al sistema de salud como segmentado, subfinanciado y dispendioso.

⁵⁶ Con información del CONEVAL, la Secretaría de Salud, el INEGI y la ENSANUT 2016, González (2018) concluye que "al correlacionar los pocos indicadores disponibles existe evidencia de que dichas desigualdades tienen una gran magnitud en el caso de las enfermedades transmisibles, maternas y de la nutrición deficiente, y que están claramente presentes en algunas enfermedades no transmisibles y en aquellas defunciones producidas por lesiones. La Medicina Social tiene el reto de profundizar en el estudio de dichas desigualdades sociales en la salud" (pág. 54).

B. Marco teórico: derecho a la salud y acceso a los servicios de salud

Más allá de los antecedentes de investigación sobre las brechas de salud en el ámbito rural, es necesario precisar con mayor profundidad el marco teórico que da sostén al derecho a la salud de las personas, a qué se refiere, cuáles son las dimensiones que se incluyen, así como las particularidades de la aplicación de este marco legal respecto de algunos tipos de población vulnerable como mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes, Pueblos Indígenas y demás. Por último, se hace un acercamiento al marco legal del derecho a la salud en México.

1. El derecho a la salud a nivel internacional

De acuerdo con la Observación General Núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, 2000), el acceso al derecho a la salud es fundamental pues posibilita el acceso a otro conjunto múltiple de derechos humanos. Además, específicamente se menciona que "todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente". De igual forma, el derecho a la salud está plenamente reconocido en múltiples instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (donde también se menciona el nivel más alto de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966).

Asimismo, el derecho a la salud se reconoce en instrumentos como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), así como en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En cuanto a América Latina, el derecho a la salud también se reconoce en el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (OEA, 1988, pág. 10).

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2000), al ser este un derecho inclusivo, el derecho a la salud incluye no solamente la atención de salud oportuna y apropiada, sino que también se mencionan:

"los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva" (CESCR, 2000, pág. 3).

Es interesante que el CESCR no adopte la definición de salud que se encuentra en la Constitución de la OMS, que asume al derecho a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades. En todo caso, el nivel más alto de salud física y mental no se limita solo a la atención específica o a estar sano, sino también a un conjunto de libertades y derechos, entre ellas las relativas a controlar la salud y el cuerpo propios (incluida la salud sexual) y a no sufrir injerencias sobre el cuerpo, mientras que por el lado de los derechos el más común e importante es el derecho a un sistema de protección a la salud que brinde "oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud" (CESCR, 2000, pág. 3).

En gran medida, el trabajo generado por CESCR, así como otros instrumentos internacionales que definen el derecho de acceso a la salud, se basan en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966), que versa lo siguiente:

- 1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

De acuerdo con el CESCR, hay al menos cuatro aspectos distintos que deberían ser elementos indispensables en la garantía del derecho a la salud en cada uno de los países, como se describe en el cuadro 1:

Cuadro 1
Dimensiones de la garantía al derecho de la salud

Dimensiones	Elementos incluidos en garantía de derecho a salud
Disponibilidad	Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Los servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado y medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
Accesibilidad	Establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todas las personas. Esto incluye, por un lado: i) no discriminar por ingreso o estrato económico, pero tampoco por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social u otra similar, ii) accesibilidad física, es decir, estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así como a una distancia razonable, y que los mismos edificios sean accesibles para personas con discapacidad, iii) asequibilidad (accesibilidad económica) o, dicho de otro modo, que estén al alcance de todas las personas independientemente de su nivel de ingresos, pero que además los pagos y contribuciones se basen en un principio de equidad, especialmente cuidando que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos, iv) acceso a la información, es decir, solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.
Aceptabilidad	Se debe guardar el respeto por la ética médica y por respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
Calidad	En combinación con la aceptabilidad cultural, deberán combinarse que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", *Observación General*, N° 14, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000.

En este sentido, cuando se trata de especificar cuáles son los servicios médicos y de asistencia médica que deberían estar incluidos, se mencionan i) los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, ii) la educación asociada a la salud, iii) el tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades, iv) el suministro adecuado de medicamentos, v) la atención y tratamiento de la salud mental, y vi) la participación población y comunidad en la prestación de servicios médicos, la organización del sector salud, del sistema de seguros y las decisiones políticas relacionadas con el acceso al derecho a la salud (CESCR, 2000).

Al respecto, existen algunas particularidades generales en el derecho de acceso a la salud, especialmente en términos de mujeres, niños y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades, Pueblos Indígenas y limitaciones, que son analizadas con detalle por esta publicación (CESCR, 2000). El Comité destaca también la importancia del señalamiento en torno a la igualdad del acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud:

"Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud" (CESCR, 2000, págs. 6-7).

Así, se advierte que una asignación sesgada o inadecuada del presupuesto para salud, puede generar ciertas inequidades o discriminaciones. Con este argumento, la asignación presupuestal no debería favorecer, por ejemplo, a la población con seguridad social o a la población de localidades urbanas.

2. El debate normativo del acceso al derecho a la salud en México

En el caso de México, el derecho a la salud fue reconocido legalmente a partir de 1983, año en que fue incluido de manera explícita en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (Lugo, 2015), misma que hasta 2013 versaba:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (México, 2021a).

Así pues, en México, el derecho a la salud es jurídicamente tratado como derecho a la protección de la salud, lo cual es cualitativamente distinto. Puede señalarse que la Constitución mexicana tiene un enfoque restrictivo en su definición del derecho a la salud señalado como "derecho a la protección de la salud" (México, 2021a); no es lo mismo señalar sin más el derecho a la salud y al "más alto nivel posible de salud física y mental" (Naciones Unidas, 1966), que el postular el "derecho a la protección de la salud"; no es lo mismo la exigibilidad con el derecho a la salud que con el derecho a la protección de la salud. En todo caso, es a partir de la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos, que los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte son equiparables en obligatoriedad al marco legal de leyes mexicanas y a partir de ellos puede plantearse la exigibilidad. Al menos, la Ley General de Salud (LGS) en el artículo primero bis⁵⁷ reconoce a la salud "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (México, 2021b).

El otro instrumento jurídico de importancia para el acceso a la salud en México es la mencionada LGS, publicada el 7 de febrero de 1984. Esta ley reglamenta el derecho a la protección de la salud del artículo cuarto de la Constitución, definiendo bases y modalidades en el acceso a servicios de salud, así como la concurrencia entre el nivel federal y los estados. Entre las diversas finalidades de la LGS están:

⁵⁷ Este artículo fue incluido en la Ley General de Salud el 4 de diciembre de 2013 (México, 2021b).

"las relativas al desarrollo personal, cuando se busca el bienestar físico y mental para el ejercicio pleno de las capacidades de la persona, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y el conocimiento sobre los servicios de salud, también acerca de deberes como los valores que permitan disfrutar de las condiciones de salud y contribuir al desarrollo social, para lo que se requiere de la actitud solidaria y responsable y, por último, de mejora material, al referirse a los servicios de salud y la investigación científica" (Lugo, 2015, págs. 138-139).

De igual forma, la LGS enumera algunos de los servicios de salud preventivos a incluirse, entre ellos i) educación, ii) prevención y control de enfermedades, iii) planificación familiar, iv) la promoción y mejoramiento de la nutrición, v) médica integral, vi) materno infantil, vii) de adultos mayores, viii) mental, ix) bucodental, x) disponibilidad de medicamentos e insumos, y xi) de asistencia social (Lugo, 2015). Como bien señala la autora, el acceso al derecho a la protección de la salud en México se concreta mediante los servicios médicos.

En este apartado se han analizado y mostrado los fundamentos legales y los instrumentos que norman el acceso al derecho a la salud a nivel internacional y en el mundo. De este modo, se ha puesto en evidencia que el concepto del derecho a la salud según estas normativas es amplio, se habla del nivel más alto posible de salud, además de mencionar su necesidad para el desarrollo de una vida digna. Este enfoque amplio será la guía teórica general de este trabajo. También se señala lo relativo a la normatividad en México, que data de fechas más recientes. De igual forma, los distintos elementos de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad complejizan el alcance de la norma respecto a la salud y delinean las dimensiones sobre las que será posible analizar las brechas de acceso, según se detalla en el capítulo II.

II. Marco metodológico para el diagnóstico de las brechas de salud en la nueva ruralidad en México

La estrategia con lo que se propone aproximar el análisis de este documento al diseño de investigación, será mediante el análisis cuantitativo de los datos disponibles para México que relacionan con la nueva ruralidad así como el acceso efectivo al derecho a la salud. De esto modo, en los aparatos siguientes dentro de este capítulo, se darán más detalles del diseño, el objetivo y las preguntas de investigación, así como una explicación detallada de las dimensiones de análisis a utilizar y que funcionan como marco del análisis. Más adelante se describen las fuentes de datos a utilizar, así como las variables de interés y los indicadores específicos que serán utilizados, al igual que los cruces que se harán para enriquecer el conocimiento sobre las brechas de acceso a la salud. A partir de la revisión del estado del arte sobre la nueva ruralidad y las brechas y desigualdad en el acceso a los servicios de salud se tratará con la propuesta metodológica dar cuenta de la complejidad de estas temáticas, más aún si se pretende relacionarlas. La idea general será dar cuenta de las brechas de acceso a los servicios de salud en vinculación con dimensiones generales y centrales de la nueva ruralidad desde un enfoque de derecho a la salud amplio de acuerdo con la normatividad nacional e internacional.

El contexto general de esta investigación toma como punto de partida fundamentalmente las reformas de mercado generadas durante más de tres décadas y se concluirá en 2018. Así, la mayor parte de la investigación estará centrada en el período de las reformas de mercado. ¿Cuál sería el tipo ideal del mundo rural después de las transformaciones en las políticas económicas y sociales del período de las reformas de mercado? ¿Hacia dónde debería dirigirse este mundo rural? Hacia una transformación de la estructura económica del sector rural, con un sector agropecuario liberalizado, desregulado, modernizado y competitivo, abierto al comercio y a las inversiones privadas nacionales e internacionales, y una pluralidad de actividades económicas que pudiera recibir a los agricultores menos eficientes y menos productivos con más empleos, con menos pobreza debido fundamentalmente a las inversiones en capital humano que permitirían a los pobres rurales salir por ellos mismos de la pobreza en el mercado laboral, con acceso universal a sistemas de protección financiera y de servicios a la salud con, primero, mayor seguridad social para el sector rural debido a los nuevos empleos generados en el sector y, segundo, con

acceso a un nuevo sistema de protección para los no afiliados a la seguridad social, que incluía un paquete limitado pero creciente de servicios, y con menor desigualdad social gracias al cierre de brechas en la salud. A fin de cuentas, liberalización y privatización, menor pobreza y desigualdad, menores brechas de desigualdad en el derecho a la salud. Esta imagen ideal del mundo rural será contrastada con los resultados de esta investigación sobre brechas en el acceso a la salud en México.

A. Estrategia general de investigación

El objetivo general de la investigación es analizar y cuantificar las brechas de acceso a salud en la nueva ruralidad, así como en la población indígena de la nueva ruralidad. En este sentido, surgen una diversidad de preguntas generales de investigación que se pretenden atender en este documento:

- ¿Cuál es la situación actual (hasta 2018) e histórica del acceso a la salud entre la población rural en México?
- ¿Existen brechas en el cumplimiento del derecho de acceso a la salud dentro de la población en localidad con población en localidades menores de 15.000 habitantes respecto del resto de la población? ¿Qué tan amplias son?
- ¿Cuáles son los factores asociados (condición de habla de lengua indígena, migración, sexo, entre otros) con un mayor o menor acceso a la salud dentro de la población en localidades menores de 15.000 habitantes?
- ¿Cómo se relacionan estas brechas en el cumplimiento del derecho de acceso a la salud con las condiciones de pobreza y la desigualdad en México en general y dentro de la población rural?
- Una vez identificadas estas brechas, ¿qué recomendaciones o propuestas se pueden proveer para su posible cierre?

Dentro de la estrategia general dirigida a analizar las brechas de salud en la nueva ruralidad, con base en los antecedentes de investigación revisados en apartados anteriores, esta investigación se enfoca a analizar el cumplimiento del derecho de acceso a la salud entre la población que vive en localidades de menos de 15.000 habitantes, localidades que en este trabajo se caracterizarán como rurales (y las de 15.000 habitantes o más como urbanas). La situación del acceso en dicha población será contrastada con la población en localidades con menos de 2.500 habitantes, así como con la población en general. Con esta división poblacional se tratará de responder a las nuevas dinámicas de relación rural y urbana, tomando en cuenta la propuesta de diversas ruralidades de la OCDE (2007) y debates diversos como el de Gaudin (2019) y otros mencionados en el apartado del estado del arte. La estructura poblacional de México en 2018 contaba aún con el 39,1% de la población habitante en estas localidades rurales y la mayor parte de los campesinos⁵⁸ y trabajadores agropecuarios (o jornaleros) del país vivían en ellas (véase el cuadro A1 en el anexo estadístico)⁵⁹.

B. Dimensiones de análisis

De acuerdo con el objetivo de este documento, existen varias dimensiones en las que se puede desagregar el análisis del acceso a la salud:

⁵⁸ Hogares o personas con negocio agropecuario dominante en este trabajo.

⁵⁹ En ese año había un 8,6% de campesinos y un 7,9% de trabajadores agropecuarios en el país, la gran mayoría en las localidades rurales (8,2% y 7,1% respectivamente) (véase el cuadro A1 en el anexo).

- Afiliación a instituciones de salud. De acuerdo con algunos autores (Gutiérrez y otros, 2016, 2019; Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013; Leyva-Flores, Infante-Xibille y Gutiérrez, 2013), la afiliación a las instituciones de salud es el equivalente a un acceso potencial a servicios de salud. Aquí se analiza respecto de toda la población, pues el objetivo es que toda la población tenga asegurado este acceso potencial a la salud, vía la afiliación con alguna de las instituciones públicas de salud. Esta dimensión es importante pues es una de las más básicas por poder conocer el probable acceso que puedan tener garantizadas las personas.
- Condición de salud reportada. Como se ha mostrado en el apartado anterior, una dimensión de análisis muy importante es la condición de salud reportada por la población para cada individuo. Una aproximación se hace a partir de los reportes de enfermedades durante algún período previo (que puede variar dependiendo de la aproximación de la encuesta o el instrumento recolector de la información), de donde se suele dividir a la población en personas sin problemas de salud, es decir, quienes no hayan reportado presentar ningún problema de salud durante el período mencionado, así como personas con problemas de salud, aquellas que tuvieron algún motivo para buscar atención de salud (independientemente de si acudieron o no).
- Atención efectiva en salud. También conocida como acceso a atención, esta dimensión de análisis del acceso a la salud difiere de la primera de acceso potencial en que busca mostrar el acceso que efectivamente pueden tener las personas, tomando en cuenta a la población con problemas de salud que buscó atenderse y tuvo acceso a atención.
- Calidad y accesibilidad de atención a la salud. Existen también diversos matices importantes entre cómo acceden las personas a la salud, desde barreras de distancia física, tiempo de traslado a las unidades de atención, así como otras barreras y dificultades ya en las unidades de salud, como económicas, el tiempo de atención o hasta la negación de la atención por diversas razones. Esta dimensión también se refiere a la importancia de otorgar acceso a la salud en todos los aspectos de la atención, sin cobrar por ningún aspecto. La importancia de esta dimensión radica en la posibilidad de trazar distinciones relevantes en la forma en que acceden a la salud las personas entre diferentes instituciones de salud o incluso dentro de las mismas instituciones.
- Equidad en acceso a salud. Para entender las dimensiones de análisis antes mencionadas, es fundamental relacionarlas con un conjunto de variables que denoten las posibles brechas que puedan existir en términos del acceso a la salud. Como se hizo notar en la sección anterior, puede haber varias diferencias entre el acceso más alto posible de salud que permita vivir dignamente (CESCR, 2000) y otras formas de acceso (o de falta de acceso) que estén asociadas con otras variables económicas y sociales (como estrato social, tipo de localidad, entre otras). Así pues, el objetivo de esta dimensión será dilucidar en qué aspectos se observan las mayores brechas para ayudar a entender el acceso a la salud diferenciado entre la población.

C. Fuentes fundamentales de datos y período de estudio

Para analizar el acceso a la salud en el medio rural se utilizan fuentes de información que dispongan de variables suficientes para dar cuenta de las distintas dimensiones mencionadas. En ese sentido, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), levantada por el INEGI en México, resalta como una de las fuentes de información más confiables sobre el tema, puesto que combina la integración de las dimensiones de acceso a la salud con una amplia batería de preguntas (que se detallan más adelante), además de que posibilitan utilizar preguntas relacionadas con el ámbito laboral y económico del entrevistado, y otras variables sociodemográficas relevantes para el análisis.

Dentro de las ventajas de utilizar la ENIGH destaca la amplitud de su levantamiento, que supera los 70.000 hogares desde el año 2016, y que permite dividir por tamaño de localidad, de manera que se puede tener información desagregada en cuatro categorías distintas de tamaño de localidad, a saber, menos de 2.500 habitantes, de entre 2.500 y 14.999 habitantes, de entre 15.000 y 99.999 habitantes y más de 100.000 habitantes.

Otro aspecto destacable es la periodicidad de la ENIGH. Se levanta cada dos años (durante los años pares) y, más allá de algunas diferencias metodológicas, sus microdatos disponibles públicamente van de 1984 a 2018, y con variables de interés para este estudio a partir de 1992, por lo cual el estudio se centrará en el período 1992-2018. En 2008, la encuesta tuvo su rediseño más importante y se incluyeron muchas de las variables de atención a la salud y acceso efectivo que serán utilizadas. Antes de esta fecha, la disponibilidad de datos en el tema es menor; en muchos casos, la afiliación a instituciones de salud solo se conoce vía la derechohabiencia laboral y el uso de servicios médicos solo se sabe por el gasto realizado en cuidados de la salud. Por otra parte, por limitaciones en la comparabilidad, especialmente en la afiliación a instituciones de salud, no se incluirán los datos de la encuesta 2020⁶⁰. En el siguiente apartado se detalla más sobre la disponibilidad por años de cada una de las variables de interés.

D. Variables de interés

Para profundizar en el análisis de cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, la ENIGH cuenta con distintas variables útiles. A continuación se describen las variables a utilizarse y se resumen en el cuadro 2; se incluye la dimensión a la que corresponden y la disponibilidad de años para los que se tiene la información.

En cuanto a la primera dimensión, afiliación a instituciones de salud, la variable disponible más importante es justo aquella que indica la afiliación a alguna institución de este tipo y que permite identificar todas las instituciones de salud a las que está afiliada la persona y las razones por las que está afiliada (como prestación laboral, por jubilación o pensión, por alguna institución educativa, afiliación voluntaria, entre otras). Esta variable, aunque es tan significativa, solo está disponible para el período posterior al año 2008. En cambio, para períodos anteriores a 2008 (desde 1984), también está disponible la variable de afiliación a instituciones de salud solo como una prestación laboral, por lo que se pregunta solo a las personas ocupadas. Asimismo, se cuenta con variables que dan evidencia de la contratación de seguros médicos privados y de invalidez.

En el caso de la dimensión de atención efectiva en salud, se cuenta específicamente con el dato de la institución donde se atendieron las personas que necesitaron algún tipo de atención médica. Aquí también se incluye un desglose interesante, en categorías ajenas a las instituciones públicas, con detalle incluyendo hasta consultorios de farmacias. Desafortunadamente, esta variable solo está disponible para 2014 y posteriores (en el período 2008-2012 la variable se preguntaba en el cuestionario pero de una manera distinta y no comparable con el período más reciente).

A pesar de que la ENIGH es una encuesta enfocada en el ingreso y el gasto de los hogares, cuenta con una cada vez más amplia batería de preguntas relacionadas con la dimensión de calidad y acceso a la atención de la salud. Un conjunto interesante de preguntas relacionadas con esta dimensión fue

En noviembre de 2019 fue creado el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desapareció la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPS) operadora del Seguro Popular. El INSABI tiene como objetivo, de acuerdo con la Ley General de Salud, "proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social" (CONEVAL, 2021, pág. 4). A partir de esta transformación, el INEGI modificó la captación de la afiliación para la ENIGH 2020. En la ENIGH 2018, la pregunta sobre el Seguro Popular fue: "Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?" En la de 2020 fue: "Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular, o tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)?" Además, el trabajo de campo de la ENIGH 2020 se desarrolló entre agosto y noviembre de 2020, cuando aún no se firmaba la totalidad de acuerdos del Sistema Nacional de Salud y las 32 entidades federativas (CONEVAL, 2021, págs. 4-5).

incluido a partir de 2008, entre ellas el tiempo de traslado al lugar de atención de salud y el tiempo de espera para recibir la atención, así como los motivos que podrían haber causado que la persona que necesitaba algún tipo de atención médica hubiera evitado buscarla o, si la buscó y no la recibió, indicar los motivos. Dos aspectos muy importantes fueron añadidos apenas a partir de 2014: los distintos rubros (como medicinas, estudios, entre otros) por los que podría haber pagado la persona atendida, aun cuando haya sido atendida en una institución pública de atención a la salud, así como cuál fue la institución que le negó o donde no pudo recibir atención médica.

En cuanto a la dimensión de equidad en el acceso a la salud, hay distintas variables de corte sociodemográfico, así como económico y laboral, que son útiles para este análisis. Primero, para todo el período de 1992 a 2018 la ENIGH desagrega por tamaño de localidad, lo que permite separar las observaciones entre localidades con menos y más de 15.000 habitantes y coincide con la literatura sobre nueva ruralidad, como se analizó en el capítulo anterior. En otras variables relacionadas, se dispone de las sociodemográficas como sexo, edad y si se es hablante de alguna lengua indígena. Además, también se cuenta con otras variables económicas y laborales, como los ingresos del hogar (y las distintas fuentes de ingresos), indicadores sobre la condición de ocupación y la condición de actividad económica, así como la formalidad y el sector de empleo.

Cuadro 2
Disponibilidad de variables de información en la ENIGH, según disponibilidad en los distintos levantamientos de la encuesta

Dimensión	Variable	Disponibilidad
Afiliación a institu	ciones de salud y contratación seguros	
	Afiliación a instituciones de salud	2008-2018
	Afiliación a instituciones de seguridad social como prestación laboral	1992-2018
	Contratación seguro médico gastos privados	1984-2018
	Contratación seguro voluntario de invalidez	2008-2018
Atención efectiva	en salud	
	Atención por instituciones (plenamente comparable)	2014-2018
Calidad y accesib	ilidad de atención a la salud	
	Tiempo de traslado a lugar de atención	2008-2018
	Tiempo de espera en lugar de atención	2008-2018
	Rubros de pago en atención médica	2014-2018
Variables sociode	mográficas	
	Tamaño de localidad	1992-2018
	Sexo	1992-2018
	Edad	1992-2018
	Habla de lengua indígena	2008-2018
Variables laborale	s y económicas	
	Ingresos (por fuentes)	1992-2018
	Población económicamente activa	1992-2018
	Formalidad en el empleo	1992-2018
	Sector de empleo	1984-2018

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), distintos años.

E. Indicadores de interés específicos y variables de corte para brechas

Con base en las variables anteriores se podrán calcular algunos indicadores principales que guiarán el análisis general del acceso a la salud en la población en el medio rural en México:

a) Acceso potencial

Porcentaje de la población con acceso potencial = 100%—(porcentaje de la población sin afiliación a alguna institución pública de salud o seguro privado).

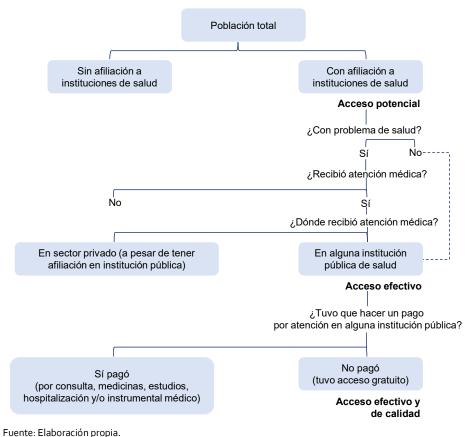
b) Acceso efectivo

Porcentaje de la población con acceso efectivo (sobre la base de Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, pág. 184) = 100% — (porcentaje de la población sin afiliación a alguna institución pública de salud o seguro privado) — (porcentaje de la población con afiliación a instituciones públicas pero que fue atendida en servicios privados como respuesta a las barreras de los públicos).

c) Acceso efectivo y calidad

Porcentaje de la población con acceso efectivo y calidad = 100% – (porcentaje de la población sin afiliación a alguna institución pública de salud o seguro privado) – (porcentaje de la población con afiliación a instituciones públicas pero que fue atendida en servicios privados como respuesta a las barreras de los públicos) – (porcentaje de la población con afiliación a instituciones públicas y que se atiende en dichas instituciones pero tiene que hacer un pago por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico u otros). En el diagrama 1 se ilustra la lógica de interrelación entre las tres variables anteriores .

Diagrama 1 Estructura de la estimación de población con acceso potencial, acceso efectivo y acceso efectivo y de calidad



. .

Además de los tres indicadores básicos mencionados y su interrelación, se calcularán otros indicadores secundarios que enriquezcan el entendimiento y el análisis de la calidad en el acceso a la

salud, utilizando las variables ya mencionadas en secciones anteriores sobre las barreras que impiden el acceso efectivo, como el tiempo de traslado y atención, y el porcentaje de atenciones en instituciones de salud donde se tuvo que realizar un pago. Así, se trabaja con el enfoque de derechos, centrado en la atención pública gratuita universal como el estándar más exigente.

La reforma de salud en México en 2003 se basaba en un enfoque restringido del derecho a la protección de la salud, pero aquí se propone un parámetro más estricto. Este estándar de derechos permite considerar una situación potencial normativa de servicios gratuitos para todos, con los mismos servicios para todos y el mismo estatus de derechos de ciudadanía social en instituciones públicas; permite evitar la barrera económica en el acceso a los servicios, la inequidad de paquetes de servicios diferenciados y estratificados, y la creación de diferentes estatus con titularidades diversas, exigibilidades diferenciadas y ciudadanías sociales jerarquizadas.

Por otro lado, las brechas en el acceso se ilustrarán con base en el cruce de los indicadores anteriores, junto con otras de las variables sociodemográficas mencionadas en el apartado anterior, entre ellas:

- Distinción entre localidades del medio rural en México, así como desagregación por localidad con menos de 2.500 habitantes cuando haya disponibilidad de datos.
- Desagregación según variables sociodemográficas como ser hablante de alguna lengua indígena, sexo y edad.
- Desagregación según variables de actividad económica como el tipo de empleo o negocio, ya sea agropecuario o no.
- Desagregación según variables económicas como nivel de ingresos y composición de las fuentes de ingresos o sector de la fuente de ingresos.

A partir del enfoque de derechos propuesto, se dirigirá el estudio de las brechas de acceso a la salud en especial frente al acceso universal a la salud, tanto en relación con el acceso potencial, como con el acceso efectivo y el acceso efectivo y de calidad. La brecha se medirá como el acceso universal (100%) menos el acceso identificado. Asimismo, se señalarán las brechas de acceso a la salud en localidades rurales en relación con las urbanas.

En el caso de los indicadores que serán útiles para analizar las brechas de acceso, especialmente en términos económicos, se propone utilizar indicadores de pobreza por ingresos y medidas de desigualdad de ingresos, entre ellos:

- Identificación de pobreza por ingresos utilizando las líneas de pobreza del CONEVAL, disponibles para el período 1992-2018.
- Identificación de los hogares por deciles de ingreso per cápita según total de población, análisis que puede hacerse con las variables disponibles en la serie completa de la ENIGH.
- El coeficiente de Gini y el coeficiente de concentración.

Utilizar el coeficiente de concentración tiene diversas ventajas al analizar políticas públicas. El coeficiente de concentración es un indicador que compara dos distribuciones distintas bajo una lógica similar al coeficiente de Gini, que mide el área entre la línea de perfecta igualdad (45°) y la curva de Lorenz. Así pues, en el caso de los coeficientes estimados, donde se compara la distribución de distintos indicadores comparados con la distribución de los ingresos, el coeficiente de concentración toma un valor de cero si ambas distribuciones comparadas son exactamente iguales, toma un valor positivo si la distribución del indicador comparado es más desigual que la distribución de ingresos y un valor negativo si la distribución del indicador es más igualitaria que la distribución de ingresos. Por esta razón, cuando el indicador comparado respecto a los ingresos es una política de gasto público, se dice que un valor positivo en el coeficiente de concentración muestra que el gasto es regresivo, mientras que con un valor negativo es progresivo.

III. Brechas de salud y nueva ruralidad

Las localidades rurales siguen representando un porcentaje importante de la población total del país, 39,1% en 2018 (frente al 39,9% en 1992) (véase el cuadro A1 en el anexo)⁶¹. Los habitantes en estas localidades han aumentado en poco más de 14 millones (34,8 millones en 1992 y 49 millones en 2018) (véase el cuadro 3). En este período se han transformado no solo las condiciones económicas y las políticas económicas y sociales hacia el sector rural, también se ha transformado el perfil sociodemográfico de esta población. Lejos de experimentarse un proceso estático en ese largo período de reformas de mercado, en el sector rural se han expresado cambios importantes. La población menor de 18 años ha bajado su peso en la estructura demográfica y en 2018 representa ya únicamente el 37,4% frente al 51,9% en 1992; en el otro extremo, el grupo etario mayor de 60 años aumentó su peso hasta 11,8% desde el 6,8%, respectivamente, y la población entre 19 y 59 años, importante para el empleo, llegó al 50,9% de 41,4%, respectivamente. Así, se ha reducido la tasa de dependencia⁶²: de una fuerte dependencia, se ha pasado a un mayor equilibrio, de 141 en 1992 a 97 en 2018, lo que puede favorecer reducciones de la pobreza con mayor empleo en los hogares (véase el cuadro A2 del anexo estadístico).

La proporción de indígenas en las localidades rurales se ha reducido: en 2008 era el 15,4% de la población de esas áreas y en 2018, bajó al 12%⁶³. La situación de la pobreza de ingresos mejoró, aunque sigue con una incidencia notablemente elevada: bajó del 80,3% en 1992 al 62,1% de la población en 2018; así, casi cada dos de tres personas en el sector rural estaban en situación de pobreza en 2018. En números absolutos, la pobreza de ingresos se ha incrementado de 28 millones de personas a 30,4 millones entre

⁶¹ En este trabajo se adopta el criterio de poblaciones hasta 14.999 habitantes como localidades rurales. Los porcentajes aquí obtenidos son coherentes con las conclusiones con respecto a OCDE (2007, pág. 37).

⁶² Aquí se utiliza un aproximado de la tasa de dependencia, a partir de los datos etarios que proporciona la ENIGH. La se calcula como la proporción de la suma de menores de 18 años y de mayores de 60 años dividida entre el grupo entre 19 y 59 años; resulta así una sobreestimación de la tasa de dependencia. Los cálculos se hicieron sobre la base de las ENIGH (INEGI, 1992 y 2018).

⁶³ En este caso, para aproximarse a la población indígena, se utiliza como criterio a la población que reporta hablar una lengua indígena. Este criterio es igualmente utilizado por el CONEVAL en su metodología de medición oficial de la pobreza en México. Una alternativa distinta, la de aproximarse mediante la variable de autoadscripción étnica, ha sido incluida solo más recientemente en los cuestionarios del INEGI, pero no es utilizada por mediciones oficiales como la del CONEVAL.

1992 y 2018 (véanse los cuadros A2 y A3 en el anexo). Por su parte, la población en situación de pobreza extrema pasó del 41% de la población en 1992 al 22% en 2018; es decir, se redujo casi a la mitad en términos porcentuales. En números absolutos, habría una reducción cercana a 3 millones de personas en situación de pobreza extrema, pasando de 14,2 a 10,8 millones de personas. En ese sentido, la reducción de la pobreza extrema ha sido más clara que en el caso de la pobreza total.

Cuadro 3 Pobreza de ingresosª en la nueva ruralidad, 1992 y 2018

	1992	2018
Población	34 807 107	49 004 198
Población no pobre	6 850 823	18 578 105
Población pobre	27 956 284	30 426 093
Población en pobreza extrema	14 243 807	10 774 979
Porcentaje de pobreza	80,32	62,09
Porcentaje de pobreza extrema	40,92	21,99

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992 y 2018.

En medio de los cambios económicos el trabajo agropecuario se ha mantenido y si en 2000 los campesinos eran el 18,9% del total de la población rural y la población dependiente de los trabajos agropecuarios el 9,7%, en 2018 había 19,8% y 17,2%, respectivamente, con un incremento relevante de las opciones de trabajo agropecuario. En concordancia con parte de los planteamientos de la nueva ruralidad, en especial la pluriactividad en las áreas rurales, la población dependiente de negocios no agropecuarios es relevante en las localidades rurales en México y pasó del 17,7% del total en 2000 al 20,8% en 2018, y la población dependiente de trabajos no agropecuarios disminuyó del 53,7% al 42,2% (véase el cuadro A2 del anexo). La estructura de las actividades rurales ha consolidado su complejidad.

En este contexto de cambios sociodemográficos y de transformaciones en el mundo rural es pertinente centrar la mirada en el acceso a la salud en el medio rural, desde un enfoque de derechos. Para ello, se atenderá el acceso potencial, el acceso efectivo y el acceso efectivo y de calidad a la salud en los próximos apartados, desde un enfoque de derechos centrado en la atención pública gratuita universal como el estándar más exigente.

A. Acceso potencial a la salud

1. Acceso potencial a la salud en general

En el acceso potencial a la salud pueden distinguirse claramente dos períodos: 1992-2006, con un promedio del 36% de los habitantes, y 2008-2018⁶⁴, con un incremento constante total nacional y con

^a A diferencia del cálculo de pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), esta estimación es un poco más simple pues solo se compara el ingreso corriente total per cápita de los hogares con la línea de pobreza del CONEVAL (según tamaño de localidad). La metodología del CONEVAL es más compleja, pues al ingreso corriente total le sustrae algunos rubros de ingreso y utiliza economía de escala, antes de comparar al ingreso con la línea de pobreza. Por tal razón, el porcentaje de pobreza que se muestra es un poco menor al de la medición oficial de pobreza.

No se incorporará la información de 2020, sobre acceso potencial a las IPPS-CI, debido a que en la ENIGH 2020 se modificó la pregunta sobre la afiliación a ellas. En 2018 la pregunta en la ENIGH respectiva fue: "Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?" y en 2020 fue: "Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular, o tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)?" (CONEVAL, 2021, pág. 5). En primer lugar, con la nueva pregunta no es posible distinguir la afiliación al Seguro Popular o al INSABI, en segundo lugar, el trabajo de campo para la ENIGH 2020 se llevó a cabo entre agosto y noviembre, cuando varias entidades del país no habían firmado los acuerdos de coordinación con el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a la reformada Ley General de Salud, lo que según CONEVAL (2021, pág. 4) "podría tener incidencia en la operación del INSABI en estas entidades ya que su funcionamiento pudo no haber tenido el mismo impacto que en las entidades donde ya se tenía firmado el convenio", y también pudo haber tenido impacto en el conocimiento mismo de los derechohabientes sobre la nueva institución y sus derechos.

10

un promedio del 75% de la población. A pesar de este incremento, todavía en 2018, el 18% de la población no contaba con este acceso potencial (véanse el gráfico 1 y el cuadro A3 en el anexo). En estos períodos, inicialmente (1992-2006) el acceso potencial era notoriamente mayor en las localidades urbanas, más elevado incluso que el promedio nacional, con un promedio del 47%; el acceso potencial era muy reducido en las localidades rurales, con promedio en el período del 17%. La brecha promedio entre estos dos tipos de localidades en el acceso potencial fue de 2,8 veces entre 1992 y 2006.

Con un fuerte cambio entre 2006 y 2008, la brecha va disminuyendo hasta desaparecer: el promedio en el acceso potencial de las localidades urbanas en el período de 2008-2018 fue del 75%; sin embargo, el dinamismo en el acceso potencial fue manifiestamente más fuerte en las localidades rurales, con un promedio también del 75%. La brecha promedio en el período 2008-2018 fue de 1,01 veces; habría desaparecido así la brecha entre ambos tipos de localidades. Con todo y este notable dinamismo, en 2018 no contaban con acceso potencial el 19% de los habitantes de localidades urbanas y el 15% de los de localidades rurales, un déficit social desde el enfoque de derechos sociales (véanse el gráfico 1 y los cuadros A3 y A4 en el anexo).

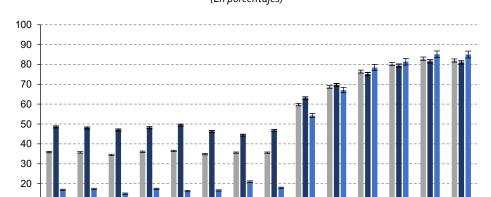


Gráfico 1

México: acceso potencial a salud, 1992-2018

(En porcentajes)

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

2006 2008

2010

Localidades rurales

2002 2004

■Localidades urbanas

Nota: Tanto en este gráfico como en los siguientes, se adicionan las líneas que señalan los intervalos de confianza estadísticos de las estimaciones.

El acceso potencial a la salud durante el período 1992-2018 tiene dos formas predominantes: el acceso a través de la seguridad social y el acceso a las instituciones públicas de protección social (IPPS-CI) (el Seguro Popular). Resaltan dos subperíodos en estas casi tres décadas: de 1992 a 2006, con el dominio del acceso (aunque limitado en promedio general) a través de la seguridad social, y 2008 a 2018 con la inclusión competitiva de otra opción de acceso, las IPPS-CI a partir de la reforma de salud de 2003 y la incorporación del Seguro Popular⁶⁵. El acceso potencial a la salud se obtiene así a través de diversas instituciones de seguridad social y de las de protección social, segmentadas, no unificadas y que laboran en forma paralela. Existe otra tercera forma de acceso: los seguros privados que a fin de cuentas son notablemente minoritarios. Si se toma la última fecha de información consolidada en las

1996

■ Nacional

2000

⁶⁵ El registro de la afiliación al Seguro Popular inició en las ENIGH solo a partir de 2008.

ENIGH, 2018, el mapa que resulta es de acceso potencial a la salud del 43% a través de la seguridad social, el 42% del Seguro Popular y el 1,3% de seguros privados, con un acceso total del 82% (nótese que la suma de las tres formas es mayor, debido especialmente a la duplicidad de registros, situación que es general en las encuestas entre 1992 y 2018) (véase el cuadro A3).

2. Acceso potencial a la seguridad social

El acceso potencial a la salud a través de la seguridad social fue la forma preponderante entre 1992 y 2006 con promedio del 97,3%: sistemáticamente, más del 94% del acceso potencial se generaba en estos años en las instituciones de seguridad social, especialmente el IMSS. El acceso potencial era reducido en general, ya que menos del 50% de los habitantes contaba con este acceso potencial (35% en promedio en el período 1992-2006); aunque la mayor parte contaba con el acceso potencial a la atención a la salud a través de la seguridad social. Entre 2006 y 2008 inicia un cambio relevante: la seguridad social va dejando de ser la forma casi única de acceso a la atención de la salud con la afiliación creciente a otras formas de acceso potencial. De representar el 98% del acceso potencial a la salud en 2006 pasó a solo el 63,2% en 2008, proceso que se ratifica en los siguientes años considerados y así en el período 2008-2018, el peso promedio del acceso potencial a la salud a través de la seguridad social fue ya solo el 54,1% (véase el gráfico 2).

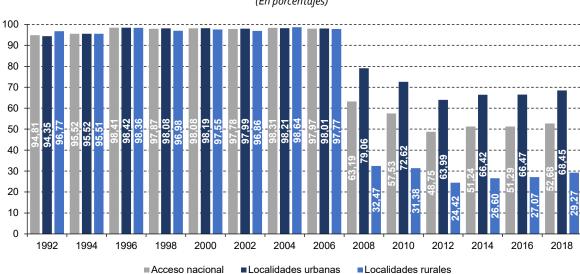


Gráfico 2

México: peso de acceso potencial a salud a través de seguridad social, 1992-2018

(En porcentajes)

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

En las localidades urbanas la seguridad social es la forma preponderante de acceso potencial a la salud: entre 1992 y 2006, el peso del acceso potencial a través de la seguridad social es en promedio del 97,3%; entre 2006 y 2008 también se experimenta un cambio y el acceso potencial a través de la seguridad social reduce su peso hasta situarse en un promedio del 69,5% en el período 2008-2018. Puede decirse que con todo y los cambios experimentados en la primera década del siglo XXI, la seguridad social continúa siendo la forma de acceso potencial a la salud más importante para los habitantes en localidades urbanas. Donde se observa un cambio más notable fue en las localidades rurales: también en estas localidades el acceso potencial principal entre 1992 y 2006 era a través de la seguridad social (con un promedio en el período de 97,3%); había poco acceso potencial (apenas uno de cada cinco habitantes contaba con este acceso) y se concentraba en la seguridad social.

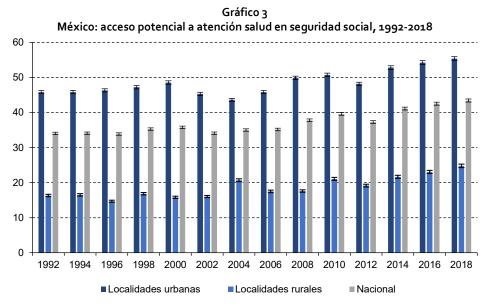
El cambio fue especialmente notorio en 2008, con una reducción del peso de la seguridad social en el acceso potencial del 97,8% en 2006 a únicamente el 32,5% en 2008 en las localidades rurales y en el período de 2008-2018 el promedio del peso del acceso potencial a la salud a través de la seguridad social en estas localidades rurales fue ya solo del 28,5%. Puede decirse que en las localidades rurales la seguridad social no es la forma de acceso potencial a la salud más relevante; como se verá a continuación, en estas localidades hay un acceso potencial importante (más de ocho habitantes de diez cuentan con él, hasta 2018) y no se concentra en la seguridad social (véanse el gráfico 2 y los cuadros A3 y A4).

Efectivamente, el acceso potencial a la salud a través de la seguridad social, forma predominante en el período 1992-2006, fue bajo a nivel nacional, intermedio a en las localidades urbanas y muy bajo en las localidades rurales. A nivel nacional, fue de solo el 35% en promedio. En el segundo período, 2008-2018, se incrementó en apenas 5 puntos porcentuales, con promedio en el período del 40%. En este período se experimentó la reforma laboral de 2012 y los resultados en creación de empleos formales (con seguridad social) fueron mínimos: en seis años solo se incrementó el acceso a la salud a través de la seguridad social en seis puntos porcentuales (37% en 2012 frente a 43% en 2018) (véase el cuadro A5 en el anexo).

En las localidades urbanas el acceso potencial a la salud a través de la seguridad social es mayor y con fluctuaciones ligeras se mantuvo con promedio del 46% entre 1992 y 2006, y aumentó en 6 puntos porcentuales entre 2008 y 2018 (o 13%), con promedio en este período del 52%, para llegar al 55% en 2018. Así, en las localidades urbanas, en promedio apenas un poco más de la mitad de los habitantes cuenta con acceso potencial a la salud a través de la seguridad social, después de tres cuartos de siglo de inicio (1943) de la seguridad social, que en su diseño favoreció especialmente a las zonas urbanas del país. En el otro extremo, en las localidades rurales el acceso a la salud a través de la seguridad social es notablemente bajo en el período 1992-2006: promedio de únicamente el 17%; este acceso se incrementó también en el período 2008-2018 al 21% en promedio, hasta llegar al 25% de acceso en 2018.

Las reformas estructurales en el sector rural mexicano no impactaron de manera importante en la generación de acceso a la salud a través de la seguridad social: en promedio más de tres cuartas partes de la población de estas localidades no cuenta con él. En algunas regiones del país, las localidades rurales cuentan aún con menor acceso potencial a la salud a través de la seguridad social (por ejemplo, en Chiapas el indicador para 2018 fue del 7%, Guerrero, 11% y Puebla, 12%). Por una parte, la brecha promedio entre estos dos tipos de localidades en el acceso potencial a la salud a través de la seguridad social fue de 2,7 veces favorable a las localidades urbanas en el período 1992-2006; en el período 2008-2018 fue ligeramente menor, de 2,5 veces. Por otra parte, después de casi tres décadas, altos porcentajes de habitantes continúan sin acceso potencial a la seguridad social: en 2018, el 75% de la población de localidade rurales continúan sin él, lo mismo que el 45% de la población de localidades urbanas y el 57% de la población nacional. La desprotección sobre todo de la población rural es notoria; la desigualdad en este aspecto afecta especialmente a los habitantes rurales (véanse el gráfico 3 y el cuadro A5 en el anexo).

Estas brechas se acentúan al interior de las localidades rurales. Si se observa la desigualdad en ellas, algunos sectores resultan especialmente desprotegidos, con accesos potenciales a la salud aún menores a través de la seguridad social. Las mayores brechas afectan especialmente a los hogares indígenas, a los adultos mayores de 60 años, a los hogares de los tres deciles de menores ingresos per cápita, a los hogares campesinos y a los hogares pobres, que cuentan con menor acceso a la salud a través de la seguridad social. En las localidades rurales en estos períodos no hay diferencia de género importante con relación al acceso potencial a la salud a través de la seguridad social (véase el cuadro A5).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

3. Acceso potencial al Seguro Popular

El acceso potencial a la salud a través de las IPPS-CI es competitivo con el acceso potencial a través de la seguridad social a partir de 2008. Debe notarse el cambio brusco en la ENIGH de 2008, aunque el Seguro Popular inició en 2003; sin embargo, apenas inició su registro en la ENIGH de 2008. De no existir la opción de acceso potencial a través de la afiliación a una IPPS-CI, a partir de 2003 inició un proceso de ampliación de opciones y en 2008 ya un tercio del acceso potencial total a la salud a nivel nacional ocurría a través del Seguro Popular. Se trata de un cambio acelerado en la afiliación (acceso potencial): en 2018, el acceso potencial a la salud a través del Seguro Popular se equipara al acceso potencial a través de la seguridad social con porcentajes mayores en ambos casos al 50% del total (nótese que en ambos el porcentaje es mayor al 50% por duplicidad de registros en las encuestas⁶⁶) (véase el cuadro A3 en el anexo).

En las localidades urbanas se experimenta este cambio importante y junto a la seguridad social aparece otra forma de acceso potencial a la salud a través de estas IPPS-CI, con un promedio en el peso del acceso potencial total a la salud en el período 2008-2018 del 33% a través del Seguro Popular. No obstante, la transformación más significativa sucede en el acceso potencial a la salud en las localidades rurales: con un promedio en el peso del acceso potencial total a la salud en el período 2008-2018 del 75% a través del Seguro Popular. Este cambio radical deberá matizarse con las debilidades del acceso potencial a la salud a través del Seguro Popular, porque incluye un paquete de servicios limitado que apenas comprende alrededor del 15% de los servicios potenciales de la seguridad social (véase el recuadro 1). No es un asunto menor desde un enfoque de derechos, ni simple prurito estadístico (véanse el gráfico 4 y el cuadro A6 del anexo).

⁶⁶ Es una situación reconocida en otros estudios. Por ejemplo, la OCDE (2016, pág. 63) señala que en el sistema de salud en México la duplicidad de cobertura entre las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular en 2012 superaba los 8,1 millones de personas, mientras que la población cubierta por una sola institución sea de seguridad social o el Seguro Popular era de 82,3 millones.

80 70 60 50 40 30 92 20 89.9 10 n 2008 2010 2012 2014 2016 2018 ■ Acceso nacional ■ Localidades urbanas Localidades rurales

Gráfico 4
México: peso de acceso potencial a salud a través del Seguro Popular, 2008-2018

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

Puede dimensionarse la diferencia de acceso potencial a la salud en primer lugar con la consideración del acceso a través de la seguridad social y del Seguro Popular como equivalentes, y en segundo lugar con la incorporación de la divergencia en los paquetes de servicios de la primera y del segundo (véase el recuadro 1). Sin embargo, se mantendrá el cálculo del acceso potencial a la salud con la afiliación a la seguridad social y al Seguro Popular para favorecer los estudios comparativos; se propone un cálculo alternativo para matizar los alcances del acceso potencial con las reformas de salud iniciadas en 2003.

Recuadro 1 Medición alternativa del acceso potencial a la salud, 2016

El Seguro Popular no tiene la misma cobertura médica que las instituciones de seguridad social. La cobertura de este seguro se mostraba en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). En 2016, este catálogo cubría "solo el 14% de las intervenciones y el 11% de las enfermedades de las incorporadas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS con base en el Catálogo Internacional de Enfermedades" (Valencia y Jaramillo, 2019, pág. 136); este cálculo lo obtienen Valencia y Jaramillo (2019) del cruce entre el CAUSES del SP y el Catálogo Internacional de Enfermedades (CIE-10). El CONEVAL (2013, pág. 58) estimó que el CAUSES del Seguro Popular y el Seguro Médico de Nueva Generación incluían únicamente "284 intervenciones, con 1.585 diagnósticos, es decir, solo el 11% de los diagnósticos que cubre la seguridad social". Sin embargo, no obstante estas diferencias, al medir tradicionalmente el acceso potencial a la salud (afiliación a un servicio de salud) generalmente se toman como equivalentes el acceso a los servicios de salud de la seguridad social y del Seguro Popular.

Puede generarse una medición alternativa que refleje tales diferencias, que se propone aquí a manera de ilustración. Se utilizará la cifra más alta de cobertura del Seguro Popular, calculada para 2016, el 14% de las intervenciones. Se toma como unidad al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y como 0,14 al CAUSES del Seguro Popular en 2016; se supondrá que cada persona tiene el acceso potencial a uno en la seguridad social. Además, se hace hipotéticamente extensiva la cobertura señalada en el IMSS a todas las instituciones de la seguridad social incluidas en las ENIGH, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), seguridad social de las fuerzas armadas y Petróleos Mexicanos (PEMEX) y se mantendrá constante la cobertura de los seguros privados como equivalente a uno debido a la gran heterogeneidad de las coberturas de estos seguros y a su menor impacto en la medición del acceso potencial.

Alternativas	para medir el acceso potencial a la sa	alud, 2016
	2016ª	2016 ^b
Acceso a seguridad social (SS)	42,50	42,50
Acceso a Seguro Popular (SP)	45,40	6,36
Acceso a seguro privado (SPr)	2,01	2,01
Acceso potencial total I	89,91	50,87
Acceso potencial total II	82,88	49,97
Brecha frente a universalidad	17,12	50,03

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Acceso potencial total I: sin tomar en cuenta doble afiliación. Acceso potencial total II: tomando en cuenta doble afiliación.

- ^a La afiliación de las personas a cualquier esquema SS, SP y SPr se toma como unidad y como el mismo acceso potencial a servicios de salud.
- b La afiliación de las personas a la SS se toma como unidad, lo mismo que a los SPr; la afiliación al SP se toma como 0,14 de acceso potencial a la salud.

Resultado: al medir la afiliación al Seguro Popular como acceso a 0,14 de los servicios de la seguridad social, el acceso potencial a la salud desciende de 82,88 (con una brecha menor frente a la universalidad, de 17,22%) hasta 49,97 (con una brecha superior frente a la universalidad de 50,03%).

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Evaluación Estratégica de Protección Social en México, México, 2013; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2016, 2016 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html; E. Valencia Lomelí, y M. E. Jaramillo Molina, "El Programa Progresa-Oportunidades-Prospera en el régimen de bienestar dual mexicano", El Progresa-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación, G. Hernández Licona y otros (coords.), México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2019.

El acceso potencial a la salud a nivel nacional a través de las IPPS-CI se incrementó fuertemente y de no existir como opción de afiliación entre los años 1992 y 2002 pasó a constituir una alternativa cada vez más recurrente en el período 2008-2018, alternativa elevada en los espacios rurales, media a nivel nacional y relativamente baja en localidades urbanas. A nivel nacional, el acceso potencial a la salud a través de estas instituciones se extendió constantemente hasta llegar a un promedio de 37% en el período 2008-2018. Mientras el acceso potencial a la salud a nivel nacional a través de la seguridad social creció un poco en el período 2008-2018 (apenas cinco puntos porcentuales), el acceso potencial a través de las IPPS-CI se duplicó (de 20% en 2008 a 42% en 2018). El acceso potencial a la salud a nivel nacional en 2018 contaba con dos opciones segmentadas y con derechos diferenciados, más amplios en la seguridad social y más restringidos en las IPPS-CI. Como se señalaba, el largo período de reformas estructurales no implicó la creación de empleos asociados a la seguridad social; especialmente en el último período considerado (2008-2018), sí se instituyó una forma de acceso potencial a la salud con derechos limitados (ligeramente crecientes, de acuerdo con la incorporación de nuevos tratamientos en el Seguro Popular). Lo que supone en términos de progresividad de derechos una ampliación no deleznable (véase el cuadro A6 en el anexo).

A diferencia del acceso potencial a la salud a través de la seguridad social, el acceso potencial a través de las IPPS-CI es notablemente más bajo en las localidades urbanas y más alto en las localidades rurales. En las primeras, con promedio de 25% en el período de 2008-2018. Si bien en estas localidades urbanas el acceso potencial a la salud es más bajo a través de estas IPPS-CI, en términos comparativos, de no existir esta opción entre 1992 y 2002, en el período 2008-2018 se instaló como otra opción para los no incluidos en la seguridad social (45% de excluidos a ella en 2018). En cambio, en las localidades rurales el acceso potencial a la salud a través de estas IPPS-CI transitó muy rápidamente de no existir como opción de afiliación entre 1992 y 2002 a multiplicarse fuertemente: con promedio del 57% de acceso potencial en el período 2008-2018. Una porción muy elevada de la población de estas localidades rurales contaba en este período con este acceso potencial, en el marco de una gran desprotección a la seguridad social (exclusión del 75% de ella en 2018). Así, la brecha promedio entre estos dos tipos de localidades en el acceso potencial a la salud a través de las IPPS-CI fue de 2,4 veces favorable a las localidades rurales en el período 2008-2018 (se podría decir que es una brecha espejo entre estos dos tipos de localidades en el acceso potencial a la salud a través de la seguridad social que fue de 2,5 veces favorable a las localidades urbanas) (véanse el gráfico 5 y el cuadro A6 en el anexo).

80 70 60 50 40 30 20 29,08 30,81 20,05 10 2008 2010 2012 2014 2016 2018 I ocalidades urbanas I ocalidades rurales ■ Nacional

Gráfico 5 México: acceso potencial a atención salud en Seguro Popular, 1992-2018 (En porcentajes de población)

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

En este caso, si se observa la desigualdad en las localidades rurales, algunos sectores resultan aún desprotegidos, con accesos potenciales a la salud menores a través de las IPPS-CI y algunos sectores aparecen ahora como más protegidos. El promedio de acceso potencial a la salud a través de estas IPPS-CI en las localidades rurales en el período 2008-2018 fue del 57%, con brechas promedio en relación con la universalidad del 43%. Las mayores brechas afectan especialmente a los hombres, a los menores de sesenta años, a los hogares no indígenas, a los hogares de los seis deciles de mayores ingresos per cápita, a los hogares no campesinos y a los hogares no pobres, que cuentan con menor acceso potencial relativo a la salud a través de las IPPS-CI. En contrapartida, los más protegidos en las localidades rurales son las mujeres, los mayores de sesenta años, los indígenas, los hogares de los cuatro deciles de menores ingresos per cápita, los hogares campesinos y los hogares pobres; en buena medida, se trata de sectores a los que la reforma de salud de 2003 y las políticas sociales en general buscaron proteger, más allá de las serias dificultades para incrementar el acceso a la seguridad social (véase el cuadro A6 en el anexo).

4. Coeficientes de concentración del acceso potencial a la salud

Los índices de concentración han variado de manera importante. En el período 1992-2006, con fuerte peso del acceso potencial a la salud a través de la seguridad social, los coeficientes de concentración mostraban un proceso regresivo, que favorecía a los sectores con mayores ingresos. En cambio, los coeficientes de concentración en el acceso potencial a través del Seguro Popular (a partir de la ENIGH de 2008) manifestaban un proceso progresivo, en el contexto de un mayor acceso a los sectores con menores ingresos con un paquete restringido de servicios. Efectivamente, los servicios de salud del Seguro Popular se acercaron a las personas con menos ingresos (aunque algunos sectores continuaron estando fuertemente desprotegidos en el ámbito rural, como se señaló anteriormente). Así, desde el enfoque de derechos se observa un proceso más complejo: progresividad en el mayor acceso a servicios de salud, brechas (ligeramente decrecientes por el incremento de servicios incluidos en el Seguro Popular) con respecto a los paquetes de servicios más comprehensivos de la seguridad social. Así, en el período 2008-2018 los coeficientes de concentración en el acceso potencial a la salud en general se fueron acercando a cero (véanse el gráfico 6 y el cuadro A7 en el anexo).

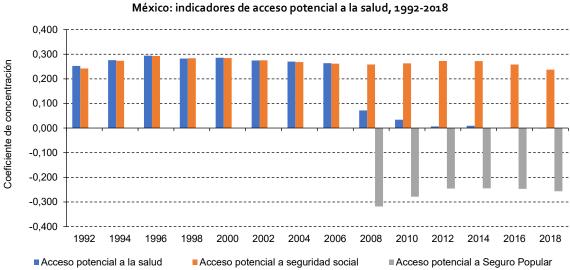


Gráfico 6 México: indicadores de acceso potencial a la salud, 1992-2018

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

B. Acceso efectivo a la salud

En el período 2008-2018 se mostró un incremento del acceso potencial a la salud a nivel nacional, en áreas urbanas y rurales, acceso que se señalaba se debía ponderar con cuidado dado que buena parte del acceso potencial se logró a través de un instrumento con cobertura médica limitada, como el Seguro Popular. Se proponía incluso métricas alternativas para relativizar este incremento (véase el recuadro 1). Otra manera para ponderar los avances en derecho a la salud es analizar el acceso efectivo a la salud e indicadores relacionados con este acceso efectivo como la atención a los problemas de salud reportados por los entrevistados en las ENIGH. El acceso efectivo a la salud que se incorpora aquí⁶⁷ permite mostrar el acceso que efectivamente pueden tener las personas y toma especialmente en cuenta a la población que reporta problemas de salud, que buscó atenderlos y que lo consiguió en instituciones públicas (en caso de que estuvieran afiliados a ellas)⁶⁸. Para ello, se aborda en primer lugar el acceso efectivo de acuerdo con nuestro planteamiento metodológico (y la brecha de acceso efectivo) y en segundo lugar las características institucionales de esta atención. En este primer acercamiento al acceso efectivo nacional no se omite a la población que no buscó atención médica; más adelante (véase el gráfico 15) se arriba al indicador preciso de acceso efectivo de acuerdo con el planteamiento metodológico.

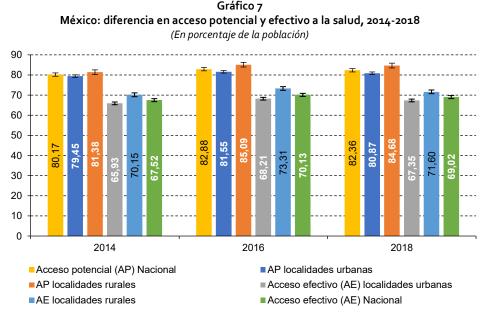
⁶⁷ Se circunscribe a las ENIGH del período 2014-2018 debido a limitaciones en los cuestionarios anteriores de ENIGH. La principal limitación que se encuentran en las ENIGH anteriores a 2014 (específicamente de 2008 a 2014) consiste en que se pregunta de manera general "Cuándo tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?". Por su parte, en el período 2014-2018 se sigue una metodología más sistemática: primero se pregunta cuándo fue la última vez que requirió atenderse por un problema de salud que les impidiera realizar actividades cotidianas, luego se pregunta si se buscó atención o no, luego si recibieron atención o no, y por último, específicamente en qué institución fue donde se atendió. Previo a 2008 no existe información relacionada con la atención de salud en las ENIGH.

Dicho de otra manera, excluye a las personas que, estando afiliadas a una institución de salud pública, se atienden en instituciones privadas. En efecto, las personas pueden estar afiliadas a instituciones públicas y recibir la atención en instituciones privadas; sin embargo, este segmento no es incluido en la contabilidad de la atención efectiva. Según Gutiérrez y otros (2019, pág. 728), la atención no es efectiva en tanto que las personas que están afiliadas a instituciones de salud pública y que, por lo tanto, deberían ser atendidas ahí, tienen que buscar atención médica en instituciones privadas, normalmente pagando por un servicio que debería ser otorgado por la institución pública.

1. Acceso efectivo a la salud en general

En términos generales, resulta un acceso efectivo a la salud menor al potencial, lo que genera brechas más amplias especialmente con relación a la universalidad. El acceso efectivo nacional para el período 2014-2018 es del 69% (con una brecha en relación con la atención universal efectiva del 31%) frente al acceso potencial promedio del 82% (con una brecha con relación a la atención potencial universal del 18%). En el promedio de 2014-2018, el 31% de la población en general no contaba con un acceso efectivo a la salud, lo que señala un incremento importante en esta brecha (del 31% en 2018) con relación al acceso potencial. En las localidades urbanas el acceso efectivo es menor al promedio nacional, con el 67% (y una brecha del 33% en relación con la atención efectiva universal) frente al acceso potencial promedio del 81% (con su consiguiente brecha del 19% con relación a la atención potencial universal).

En el promedio de 2014-2018, el 33% de la población en áreas urbanas tampoco contaba con acceso efectivo a la salud, con un incremento de 14 puntos en relación con la atención potencial promedio (la brecha de 2018 fue del 33% en relación con la atención efectiva en las áreas urbanas). En las localidades rurales el acceso efectivo promedio en el período 2014-2018 es del 72%, el más alto considerado en este período (con una brecha en relación con la atención efectiva universal del 28%) frente al acceso potencial promedio del 84% (con una brecha en relación con la atención potencial universal de 16%). Este mayor acceso efectivo se debe fundamentalmente al acceso a través del Seguro Popular, con sus limitaciones en cobertura médica, como ya se ha señalado. Con todo, en el promedio de 2014-2018, el 28% de la población rural no contaba con un acceso efectivo a la salud, lo que señala un incremento importante en esta brecha (que fue también del 28% en 2018) en relación con el acceso potencial. Las debilidades en el acceso efectivo indican que una parte importante de los problemas de salud reportados se atendió en instituciones privadas (véanse el gráfico 7 y el cuadro A8 en el anexo).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Ios Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Si se atienden las desigualdades en las localidades rurales en cuanto al acceso efectivo a la salud, algunos sectores resultan más desprotegidos, en especial los hombres, los jóvenes menores de 18 años y en menor medida los adultos mayores de 60 años, los hogares de los cinco deciles de más altos ingresos per cápita y los hogares rurales no campesinos; en contrapartida, los más protegidos son las

mujeres, los jóvenes de entre 19 y 29 años, los hogares indígenas, los hogares de los dos deciles de menos ingresos per cápita, los hogares con ingreso dominante por trabajo y los hogares campesinos (véase el cuadro A8 en el anexo). El promedio de acceso efectivo en las localidades rurales fue del 72% en el período 2014-2018, con una brecha del 28% en relación con la universalidad (frente a un promedio de 67% en las localidades urbanas); la diferencia entre accesos potenciales urbanos y rurales en el período 2014-2018 fue parecida, con promedios respectivos del 81% y el 84%. En términos generales, el coeficiente de concentración entre 2014 y 2018 es ligeramente negativo, con progresividad, en buena parte por el negativo coeficiente del acceso a la atención a salud en las instituciones de la Secretaría de Salud, parte de las IPPS-CI (véanse el gráfico 14 y el cuadro A9 del anexo).

2. Mercantilización en la atención a los problemas de salud

En las ENIGH 2014-2018 se pregunta a los entrevistados acerca de los problemas de salud recientes⁶⁹, la fecha (mes y año), si buscó atención y si la recibió (INEGI, 2014-2018). En este período, cerca de tres cuartas partes (73% en promedio) de quienes reportaron problemas de salud buscaron atención y prácticamente la totalidad la recibió (véase el cuadro 4). En el período 2014-2018 a nivel nacional destaca un proceso de mercantilización de la atención de los problemas de salud tanto a nivel nacional, como en las localidades urbanas y rurales; destaca el intenso proceso de mercantilización de la atención a los problemas de salud de los habitantes en localidades rurales.

Cuadro 4
México: problema de salud y atención, 2014-2018
(En porcentajes)

	Problema de salud	No buscó atención	Buscó atención	Recibió atención
2014	61	28	72	99
2016	48	25	75	99
2018	49	27	73	100

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

 $Nota: Las \ respuestas \ se\ acumularon\ en\ los\ a\~nos\ respectivos\ se\~nalados\ como\ fecha\ de\ ocurrencia\ del\ problema.$

Una atención potencial centrada en afiliación a instituciones públicas de salud podría acompañarse de una mayor atención a los problemas de salud vía estas instituciones públicas. Lo paradójico en el caso mexicano en el período 2014-2018 es lo contrario: en paralelo a un incremento de la afiliación a instituciones públicas de salud, se constata un proceso constante de mercantilización de la atención a los problemas de salud (de quienes buscaron atención y fueron atendidos ⁷⁰). En el período, en promedio, los problemas de salud reportados en las ENIGH fueron atendidos casi por mitad, el 53% en instituciones públicas ⁷¹ y el 46% en instituciones de salud privadas; sin embargo, lo relevante es el proceso: en 2014, el 58% de los problemas fueron atendidos en instituciones públicas y el 42% en privadas; en 2018, la atención pública descendió al 49% y la privada había aumentado al 50%. Puede asumirse que diversas barreras condujeron de manera progresiva a los entrevistados a enfrentar sus problemas de salud no en instituciones públicas de manera mayoritaria, sino en instituciones privadas. Así, en términos de derechos, se pueden señalar limitaciones crecientes en el acceso a las instituciones públicas; es cuestionable institucionalmente para las entidades públicas que la mitad de la atención a los problemas de salud esté a cargo de instituciones privadas (véanse el gráfico 8 y el cuadro A10 en el anexo).

⁶⁹ En específico la pregunta se dirige a la última vez que sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le impidiera realizar sus actividades cotidianas. Esta situación se identifica en este estudio como problema de salud.

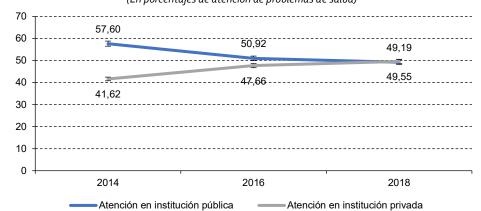
⁷º A partir de esta parte se discutirán los problemas de salud reportados y atendidos, que se denominarán solo como problemas de salud atendidos.

⁷¹ Sean fundamentalmente de seguridad social o de la Secretaría de Salud y marginalmente en otras instituciones como el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INI).

Gráfico 8

México: mercantilización en atención problemas de salud, 2014-2018

(En porcentajes de atención de problemas de salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Lo señalado en el promedio nacional se constata en las consideraciones espaciales, con diferencias de grado. En el proceso general resalta la mayor mercantilización en las áreas rurales. En el período 2014-2018, en las localidades urbanas fueron atendidos en promedio en instituciones públicas el 49% de los problemas de salud reportados y el 50% en instituciones privadas, con tendencia de mercantilización en estos espacios urbanos. En 2014 la atención era mayor en las instituciones públicas que en las privadas (54% y 46% respectivamente); en cambio, en 2018, se invirtió la relación (47% y 52% respectivamente). En el período, en las localidades rurales fueron atendidos en promedio en instituciones públicas 58% de los problemas de salud reportados y 41% en instituciones privadas. Sin embargo, se caracteriza como más intenso el proceso de mercantilización en los espacios rurales porque al inicio, en 2014, la atención era en cerca de un tercio (35%) en instituciones privadas y en aproximadamente dos tercios (64%) en instituciones públicas; al final del período, en 2018, se acercó la atención en ambas: 46% en instituciones privadas y 52% en públicas (véase el gráfico 9).

Diversas barreras de atención en instituciones públicas probablemente condujeron a los habitantes de estas localidades a buscar la atención en instituciones privadas, con lo que implica de mercantilización. De nuevo puede ratificarse que las limitaciones crecientes en la atención a problemas de salud en instituciones públicas afectan los derechos a la salud; así, en las localidades urbanas donde predomina la atención en seguridad social se genera un proceso de mercantilización; en las localidades rurales donde predomina la atención en IPPS-CI (con un incremento muy notable de afiliación a partir de 2003), se experimenta en el período 2014-2018 un proceso más intenso de mercantilización. ¿Cuáles son las características de estos procesos por tipo de institución pública y privada?

En términos generales, el proceso de debilitamiento de la atención en instituciones públicas es mayor en las instituciones públicas ligadas a la protección social de contribución indirecta que las de seguridad social. A nivel nacional, las instituciones públicas en 2014 eran el recipiente más importante de los problemas de salud reportados: el 25% de ellos eran atendidos en la seguridad social y el 30% en la Secretaría de Salud⁷². Estas instituciones públicas atendían en ese año más problemas de salud que las

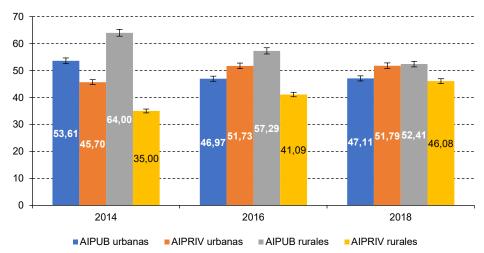
Una parte muy relevante de la atención en instituciones públicas de salud diferentes al IMSS-ISSSTE se genera en los centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud, de acuerdo con las ENIGH 2014-2018. Una parte ínfima de la atención es reportada en el IMSS-Prospera y una parte menor en otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI). Desafortunadamente en esta última opción se unifican instituciones de seguridad social (PEMEX, Defensa, Marina) con IPPS-CI (DIF e INI). Por esta razón, se decidió tomar solo los resultados de la atención en las instituciones de la Secretaría de Salud, que a fin de cuentas representan el 97%, el 93% y el 92% de la atención en instituciones de salud diferentes al IMSS-ISSSTE en las ENIGH de 2014, 2016 y 2018, respectivamente (INEGI, 2014-2018).

instituciones privadas (en estas el 23% de atención en hospitales y consultorios, y el 16% en farmacias). En 2018 la situación cambió y las instituciones privadas se vieron recipiente cada vez más importante de los problemas de salud reportados, a la par ya de las instituciones públicas (véanse los gráficos 10 y 11).

Gráfico 9

México (áreas urbanas y rurales): mercantilización en atención de problemas de salud: 2014-2018

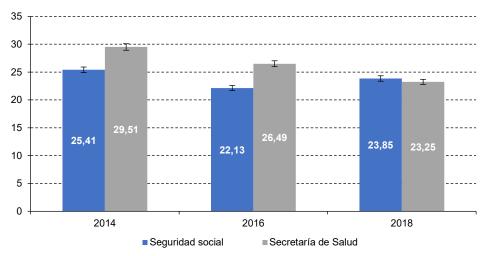
(En porcentajes de atención de problemas de salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: AIPUB urbanas: atención en instituciones públicas de salud en localidades urbanas. AIPRIV urbanas: atención en instituciones privadas en localidades urbanas. AIPUB rurales: atención en instituciones públicas de salud en localidades rurales. AIPRIV rurales: atención en instituciones privadas de salud en localidades rurales.

Gráfico 10 México: disminución de atención de problemas de salud en instituciones públicas, 2014-2018 (En porcentajes de atención de problemas de salud)



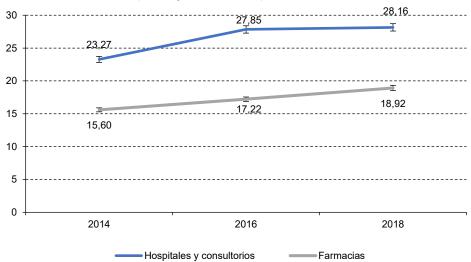
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Seguridad social: instituciones públicas de seguridad social. Secretaría de Salud: centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud.

Gráfico 11

México: incremento en atención de problemas de salud en instituciones privadas, 2014-2018

(En porcentajes de atención de problemas de salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: La suma de la atención en estas instituciones representa la mayor parte de la atención privada, aunque no el total (en el cuestionario se incluyen otras opciones de atención como curanderos o hierberos, entre otras).

El proceso manifiesto en este período es prácticamente constante en la reducción de la atención de problemas de salud en las instituciones públicas y en el incremento de la atención en instituciones privadas. La mercantilización es manifiesta en el período 2014-2018. En las primeras, con un promedio de atención en las de seguridad social del 24% y con un promedio del 26% en la Secretaría de Salud en descenso constante; en las segundas, con un promedio del 26% en los consultorios y hospitales privados⁷³, en ascenso, y con un promedio del 17% en los consultorios de farmacias⁷⁴ en ascenso constante (véanse los gráficos 10 y 11). Las barreras para atender los problemas de salud son crecientes sobre todo en las instituciones ligadas a la Secretaría de Salud, núcleo central de la atención del Seguro Popular en el período 2014-2018. ¿Cómo se expresó este proceso en las localidades urbanas y rurales?

En las localidades urbanas se constata una disminución de la atención de los problemas de salud en instituciones de la seguridad social con un promedio en el período 2014-2018 del 31%, lo mismo que en la Secretaría de Salud, en donde fueron atendidos en 2018 solo el 15% de los problemas reportados en estas localidades, frente al 19% en 2014 (con promedio general de atención del 17%). En las localidades rurales no se constata la reducción de la atención en la seguridad social y en cambio sí en los

González y otros (2018) muestran una gran diversidad en este segmento de consultorios y hospitales privados. En general, los consultorios privados emplean a un solo profesional y en 2013 había cerca de 60.000 en el país, además de poco más de 50.000 consultorios dentales, distribuidos de manera desigual en el territorio nacional. Los hospitales privados en 2015 eran 2.960, la mayor parte (89,1% de tipo general), 5,7% de gineco-obstetricia y el resto de otras especialidades; el promedio de camas por hospital era en ese año 11,5 por hospital (solo 83 hospitales contaban con 50 o más camas) y representaban el 28% del total nacional. Un gran número de hospitales (628) solo contaban con 1 a 4 camas. Solo seis entidades (Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Nuevo León, Guanajuato y Puebla) concentraban el 53% de las camas censables de estos hospitales.

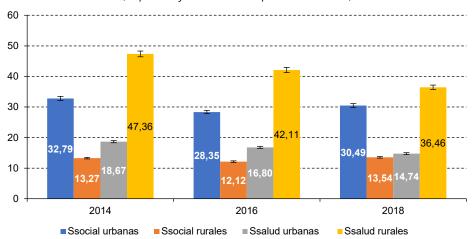
De acuerdo con González y otros (2018) en México hay poco más de 80.000 farmacias, que incluyen farmacias independientes (69.787), farmacias de cadena (8.387) y farmacias en supermercados (3.105); el modelo de farmacias de cadena que más ha crecido es el que cuenta con consultorio adyacente. Morán (2020) calcula para 2016 un total de 16.000 consultorios de farmacia a nivel nacional, que contratan en su mayoría a médicos generales. De acuerdo con la tesis doctoral de Morán (2020), las condiciones de trabajo de los médicos empleados en estos consultorios de farmacias son precarias, sin prestaciones laborales (ni seguro médico), con ingresos mensuales que pueden variar de 6.000 a 20.000 pesos mensuales, con jornadas de trabajo de seis horas, en algunas cadenas con contratos escritos, en otras solo verbales.

problemas de salud reportados y atendidos en la Secretaría de Salud. La atención a los problemas de salud en las instituciones de seguridad social fue en promedio general del 13% en el período; sin embargo, fue notable la reducción de la atención en la Secretaría de Salud, donde fueron atendidos en 2018 el 36% de los problemas de salud, 9 puntos porcentuales menos que en 2014 (con el 42% de promedio general) (véase el gráfico 12).

Gráfico 12

México (áreas urbanas y rurales): disminución de atención de problemas de salud en instituciones públicas, 2014-2018

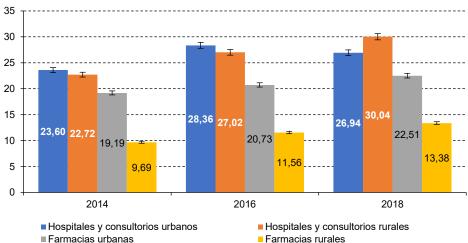
(En porcentajes de atención de problemas de salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Ssocial urbanas: atención en instituciones públicas de seguridad social para localidades urbanas. Ssocial rurales: atención en instituciones públicas de seguridad social para localidades rurales. Ssalud urbanas: atención en centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud para localidades urbanas. Ssalud rurales: atención en centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud para localidades rurales.

Gráfico 13 México (áreas urbanas y rurales): incremento atención problemas de salud en instituciones privadas, 2014-2018 (En porcentajes de atención de problemas de salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Hospitales y consultorios urbanos: atención en hospitales y consultorios para localidades urbanas. Hospitales y consultorios rurales: atención en hospitales y consultorios para localidades rurales. Farmacias urbanas: atención en consultorios de farmacias para localidades urbanas. Farmacias rurales: atención en consultorios de farmacias para localidades rurales.

En las localidades urbanas se reportó en el período 2014-2018 un incremento de la atención en las instituciones privadas de los problemas de salud reportados en ellas. La mercantilización pasa en especial por una mayor atención en consultorios y hospitales privados. En 2018, el 27% de los problemas reportados en estas localidades fue atendido en consultorios y hospitales privados, un promedio general en el período 2014-2018 del 26%; en 2018 el 23% de los problemas fue ya atendido en consultorios de farmacias, frente al 19% en 2014, con un promedio general en el período del 21%. Lo notable es la precariedad de esta mercantilización en la atención de los problemas de salud reportados en las localidades urbanas⁷⁵: un porcentaje importante de problemas en 2018 (23%) fue atendido en estos consultorios de farmacias frente al 30% en la seguridad social. Además, ya casi cinco de cada diez problemas reportados en estas localidades se atendieron en consultorios de farmacias y en consultorios y hospitales privados (véase el gráfico 13).

En las localidades rurales también se constata este proceso de mercantilización, aunque de manera más intensa. Esta mercantilización también pasa por una mayor atención de los problemas en los consultorios y hospitales privados, y por un proceso de precariedad. En 2014 la atención de los problemas reportados de salud era más del doble en la Secretaría de Salud (47%) que en consultorios y hospitales privados (23%). En 2018 se acercó la relación: el 30% se atendieron en consultorios y hospitales privados, y solo el 36% en la Secretaría de Salud. La atención en estos consultorios y hospitales privados fue del 27% en promedio para el período 2014-2018, con incremento constante. Asimismo, la atención en consultorios de farmacias se incrementó, con un promedio general para el período 2014-2018 del 12%. Es notable que casi el mismo porcentaje de problemas de salud reportados en estas localidades rurales fue atendido en 2018 en consultorios de farmacias (13%) y en la seguridad social (14%); se constata así también un proceso de precariedad en la mercantilización de la atención a los problemas de salud en las localidades rurales (véanse los gráficos 12 y 13).

Este proceso de debilitamiento de la atención a problemas de salud en instituciones públicas y su contraparte de mercantilización se han experimentado de diferente manera en algunos sectores de las localidades rurales. Resalta la precariedad en la mercantilización de la atención de los problemas de salud reportados en las localidades rurales en lo que se refiere a los adultos mayores de 60 años, los hogares indígenas, los hogares con menos ingresos per cápita, los hogares campesinos e incluso los hogares con trabajo no agropecuario dominante, además de los hogares pobres. En cuanto al género no hay severas diferencias.

Algunos ejemplos son particularmente útiles. Una muestra aguda de la mercantilización de la atención de problemas de salud reportados es la de los mayores de 60 años que en 2014 casi se atendían en los mismos porcentajes en seguridad social (9%) y en consultorios de farmacias (11%) y en 2018 se observa una relación de uno a dos (9% en la seguridad social, 17% en los consultorios de farmacias); se trata de una mercantilización notablemente precaria (véanse los anexos 11 y 12). La atención a los problemas de salud reportados en los hogares indígenas de las localidades rurales se mercantiliza con un estancamiento en 2018 de la muy baja atención en seguridad social (6%), una alta atención (en descenso) en la Secretaría de Salud (55%) y creciente en consultorios y hospitales privados (22%), y una baja pero creciente atención en consultorios de farmacias (7%) (véanse los cuadros A11 y A12 en el anexo).

Sin incluir toda la estructura de ingresos per cápita de los hogares es útil destacar la mercantilización en la atención de los problemas de salud reportados en el período 2014-2018 de los deciles de menores ingresos (en este caso el decil I) de las localidades rurales. En el decil I de ingresos per cápita de los hogares fue notable la exclusión de la atención de los problemas de salud reportados en seguridad social (3% en 2018), los altos niveles de atención en la Secretaría de Salud pero en reducción constante (56% en 2018), medianos en consultorios y hospitales privados aunque en fuerte

⁷⁵ Se caracteriza como más precaria la atención privada en estos consultorios de farmacias porque todos los problemas de salud se atienden solamente, por turno cuando los hay, con un médico general (González y otros, 2018; Morán, 2020).

progresión (22% en 2018) y muy bajos en consultorios de farmacias también al alza (11% en 2018). Se trata de una creciente mercantilización con precariedad en la atención incluida: en 2018 la atención en consultorios de farmacias fue ya casi cuatro veces la de la seguridad social, la atención pública sigue siendo (sobre todo de la Secretaría de Salud) la más importante para los hogares del decil I, aunque en 2018 dependen cada vez más de la atención en consultorios y hospitales privados, y consultorios de farmacias (véanse los cuadros A11 y A12 en el anexo).

En los hogares campesinos se experimenta también una mercantilización precarizada en la atención de los problemas de salud reportados en el período 2014-2018. En la seguridad social en 2014 solo eran atendidos el 3% de los problemas y en 2018 el 4%, lo que expresa la casi completa exclusión de la seguridad social. La mayor parte de los problemas de salud de estos hogares era atendida en las instituciones de la Secretaría de Salud (58% en 2014), aunque van en descenso permanente (45% en 2018). En contrapartida se experimenta una gran mercantilización en la atención en consultorios y hospitales privados en 2018 (32%) frente a 2014 (22%) y casi el doble de la atención en consultorios de farmacias (11% en 2018 y 6% en 2014).

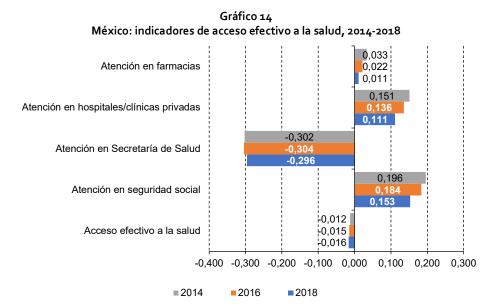
En 2018 estos hogares campesinos atienden sus problemas de salud tres veces más en los consultorios de farmacias que en la seguridad social. Un proceso semejante se vivió en los hogares rurales con trabajo agropecuario; en cambio, en los hogares rurales con trabajo no agropecuario dominante se apreció también un proceso de mercantilización en la atención de los problemas de salud reportados con diferentes características. Se trata también de una mercantilización precarizada, aunque la atención en seguridad social no es mínima como en los hogares campesinos (véanse los cuadros A11 y A12 en el anexo).

En los hogares pobres de las localidades rurales también se observa un fuerte proceso de mercantilización de la atención de los problemas reportados y además con la característica de precariedad. La atención en la seguridad social se mantiene débil (12% en 2018) y la atención en las instituciones de la Secretaría de Salud es dominante; sin embargo, se reduce en 2018 al 39%; en los consultorios y hospitales privados se incrementa constantemente hasta 29% en 2018 y en los consultorios de farmacias también (al 11%). De esta manera, se asemeja el porcentaje de la atención que se otorga en las instituciones de la seguridad social y en los consultorios de farmacias, y se acerca en peso la atención en los consultorios y hospitales privados a la de la Secretaría de Salud (véanse los cuadros A11 y A12 en el anexo).

3. Coeficientes de concentración del acceso efectivo a la salud

Los coeficientes de concentración del acceso efectivo a la salud muestran divergencias importantes. El coeficiente general del acceso efectivo nacional es ligeramente negativo, lo que indica una ligera progresividad. Esto indica que el acceso efectivo se da en mayor medida (levemente) en los sectores con menores ingresos. Las tensiones en esta concentración son diversas y contrastantes, de manera que el acceso efectivo en las instituciones de la Secretaría de la Salud en estas IPPS-CI es claramente progresivo; en cambio, otros coeficientes del acceso efectivo son regresivos, con mayor atención a las personas con mayores ingresos, en el siguiente orden: más regresivos en seguridad social, menos en consultorios y hospitales privados, y aún menos (pero regresivos aún) en los consultorios de farmacias.

Tanto el acceso a la seguridad social como la mercantilización del acceso disminuyeron fuertemente la progresividad del coeficiente de concentración del acceso efectivo (véanse el gráfico 14 y el anexo 9). La seguridad social implica un paquete de servicios notablemente más completo pero está concentrado en los deciles de más altos ingresos. Las instituciones privadas en principio favorecen la mercantilización y por ende el pago de servicios (como se verá en la siguiente sección), que podrán hacer más fácilmente los deciles de más ingresos. Desde el punto de vista de derechos es cuestionable que el acceso efectivo sea beneficio de los mayores ingresos, aunque la reforma de salud permitió también la dinámica de acceso efectivo de personas con menos ingresos en las IPPS-CI.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

C. Acceso efectivo y de calidad a la salud

1. Acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas

Los ciudadanos pueden estar afiliados a instituciones públicas o privadas de atención a la salud (lo que genera la atención potencial a la salud), pueden tener problemas de salud, solicitar la atención y recibirla en instituciones públicas (lo que genera la atención efectiva)⁷⁶ y pueden tener problemas de salud y tener atención efectiva en instituciones públicas pero con pagos por los servicios (lo que demerita la atención efectiva y de calidad en instituciones públicas). En esta sección se abordará en especial la atención efectiva y de calidad en instituciones públicas; no se incluye la atención efectiva en las instituciones privadas que, por principio (o al menos en la mayoría de los casos⁷⁷), supone un pago del servicio (se trata de la atención en instituciones privadas, mercantilizada).

El parámetro que se incluye es la atención efectiva en instituciones públicas con atención gratuita. Se considera relevante incluir este elemento (pagos por servicios por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico y otros) en instituciones públicas como una forma de barrera a la atención efectiva y gratuita. La atención de calidad incluye otros elementos (resolución de todas las problemáticas de salud, atención sin largas esperas ni que requiera largos trayectos, entre otras⁷⁸). Se analizan los señalados desde una perspectiva de derechos a la salud, centrados en la atención en instituciones públicas. Uno de los elementos relevantes en la calidad de la atención a la salud es precisamente el tiempo invertido en la misma, por lo que se añadirá este aspecto y se considerará el tiempo de traslado a la institución receptora sumado al tiempo de espera para ser

Excluye a las personas afiliadas a una institución de salud pública pero que se atienden en instituciones privadas. Y aquí no se toma en cuenta a las personas que no reportaron un problema de salud.

Efectivamente, en las ENIGH de 2014 a 2018 está reportado un pago a los servicios en la atención privada a la salud del siguiente orden: el 93% en 2014, el 94% en 2016 y el 95% en 2018. En las localidades rurales este pago es semejante, con los siguientes porcentajes: el 95%, el 95% y el 96% respectivamente (INEGI, 2014-2018).

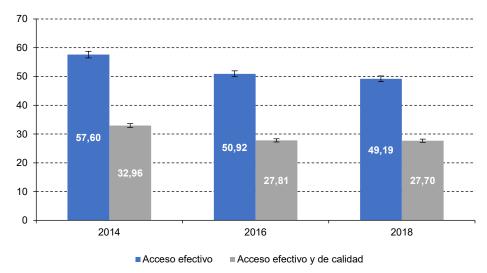
⁷⁸ Fajardo, Gutiérrez y García-Saisó (2015) las conocen como barreras por falta de financiamiento a la salud, por falta de accesibilidad física de servicios (geográficas), por falta de accesibilidad temporal de servicios (oportunidad), culturales, sociales y otras (culturales), por retos en calidad estructural (recursos) y por retos en calidad técnica y percibida (efectividad).

atendido. Se supondrá que, a mayor tiempo invertido en la atención, menor será su calidad. En este caso sí se incluirá la comparación del tiempo de atención en instituciones privadas.

El acceso efectivo en las instituciones públicas fue disminuyendo en el período 2014-2018 de tal manera que en este último año ya fue menor al 50%, con una reducción de 8 puntos porcentuales. Nótese la diferencia con el acceso potencial en 2018 que era mayor al 80%. Si se considera el acceso en instituciones públicas que implicó un pago por los servicios y se deduce del acceso efectivo en instituciones públicas, resulta una fuerte disminución del acceso efectivo y de calidad. Así, solo cerca de un tercio de la población en 2014 tenía este acceso que reúne dos características esenciales: por una parte, efectividad o realidad de la atención buscada y gratuidad; en 2018 ya había descendido al 27,7%. En estos tres años el promedio de acceso efectivo y de calidad fue del 29,5% (véase el gráfico 15). La brecha con relación a la universalidad de la atención efectiva y de calidad se incrementa así en este período de vigencia del Seguro Popular (con un promedio del 71% en la brecha en el período 2014-2018).

El acceso efectivo y de calidad en este período es semejante a nivel nacional y en las localidades urbanas y rurales. En primer lugar, el acceso efectivo en las localidades urbanas había descendido, con un promedio de acceso en el período del 49,2%; la brecha con relación a la universalidad de la atención efectiva también aumentaba (con un promedio del 50,8%). El acceso efectivo en instituciones públicas en las localidades rurales descendió de manera más pronunciada, con un promedio en el período 2014-2018 del 58%. Este descenso en la atención pública contrastaba en las localidades rurales con un incremento en el acceso privado. La brecha respectiva en relación con la universalidad en las localidades rurales también se incrementaba hasta el 47,6% en 2018 (véase el gráfico 16). El incremento de la atención potencial y su respectiva reducción en la brecha de la universalidad no se mantuvieron al observar el acceso efectivo, con mayor deterioro relativo en las localidades rurales.

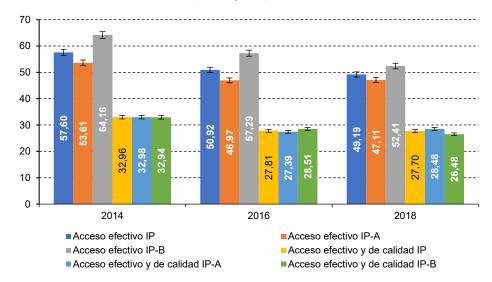
Gráfico 15 México: acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas, 2014-2018 (En porcentajes de la población)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Para hacer comparables las cifras de "acceso efectivo" y "acceso efectivo y de calidad" en este gráfico ambos indicadores tienen el mismo denominador. El indicador de "acceso efectivo" aquí refiere a instituciones públicas y señala a las personas que buscaron atención médica y efectivamente fueron atendidas en instituciones públicas (puede verse la primera fila del cuadro A10 del anexo). Es distinto al indicador de "acceso efectivo" mostrado en el gráfico 7, pues este no omite a la población que no buscó atención médica, por lo cual su denominador es la población total. En ese sentido, el indicador de "acceso efectivo y de calidad" (en instituciones públicas) se basa en el mismo denominador, pero omite a la población que tuvo que realizar un pago por el servicio.

Gráfico 16 México: acceso efectivo y de calidad en localidades, 2014-2018 (En porcentajes de población)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Acceso efectivo IP: acceso efectivo en instituciones públicas. Acceso efectivo IP-A: acceso efectivo en instituciones públicas para población de localidades urbanas. Acceso efectivo IP-B: acceso efectivo en instituciones públicas para población de localidades rurales. Acceso efectivo y de calidad IP: acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas. Acceso efectivo y de calidad IP-A: acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas para población en localidades urbanas. Acceso efectivo y de calidad IP-B: acceso efectivo y de calidad en instituciones públicas para población en localidades rurales.

En segundo lugar, si en estos casos también se considera el acceso en instituciones públicas que implicó un pago por los servicios y se deduce del acceso efectivo en instituciones públicas, resulta una fuerte disminución del acceso efectivo y de calidad. De esta manera, en el caso de las localidades urbanas, descendió, con un promedio en el período del 29,7% y con una brecha creciente en relación con la universalidad de la atención efectiva y de calidad (70,3% en promedio en el período); en el caso de las localidades rurales cayó aún más, del 32,9% en 2014 al 26,5% en 2018, con un promedio en el período del 29,3% y con una brecha creciente en relación con la universalidad de la atención efectiva y de calidad (70,7% en promedio en el período) (véase el gráfico 16). Se deben tomar en cuenta las bajas brechas iniciales mencionadas en relación con la atención potencial que rondaban el 20% en 2018, el último año de vigencia plena del Seguro Popular, generalmente con las brechas menores en las localidades rurales.

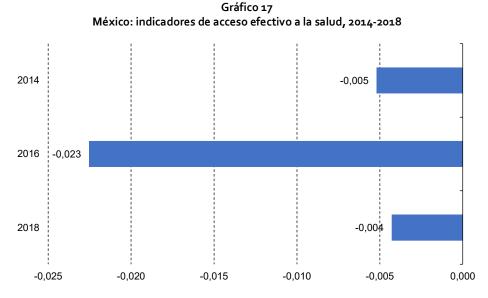
Después de 15 años de cambios institucionales en vigor en las instituciones de salud públicas, con un gran incremento de la afiliación en las IPPS-CI, resaltan las enormes brechas en relación con el acceso efectivo y de calidad en las instituciones públicas que superan el 70%. Las reformas institucionales no fueron suficientes para lograr un mayor acceso efectivo y de calidad en los últimos años de vigencia del Seguro Popular. La afiliación masiva en las IPPS-CI no fue suficiente, además de que la afiliación en la seguridad social se estancó de manera relativa. Junto a estas afiliaciones se observó un proceso de incremento de la atención a la salud en instituciones públicas con pago por los servicios recibidos, lo que se puede caracterizar como insuficiencias o ineficiencias institucionales. Frente al optimismo mostrado en diversas evaluaciones y análisis por el incremento del acceso potencial (proceso supuestamente tendiente a la universalización de cobertura), en tiempos de la nueva ruralidad aparecen estas severas insuficiencias institucionales.

Si se toman en cuenta las desigualdades en las localidades rurales, se observan variaciones en el acceso efectivo y de calidad. Sin embargo, de casi todos los sectores considerados se observan brechas en relación con la universalidad superiores al 65%, con la mayor brecha en los jóvenes entre 19 y 29 años (casi del 75%) y la menor en los adultos mayores de 60 años (casi del 65%). En comparación con el promedio de acceso efectivo y de calidad en estas localidades en el período 2014-2018 (29,3%), se observa menor acceso en el grupo de los hombres, los jóvenes entre 19 y 29 años, los hogares del decil X de ingreso per cápita, los hogares campesinos, los hogares rurales con trabajo agropecuario dominante), los hogares rurales con negocios no agropecuarios dominantes y los hogares pobres.

En cambio, las mujeres, las personas entre 45 y 59 años, los mayores de 60 años, los hogares indígenas y los hogares no pobres tuvieron mayor acceso. Entre los sectores con mayor acceso efectivo y de calidad resaltan algunos que fueron especialmente objetivos de las políticas sociales de las reformas de mercado, como las mujeres, los mayores de 60 años y los hogares indígenas; no pasa lo mismo con los hogares pobres y campesinos, entre otros, que tuvieron menor acceso efectivo y de calidad (véase el cuadro A13 en el anexo). Sin embargo, las brechas frente a la universalidad de estos sectores más protegidos superan en general el 64%.

2. Coeficientes de concentración del acceso efectivo y de calidad en salud

Los coeficientes de concentración en relación con el acceso efectivo y de calidad a la salud en el período 2014-2018 son también levemente negativos, lo que indica progresividad; no obstante, la progresividad estuvo a punto de perderse en 2018 (véanse el gráfico 17 y el anexo). Lo que demerita la progresividad en estos coeficientes de acceso efectivo y de calidad es la gran proporción de pagos por los servicios de atención recibidos en instituciones públicas (véase el gráfico 18). Así, el acceso efectivo y de calidad en el acceso a los servicios de salud en instituciones públicas no solo es bajo en términos porcentuales (y con enormes brechas en relación con la universalidad) (véanse los gráficos 15 y 16), sino que no muestra una clara tendencia hacia la progresividad. Los resultados sociales de las reformas de salud son débiles, en contraposición con una única mirada en el acceso potencial (afiliación). Esta nueva mirada permite plantear cuestionamientos redistributivos (coeficientes de concentración), de eficiencia (acceso efectivo) y de calidad (acceso efectivo y de calidad) a las reformas a la salud centradas fundamentalmente en extender el acceso a través de IPPS-CI.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

3. Atención a problemas de salud con pago de servicios en instituciones públicas

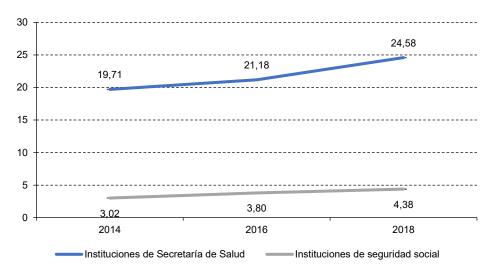
Los entrevistados en las ENIGH de 2014 a 2018 reportan, de manera creciente, gastos por los servicios recibidos en las instituciones públicas de salud⁷⁹. Casi una de cada cinco personas atendidas en las instituciones de la Secretaría de Salud en 2014 reportó haber realizado pagos por los servicios recibidos (19,7%) y en 2018 una de cada cuatro personas (24,6%) reportaban estos pagos (véase el gráfico 18). Con menor recurrencia, las personas atendidas en las instituciones de la seguridad social manifestaron haber pagado por los servicios: el 3% en 2014 y el 4,4% en 2018 (véase el gráfico 18). Así, se debilitó el enfoque de gratuidad de las instituciones públicas de salud y se permitió reducir el porcentaje de personas con acceso efectivo y de calidad, cuestionable desde un parámetro más exigente en el enfoque de derechos.

En el período 2014-2018 fue mayor el porcentaje de personas atendidas en las localidades urbanas en instituciones de la Secretaría de Salud que tuvieron que pagar por los servicios recibidos, en comparación con las localidades rurales: el 26,1% frente al 22,7%, respectivamente en promedio, en tendencia creciente constante (véase el gráfico 19). De nuevo con menor recurrencia, tanto en localidades urbanas como en rurales, las personas entrevistadas declararon haber pagado por servicios de salud en instituciones de seguridad social, con tendencia creciente y sobre todo en las primeras (véase el gráfico 19).

Gráfico 18

México: instituciones públicas, atención a la salud con pago de servicios, 2014-2018

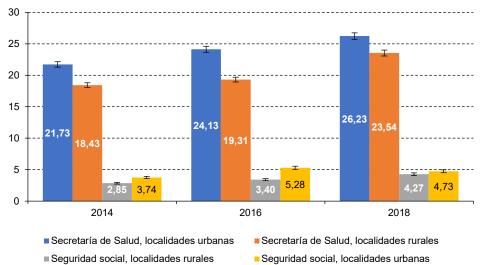
(En porcentajes de personas atendidas con pago por servicios)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Recuérdese que los pagos pueden ser por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico y otros. Algunos de estos pagos sería posible hacerlos en las instituciones mismas (por ejemplo, cuotas de recuperación) y otros fuera de ellas (por ejemplo, medicamentos, estudios de laboratorio o instrumental médico).

Gráfico 19 México: instituciones públicas y localidades, atención a la salud con pago de servicios, 2014-2018 (En porcentajes de personas atendidas con pago por servicios)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: Secretaría de Salud, localidades urbanas: atención en instituciones de la Secretaría de Salud para personas de localidades urbanas. Secretaría de Salud, localidades rurales: atención en instituciones de la Secretaría de Salud para personas de localidades rurales. Seguridad social, localidades urbanas: atención en instituciones de la seguridad social para personas de localidades urbanas. Seguridad social, localidades rurales: atención en instituciones de la seguridad social para personas de localidades rurales.

Estos incrementos en los pagos por servicios de salud de las instituciones públicas con mayor incremento relativo en la Secretaría de Salud en las localidades rurales que en las urbanas favorecieron una disminución constante de la atención efectiva y de calidad, y un incremento de las brechas en relación con la universalidad en la atención efectiva y de calidad. Pueden incluirse sin duda otros elementos ya señalados para considerar la calidad en la atención, complementarios a los incluidos hasta aquí. Se incorporará en este caso el tiempo invertido en la atención a los problemas de salud.

En las localidades rurales el reporte de pago de servicio por la atención a problemas de salud en las instituciones públicas (pago por servicios por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico y otros en general, en las de seguridad social y en las de Secretaría de Salud) fue diferenciado de acuerdo con los sectores; se destacan los extremos en estas desigualdades. Los casos de pago reportado promedio en estas localidades rurales en el período 2014-2018 fueron del 20,4% en las instituciones de la Secretaría de Salud. La tendencia en general, como ya fue señalado, fue hacia el alza en personas que reportan gastos en relación con la atención en estas instituciones; destacan el decil X de ingresos por cápita de los hogares, con el promedio más alto, y el decil I y los hogares indígenas, con los promedios más bajos.

Los sectores en los que se registró un mayor promedio de reportes de gastos fueron los siguientes en la Secretaría de Salud: las personas entre 19 y 29 años, y 30 y 44, los deciles IV a X de ingreso per cápita de los hogares, en especial el decil X, los hogares rurales no campesinos con trabajo no agropecuario y los hogares no pobres; en cambio, los sectores en los que se registró un menor promedio de casos en estas instituciones de la Secretaría de Salud fueron los menores de 18 años y mayores de 60, los hogares indígenas, los deciles I a III de ingreso per cápita de los hogares y los hogares campesinos y con trabajo agropecuario (véase el cuadro A15 en el anexo).

Los casos de pago reportado promedio en las instituciones de la seguridad social también en estas localidades rurales en el período 2014-2018 fueron del 4,6%; la tendencia en general fue hacia el alza en personas que reportan gastos con relación a la atención en estas instituciones. En este caso solo se señalarán los extremos. Destacan los hogares indígenas y el decil I de ingreso per cápita de los hogares con los promedios más altos y los mayores de 60 y el decil IV de ingreso per cápita de los hogares con los más bajos (véase el cuadro A15).

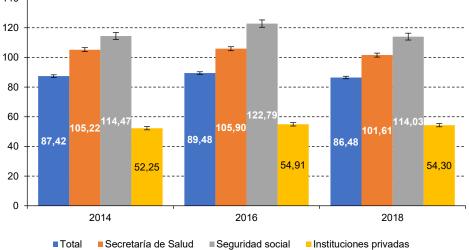
4. Inversión de tiempo para atender los problemas de salud

A menor inversión en tiempo de traslado y de espera para ser atendido, se supone que las personas tienen una atención de mayor calidad. Al contrario, una mayor inversión en tiempos de traslado y de espera (elementos de las dimensiones de disponibilidad y accesibilidad) puede poner en riesgo el ejercicio del derecho a la salud. El tiempo de traslado puede referirse a la cercanía o la lejanía de las instituciones en relación con las personas atendidas⁸⁰; el tiempo de espera para ser atendido puede referirse a la organización institucional (trámites, comprobación de afiliación, números de citas por unidad de salud, discriminación positiva, entre otros factores) y a las posibilidades de infraestructura (en especial, personal) de las instituciones de salud.

En este aspecto los entrevistados en las ENIGH 2014 a 2018 reportan una inversión de tiempo promedio cercano a la hora y media (88 minutos), aunque la diversidad entre las instituciones es notable: en promedio 117 minutos en la seguridad social, 104 minutos en la Secretaría de Salud y solo 54 minutos en las instituciones privadas. Si se toma como punto de comparación estas últimas, en las instituciones de seguridad se invierten 63 minutos más (117% más) y en las de la Secretaría de Salud, 50 minutos más (93% más). Estas diferencias pueden explicar en parte el incremento de la mercantilización, problema multidimensional, en la atención a los problemas de salud en estos años (véase el gráfico 20).

Gráfico 20



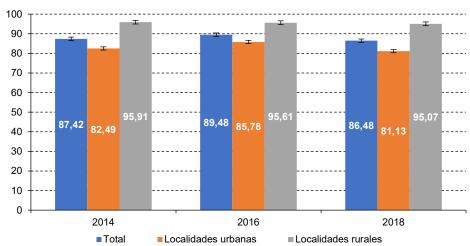


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Por supuesto también a las posibilidades diversas de transporte de los atendidos (diversos tipos de transporte público o privado). Aunque este aspecto no se profundizará directamente en este trabajo, las desigualdades en el tiempo que se resaltarán pueden incluir estas diversas posibilidades.

Las diferencias en el tiempo para la atención a los problemas de la salud muestran una mayor inversión de tiempo en las localidades rurales que en las urbanas y que el promedio nacional. El tiempo promedio nacional reportado en las ENIGH 2014-2018 fue de 88 minutos y en las localidades urbanas de 83 minutos y en las rurales de 96 minutos. Así, en las localidades rurales se invierte en promedio 15,7% más minutos que en las urbanas. Esta diferencia en la inversión de tiempo para la atención a la salud es otro aspecto que demerita la atención en las localidades rurales (véase el gráfico 21).

Gráfico 21 México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención nacional y localidades, 2014-2018 (En minutos de traslado y atención)

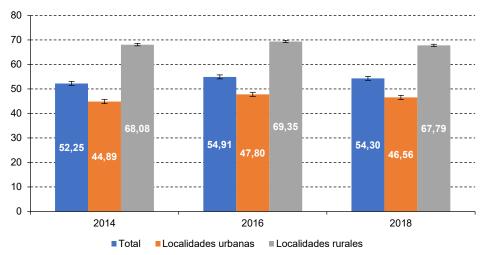


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Incluso para la atención en las instituciones privadas en las localidades rurales es mayor la inversión de tiempo que en las urbanas y que el promedio nacional en el período 2014-2018. En las primeras la inversión de tiempo fue de más de una hora, 68 minutos, frente al promedio nacional de 54 minutos y al promedio en las localidades urbanas que fue de 46 minutos en las urbanas. En promedio, para ser atendidas en problemas de salud en instituciones privadas las personas de localidades rurales necesitaron 22 minutos más que las de localidades urbanas, es decir, el 45% más en el período 2014-2018. Los tiempos reportados para la atención privada en estos años son semejantes, sin grandes variaciones en las localidades urbanas y rurales. De nuevo, la mayor inversión de tiempo para atender a las personas con problemas de salud en las localidades rurales demerita la calidad (véase el gráfico 22).

Especialmente en las instituciones de seguridad social, el tiempo invertido en la atención de personas con problemas de salud es mayor en las localidades rurales que en las urbanas y el promedio nacional. En las rurales la inversión de tiempo promedio 2014-2018 excedió las dos horas (124 minutos); hay que tomar en cuenta que es promedio (por ejemplo, en las localidades rurales con menos de 2.500 habitantes este promedio llegó a los 132 minutos). En las localidades urbanas el promedio en el período fue de 115 minutos y el promedio nacional de 117 minutos. En promedio, en las localidades rurales se requirieron 11 minutos más que en las urbanas. Si se compara además la inversión de tiempo promedio reportada para la atención en las instituciones de seguridad social (124) con las privadas (68) en las localidades rurales, resalta una gran diferencia del 80% más en las primeras. Esta barrera en los tiempos favorece una atención más precarizada en las localidades rurales (véase el gráfico 23).

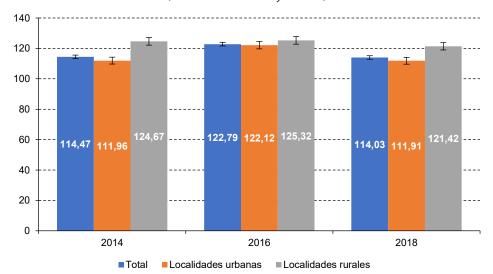
Gráfico 22 México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención en instituciones privadas, 2014-2018 (En minutos de traslado y atención)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Sin embargo, en las instituciones de la Secretaría de Salud la inversión de tiempo para la atención en localidades rurales es menor que en las urbanas y en el promedio nacional. En las primeras el promedio para el período 2014-2018 fue de 100 minutos, frente a los 110 en las urbanas y 104 en el promedio nacional. En promedio en las localidades rurales se requirió de 10 minutos menos que en las urbanas. No obstante, esta menor inversión de tiempo asentada en las localidades rurales para la atención en las instituciones de la Secretaría de Salud (100 minutos en promedio, poco más de hora y media), la diferencia con los tiempos en las instituciones privada (68 minutos) sigue siendo considerable: 32 minutos más, equivalentes al 47% (véase el gráfico 24).

Gráfico 23 México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención en seguridad social, 2014-2018 (En minutos de traslado y atención)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

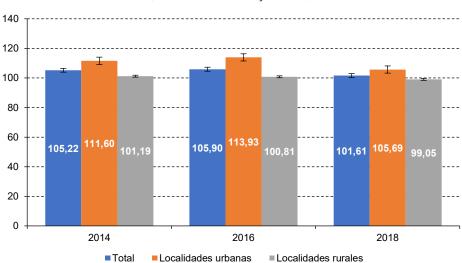


Gráfico 24 México: atención con calidad, tiempo de traslado y de atención en la Secretaría de Salud, 2014-2018 (En minutos de traslado y atención)

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

En cuanto a las desigualdades en la inversión de tiempo para la atención a problemas de salud en las localidades rurales se encuentran sectores aún más vulnerables (con mayor tiempo necesario). Si se considera que el promedio de tiempo para la atención en las localidades rurales en el período 2014-2018 fue de 96 minutos, se destacan los siguientes sectores que más tiempo utilizan: las personas entre 30 y 44 años, entre 45 y 59, y las mayores de 60 años, los hogares indígenas, los hogares campesinos y los hogares pobres. Entre los relativamente menos vulnerables (con menor tiempo necesario) sobresalen los siguientes: las personas con menos de 18 años y los hogares de los deciles IX y X de ingresos per cápita. Es destacable desde un enfoque de derechos que sectores con mayores vulnerabilidades sociales requieran de mayor inversión de tiempo para atender sus problemas de salud, como los mayores de 60 años, y los hogares indígenas, campesinos y pobres (véase el cuadro A16 en el anexo).

La desigualdad en la inversión de tiempo para atender los problemas de salud en las localidades rurales es diversa de acuerdo con el tipo de institución. Solo se indicarán algunos extremos de los sectores más vulnerables y de los menos vulnerables; se destacan entre los primeros los mayores de 60 años y las personas entre 30 y 44 años, los hogares indígenas, los hogares del decil I de ingresos per cápita, los hogares pobres y los hogares con trabajo agropecuario y, entre los segundos, los menores de 18 años y los hogares del decil IX de ingresos per cápita (en estos últimos la explicación de la menor inversión de tiempo puede deberse a las posibilidades de movilidad debidas al mayor ingreso).

Los hogares indígenas registraron una inversión de tiempo en la atención de problemas de salud en la seguridad social mayor a dos horas y media en promedio. Frente al promedio de 68 minutos en la atención a estas localidades en instituciones privadas, dedicaron mayor tiempo los mayores de 60 años, los hogares indígenas, los hogares del decil I de ingresos per cápita, los hogares campesinos y con trabajo agropecuario, y además los hogares pobres. En cambio, dedicaron menos tiempo en la atención en estas instituciones privadas especialmente los menores de 18 años y los hogares de los deciles VIII y IX de ingresos per cápita. En comparación con el muy alto promedio de 124 minutos en inversión de tiempo para la atención en instituciones de la seguridad social en localidades rurales, destacan con aún más tiempo utilizado las personas entre 30 y 44 años, los hogares indígenas, los hogares de los deciles I y II de ingresos per cápita y los hogares pobres.

Por otra parte, emplearon menos tiempo en la atención en estas instituciones de seguridad social especialmente los menores de 18 años y los hogares del decil IX de ingresos per cápita. Ante el promedio de 100 minutos en inversión de tiempo para la atención en instituciones de la Secretaría de Salud en localidades rurales, utilizaron más tiempo especialmente las personas en los rangos edad de 30 y 44 años, y 45 y 59 años, o mayores de 60 años, los hogares con trabajo agropecuario y los hogares pobres. Por último, dedicaron menos tiempo en la atención en estas instituciones de la Secretaría de Salud especialmente los menores de 18 años y los hogares de los deciles IX y X de ingresos per cápita (véase el cuadro A16 en el anexo).

IV. Resultados y propuestas de políticas

El objetivo de este trabajo fue analizar y cuantificar las brechas de acceso a salud en la nueva ruralidad, así como en la población indígena en la nueva ruralidad. La población rural se define como la que habita en localidades menores de 15.000 habitantes. Esta investigación dialoga con diversas tradiciones de investigaciones en torno a las dinámicas de la llamada nueva ruralidad, a partir fundamentalmente de las reformas de mercado en América Latina en general y en México en particular.

Como se señaló, la nueva ruralidad en México adquiere una representación de gran complejidad económica, social, cultural y demográfica. Resalta un contexto económico de profundas transformaciones en las políticas agropecuarias y sociales, con mayor relevancia de los mercados, procesos de apertura comercial y retiro del Estado; además, se subraya una diversificación de las actividades económicas de los hogares con y más allá de actividades agrícolas, y creciente peso de actividades asalariadas; se diversifican las migraciones, con movilidad internacional, con diversas formas nacionales y temporalidades, con nuevos espacios de atracción en la agricultura intensiva exportadora; la pobreza rural se mantiene en elevados índices e incluso se incrementa en números absolutos.

De acuerdo con la base de datos utilizada, se constató para el período 1992 a 2018 una reducción de la pobreza rural y su sostenimiento en altos índices que superan el 60% de la población; además, de acuerdo con los debates sobre la nueva ruralidad, se encontró efectivamente una multiplicidad de actividades económicas en los hogares rurales de tal manera que en 2018 solo poco menos del 40% de ellos tenían una actividad agropecuaria preponderante, ya sea como campesinos o como trabajadores agropecuarios, con el incremento porcentual de estos últimos (de cerca de uno de cada diez hogares en 2000 a aproximadamente dos de cada diez en 2018); seis de cada diez hogares rurales tenían en 2018 actividades económicas preponderantes fuera del ámbito agropecuario (véase el cuadro A2 en el anexo).

En este marco complejo se modifican las políticas sociales, en particular, a partir de 2003, las políticas de salud con una reforma que creó una nueva IPPS-CI, el Seguro Popular, dirigido a quienes no tenían acceso a la seguridad social. Las políticas económicas de mercado no causaron que se ampliaran las posibilidades en el acceso al empleo con seguridad social en los espacios rurales, por lo que el Seguro Popular adquiere una relevancia de primer nivel para estos espacios (véanse más adelante los resultados

en torno al acceso potencial). Así, el Estado se retira en gran medida de las actividades agropecuarias pero se aproxima a las localidades rurales con una nueva institucionalidad en torno a la salud, institucionalidad que sin embargo se caracteriza como precaria.

En este dinamismo socioeconómico de la nueva ruralidad y con nuevas actuaciones del Estado en materia de salud, en este trabajo se cuestiona la situación actual e histórica del acceso a la salud en la población rural desde un enfoque de derechos. Diversos trabajos internacionales y nacionales han estudiado el acceso a la salud debido a que se trata de un derecho humano fundamental; la aportación de este trabajo es una discusión sobre este acceso en un período más amplio (de cerca de tres décadas en el acceso potencial y de varios años en el acceso efectivo y efectivo y de calidad, además de la atención a problemas de salud e inversión de tiempo en esta atención) para sectores rurales en México.

Aunque hay algunos trabajos sobre acceso a la salud en poblaciones rurales en México, en general son pocos a nivel agregado y esta investigación pretende colaborar para ampliar la discusión en este campo. Las investigaciones anteriores han mostrado brechas de acceso a la salud en referencia a los espacios rurales, aunque algunas manifestaron un gran optimismo en torno a un cierre de brechas entre localidades rurales y urbanas en el acceso potencial a partir de la creación del Seguro Popular. El aporte de esta investigación precisamente consiste en mostrar las debilidades de este supuesto cierre de brechas.

Aún hay brechas relevantes en torno al acceso a la salud si se analizan las brechas en torno a la universalidad en el acceso potencial, en el acceso efectivo y en el acceso efectivo y de calidad. Este es el resultado final que se pone a debate en este trabajo y que llama a fortalecer la actuación pública para garantizar efectivamente el derecho a la salud. El Estado se aproximó con nuevos esquemas de afiliación (o acceso potencial a servicios de salud) a la protección de la salud en las áreas rurales entre 2003 y 2018, y amplió posibilidades de atención pero se está lejos de superar las brechas frente a la universalidad.

Con base en la bibliografía analizada, se encontraron al menos cinco distintas dimensiones de análisis relacionadas con el acceso a la salud: i) la afiliación a instituciones de salud, que posibilitan un acceso potencial a recibir servicios de salud, ii) la condición de salud reportada, iii) la atención efectiva en salud, mostrando el acceso que realmente tuvieron las personas que necesitaron atención médica, iv) calidad y accesibilidad de atención a la salud, referente a cómo tuvieron acceso a la salud las personas y, finalmente, v) equidad en el acceso a salud.

En ese sentido, la fuente principal de información que se utilizó en esta investigación es la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en el período 1992-2018. Esta encuesta tiene diversas ventajas. Una de ellas es la amplitud de su muestra (más de 70.000 observaciones de hogares para los años más recientes), lo que permite hacer un análisis con robustez estadística de diversos tamaños de localidades, especialmente con énfasis en la nueva ruralidad (localidades con menos de 15.000). Además, la encuesta ha sido levantada desde 1992 de forma bianual. Por último, el contenido de la encuesta dispone de información sobre algunas de las dimensiones de análisis de acceso a la salud. Por esta razón, el análisis se centró específicamente en las dimensiones de afiliación (acceso potencial, con información disponible desde 1992), atención (acceso efectivo, con información disponible y totalmente comparable desde 2014) y accesibilidad a los servicios de salud (acceso efectivo y calidad, con información disponible y totalmente comparable desde 2014).

Con base en dicha información disponible, se propusieron tres indicadores específicos principales que fueron la base del análisis realizado. El primero de ellos, el de acceso potencial, muestra el porcentaje de población que menciona estar afiliada a alguna institución de salud pública (sea de seguridad social o no) o que tiene acceso a un seguro médico privado de gastos mayores. Además, en el análisis se incluyó la desagregación del acceso potencial según cada una de estas instituciones. Pero no toda la población que está afiliada a una institución pública de salud logra atenderse en esta. Por eso el indicador de acceso efectivo resta al porcentaje de población con acceso potencial, la población que,

aunque afiliada a una institución de salud pública, cuando ha necesitado atenderse en el año de la encuesta, ha utilizado servicios privados de atención. Este indicador se complementó con otros indicadores sobre el porcentaje de atenciones que se brindan en cada una de las instituciones de las cuales la encuesta tiene información.

Por último, el indicador de acceso efectivo y calidad resta al indicador anterior (es decir, al porcentaje de población con acceso efectivo) el total de población que, aunque fue atendido en instituciones públicas, tuvo que realizar algún pago (ya sea por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico u otros). De igual forma, este indicador se complementó con información sobre otros indicadores de atención de calidad, como el porcentaje de atenciones en las cuales se tuvo que realizar un pago, así como los tiempos de traslado y espera para ser atendido por tipo de institución.

Por último, se desagregaron los indicadores mencionados de acuerdo con distintas variables de análisis, como la distinción por tamaño de localidad y nueva ruralidad, según variables sociodemográficas (sexo, edad, habla de lengua indígena) y económicas (situación de pobreza por ingresos, deciles de ingreso y dominancia del sector de donde provienen los ingresos). También se complementaron los tres indicadores específicos mencionados, con indicadores de concentración que reflejan la progresividad o regresividad de su distribución.

El indicador del acceso potencial a la salud es para el que se cuenta con la mayor disponibilidad de información en términos temporales. Básicamente, se pueden separar dos períodos sumamente distintos en términos del acceso potencial. Primero, el período de 1992 a 2006, con un promedio del 36% de la población con acceso (y donde solo se contaba con información del acceso vía laboral a la seguridad social), seguido del período 2008-2018 (con información de acceso a instituciones de salud pública fuera del esquema de seguridad social, como el Seguro Popular), con un aumento constante, que elevó el acceso potencial del 36% en 2006 al 82% en 2018.

Durante el primero de estos dos períodos (1992 a 2006), se observa una clara brecha en la que las localidades urbanas cuentan con un nivel de acceso potencial varias veces mayor que en las localidades rurales. En promedio, en las localidades urbanas el acceso potencial durante este período fue del 47%, mientras que en las rurales el promedio apenas alcanzó el 17%. Es decir, la brecha promedio fue de 2,8 veces durante el período.

Para el segundo período, de 2008 a 2018, hubo cambios importantes en la conformación del acceso potencial. El promedio para este segundo período fue del 75% de la población con acceso potencial, tanto en localidades rurales como urbanas (con 25% de brecha con relación al acceso potencial universal). Es decir, la brecha entre localidades rurales y urbanas prácticamente desapareció. En gran medida, este importante cambio se debe a la creación del Seguro Popular, como una alternativa de afiliación fuera de la seguridad social, que se ubica dentro del grupo denominado IPPS-CI (instituciones públicas de protección social de contribución indirecta).

El acceso potencial a la salud vía la seguridad social a nivel nacional ha aumentado muy poco entre 1992 y 2018, pasando del 34% en su nivel mínimo al 43% en 2018. Es decir, ni la mitad de la población en el país cuenta con seguridad social. En las localidades urbanas pasó de un mínimo del 46% a un máximo del 55% en 2018. En las rurales, pasó del mínimo del 15% a un máximo del 25% en 2018. De esta forma, se evidencia que las reformas estructurales en el sector rural que se aplicaron en el país no llegaron a impactar de forma importante el empleo y el acceso a la seguridad social. Incluso en 2018 había estados del país donde el acceso a la seguridad social en sus localidades rurales era notablemente bajo: el 7% en Chiapas, el 11% en Guerrero y el 12% en Puebla. Las brechas en relación con el acceso potencial universal en seguridad social en las localidades rurales son notablemente elevadas. En las localidades rurales del país, las mayores brechas afectan especialmente a los indígenas, adultos

mayores, hogares de los tres deciles de menores ingresos per cápita, a los hogares campesinos y a aquellos en situación de pobreza.

Asimismo, hogares que tradicionalmente fueron excluidos del acceso potencial a salud, comenzaron a ser incluidos con el aumento de las IPPS-CI, lo que se observa sobre todo en los resultados a partir de 2008, año en que se recaba información del Seguro Popular en la ENIGH. Para dicho año, ya un tercio del acceso potencial a la salud se hacía mediante esta institución; para 2016-2018, el acceso potencial mediante el Seguro Popular llegó a dos terceras partes de la población rural. Tal importante avance del Seguro Popular para el acceso potencial como parte de las IPPS-CI fue especialmente notable para las localidades rurales, donde entre 2014 y 2018 ocupaba el 80% del total del acceso potencial a la salud (o peso del acceso potencial). En cambio, en su punto más alto, en las localidades urbanas el Seguro Popular apenas alcanzó el 40% del total del acceso a la salud en 2016 (o peso del acceso potencial). En este marco, los coeficientes de concentración del acceso potencial a la salud se fueron acercando a cero.

Por último, respecto al acceso potencial hay ciertos matices necesarios sobre la equivalencia realizada entre el acceso a la salud que brinda la seguridad social y el Seguro Popular. Debido a que el Seguro Popular contaba con un catálogo limitado sobre el tipo de enfermedades que cubría y los casos en los que aplicaba la cobertura, en realidad el acceso potencial era más restringido que en el caso de la seguridad social. Según una propuesta de medición de estas diferencias, en 2016 el acceso potencial nacional habría sido solo del 50% en lugar del 82,9% (véase el recuadro 1). De tal forma, el aumento acelerado del acceso potencial a partir de 2008 debería ser tomado con cautela y discutido a la par del acceso efectivo que realmente brindó.

A diferencia del indicador de acceso potencial, el de acceso efectivo toma en cuenta realmente qué porcentaje de la población logra atenderse en instituciones públicas de salud. Por eso, mientras que en 2018 el acceso potencial era del 82%, el acceso efectivo nacional era del 69%. Esto quiere decir que tal diferencia de 13 puntos se debe a población que, aunque afiliada a instituciones públicas de salud, terminó atendiéndose en instituciones privadas. En las localidades urbanas el acceso efectivo en 2018 fue del 67%, ligeramente menor al de las localidades rurales, que se situó en un 72%, con brechas del 33% y del 28% en relación con el acceso efectivo universal. El coeficiente de concentración del acceso efectivo nacional para el período 2014-2018 es ligeramente negativo, lo que indica una ligera progresividad.

Sin embargo, al analizar el acceso efectivo resalta una paradoja: en paralelo al incremento de la afiliación a instituciones públicas de salud (o acceso potencial), se constata un proceso de mercantilización de la atención a los problemas de salud reportados en las ENIGH 2014-2018. Así, se observa una disminución de atención a problemas de salud, tanto en seguridad social como por parte de la Secretaría de Salud, aunque el debilitamiento de la atención en instituciones públicas es mayor en las IPPS-CI que en las de seguridad social (véase el gráfico 10). En términos nacionales en 2014, el 58% de los problemas de salud fueron atendidos en instituciones públicas y el 42% en instituciones privadas; en 2018, tendía a revertirse la relación con solo el 49% de atención en las primeras y un incremento de hasta un 50% en las segundas. Diversas barreras de atención impidieron la atención de problemas de salud en instituciones públicas, en las instituciones de seguridad social (solo el 24% de atención en 2018) y con mayor severidad en las IPPS-CI (apenas el 23% de atención en 2018), lo que resulta cuestionable desde un enfoque de derecho a la salud.

Este proceso de mercantilización se constata en las localidades urbanas y con mayor agudeza en las localidades rurales (véase el gráfico 9): para pobladores rurales el 64% de atención en instituciones públicas en 2014 y el 35% en instituciones privadas; en 2018 fue ya del 52% y el 46% respectivamente. La atención a problemas de salud para localidades rurales fue muy baja en instituciones de seguridad social, con el 13% en 2014-2018, mientras que en instituciones de la Secretaría de Salud disminuyó de manera relevante al pasar del 47% al 36% en ese período. En cambio, la atención a problemas de salud

de pobladores de estas localidades fue cada vez más elevada en instituciones privadas, con el 23% en consultorios y hospitales privados, y un 10% en consultorios de farmacias para 2014, y el 30% y 13% respectivamente para 2018. Más de cuatro de cada diez problemas de salud de habitantes rurales fueron así atendidos en instituciones privadas en 2018 y en consultorios de farmacias casi lo mismo (13%) que en instituciones de seguridad social (14%), lo que se ha caracterizado como precariedad en la mercantilización. Dentro de las localidades rurales es notable la precariedad en la mercantilización de la atención de los problemas de salud de las personas mayores de 60 años y los hogares indígenas, con menos ingresos per cápita, campesinos y pobres.

Por su parte, a diferencia del indicador de acceso efectivo, el de acceso efectivo y calidad toma en cuenta el porcentaje de la población que está logrando atenderse en instituciones públicas de salud sin tener que realizar algún tipo de pago relacionado con la atención. En este caso, mientras que en 2018 el acceso efectivo en instituciones públicas era del 49%, el acceso efectivo y de calidad era apenas del 28%. Esto quiere decir que tal diferencia de 21 puntos se debe a población que, aunque afiliada y atendida en instituciones públicas de salud, tuvo que realizar un pago por la atención. Así, la brecha en relación con el acceso universal efectivo y de calidad es enorme, del 72%, aunque el coeficiente de concentración resultante es ligeramente negativo en el período 2014-2018. Si bien el acceso efectivo en instituciones públicas fue ligeramente mayor en las localidades rurales que en las urbanas en 2018 (52% y 47%, respectivamente), el acceso efectivo y de calidad fue ligeramente menor en las rurales (26%) que en las urbanas (28%).

Así, la brecha con relación al acceso universal efectivo y de calidad en las localidades rurales es mayor, del 74%. En las localidades rurales se expresan desigualdades en este acceso, aunque la generalidad de los sectores considerados tiene brechas en relación con el acceso universal efectivo y de calidad superiores al 65%, con la menor de ellas en los adultos mayores de 60 años (65% en 2018). Con este indicador del acceso efectivo y de calidad se puede señalar que las reformas institucionales de salud que permitieron una gran afiliación (acceso potencial del 85% en 2018 para las localidades rurales) no fueron suficientes para lograr un mayor acceso efectivo y de calidad en los últimos años de vigencia del Seguro Popular, lo que implica limitaciones en la garantía del derecho a la salud al más alto nivel posible.

La debilidad en el acceso efectivo y de calidad, por definición, tiene que ver con el pago por servicios de salud recibidos en instituciones públicas, una suerte de mercantilización acentuada. A nivel nacional, los entrevistados en las ENIGH 2014-2018 reportan de manera creciente este tipo de gastos: de prácticamente el 20% de reportes de pagos en 2014 en las instituciones de la Secretaría de Salud, al 25% en 2018 y del 3% a poco más del 4% en las instituciones de seguridad social, respectivamente. En las localidades rurales este proceso de mercantilización fue relativamente más acentuado con un incremento del 18% de reportes en 2014 al 24% en 2018 en las instituciones de la Secretaría de Salud y del 4% al 5% en las instituciones de seguridad social, respectivamente. Este proceso de mercantilización favoreció la reducción del acceso efectivo y de calidad y el incremento de las brechas en relación con el acceso universal efectivo y de calidad.

Un indicador adicional de calidad tiene que ver con la inversión en el tiempo de traslado y de espera para recibir la atención en problemas de salud; una mayor inversión de tiempo puede poner en riesgo el ejercicio del derecho a la salud. Los entrevistados en las ENIGH 2014-2018 reportaron una inversión promedio cercana a la hora y media (88 minutos). Esta inversión de tiempo es desigual en referencia a la atención en seguridad social (casi dos horas, 117 minutos), en la Secretaría de Salud (poco más de hora y media, 104 minutos) y en las instituciones privadas (menos de una hora, solo 54 minutos). Lo notable es que la inversión de tiempo es mayor en las localidades rurales: en 2014-2018 se observó un promedio de 96 minutos (más de hora y media) frente a 83 minutos de las localidades urbanas; para la atención en las instituciones privadas las diferencias mostradas fueron 68 minutos en las rurales frente a 46 en las urbanas, en las instituciones de seguridad social más de dos horas (124 minutos) en las rurales

y 115 minutos en las urbanas, y en cambio en la de la Secretaría de Salud 100 minutos en las rurales (poco más de hora y media) y 110 minutos en las urbanas.

Algunos sectores de localidades rurales aparecen como especialmente vulnerables con mayor inversión de tiempo en la atención a los problemas de salud, por ejemplo las personas mayores de 60 años y las personas entre 30 y 44 años, los hogares indígenas, los hogares del decil I de ingresos per cápita, los hogares pobres y los hogares con trabajo agropecuario. Notablemente, los hogares indígenas registraron una inversión de tiempo en la atención de problemas de salud en la seguridad social mayor a dos horas y media en promedio. Estas diferencias en las inversiones de tiempo pueden ser un factor ya sea de la mercantilización en la atención a los problemas de salud o de limitaciones institucionales para el ejercicio del derecho a la salud con atención de calidad, no solo para la población en general de localidades rurales sino en especial para sectores vulnerables.

Las siguientes propuestas generales pueden ser útiles para enfrentar las limitaciones señaladas de acceso efectivo y de calidad a la salud (a pesar de los avances en acceso potencial), de grandes brechas de atención a la salud sobre todo en localidades rurales, de mercantilización de la atención a los problemas de salud en localidades rurales (y también urbanas), de mercantilización incluso en los servicios de las instituciones públicas en localidades rurales (y también urbanas) y de exceso de uso de tiempo para recibir la atención sobre todo en localidades rurales. El supuesto central es que superar las brechas de salud en el sector rural requiere de una transformación global del sistema público de salud, en búsqueda de la igualdad en el derecho:

- En primer lugar, favorecer el acceso gratuito a los servicios de salud pública, eliminando cualquier cuota por los servicios y proveyendo de manera gratuita todos los servicios necesarios para atender los problemas de salud (estudios de laboratorio, suministros médicos, medicamentos y hospitalización, entre otros). Sería fundamental que este acceso fuera convertido en ley, de tal manera que se favorezca la exigibilidad del derecho a la atención gratuita y la provisión presupuestal obligatoria.
- En segundo lugar, fortalecer los servicios públicos de salud con inversiones en personal médico e infraestructura, de tal manera que se amplíe la capacidad de atención con eficiencia y calidad, tanto en las instituciones de seguridad social como en las IPPS-CI. Parte de este fortalecimiento implica mejoras institucionales para posibilitar un servicio de salud más ágil (con menores tiempos requeridos para atender) y completo (con medicamentos, suministros médicos y servicios de laboratorio, entre otros elementos), la ampliación de los horarios de atención en clínicas, centros de salud y consultorios públicos, y el acercamiento mayor de los servicios institucionales a zonas rurales. Este fortalecimiento de los servicios de salud pública debería plantear como objetivo revertir la tendencia a la mercantilización en la atención de los problemas de salud.
- En tercer lugar, generar una política de comunicación social que muestre los derechos que incluye el INSABI y el IMSS-Bienestar, en especial (pero no solamente) para las localidades rurales. La falta de conocimiento puede ser una barrera de acceso difícil de superar para las personas que habitan en espacios rurales, así como una barrera para la exigibilidad.
- En cuarto lugar, favorecer un acceso universal más equitativo en la salud que supere las diferencias en los paquetes de servicios de la seguridad social (esquema contributivo directo) y los de los servicios de instituciones de protección social de contribución indirecta. Un primer paso debería ser plantear un proceso de acercamiento del paquete de servicios incluido en el INSABI y el IMSS-Bienestar al estándar del paquete de servicios del IMSS; un segundo paso y objetivo final sería unificar los servicios de salud pública, financiados mediante impuestos generales (y no a través de contribuciones asociadas a empleo asalariado), con el paquete de servicios incluido actualmente en el IMSS. No se trata de

- unificar servicios de salud pública incluyendo servicios a la baja para todos, sino proveer un paquete amplio de servicios como los incorporados en la seguridad social actual. Ciertamente, una reforma de tal calado requiere de un incremento relevante del gasto público en salud en México.
- En quinto lugar, se debe realizar una revisión jurídica y una reforma para incluir el derecho a la salud en la Constitución, a través de un sistema de salud pública universal y gratuita. La reforma constitucional debería garantizar la provisión presupuestal federal para construir un sistema de salud pública universal y gratuita.

V. Conclusiones

En el apartado metodológico de este trabajo se cuestionó el tipo ideal del mundo rural después de las transformaciones en las políticas económicas y sociales del período de las reformas de mercado. Desde la mitad de los años ochenta y hasta fines de la segunda década del siglo XXI, el mundo rural mexicano transitó en una profunda transformación de la participación del Estado y de las políticas agropecuarias, de la presencia mayor de los mercados y de la inserción internacional con apertura comercial. Se esperaba un sector agropecuario liberalizado, desregulado, modernizado y competitivo, abierto al comercio y a las inversiones privadas nacionales e internacionales, con más alternativas de actividades económicas, con menos pobreza debido fundamentalmente a las inversiones en capital humano, con acceso universal a sistemas de protección financiera y de servicios a la salud con mayor seguridad social y con acceso a un nuevo sistema de protección para los no afiliados a la seguridad social, que incluía un paquete limitado pero creciente de servicios, y con menor desigualdad social gracias al cierre de brechas en la salud.

En este trabajo se analizaron las brechas de salud en el espacio rural mexicano en el marco de la nueva ruralidad y de las reformas señaladas. La imagen del mundo rural es más compleja de lo que pareciera esperarse con las reformas de mercado y de las políticas sociales de las últimas décadas, es decir, hay mayor acceso a los servicios de salud y menores brechas de desigualdad en el derecho a la salud. Especialmente en la segunda década del siglo XXI fue difundiéndose en medios académicos y políticos una imagen del mundo rural con acercamiento al acceso universal de servicios de salud gracias a las reformas iniciadas en 2003, con la reducción de las brechas en relación con el mundo urbano.

En este trabajo se cuestiona esta imagen optimista y se incluye en las líneas de investigación que muestran la existencia de grandes brechas en el acceso a la salud en el sector rural. En estas conclusiones se mostrarán los resultados de las mediciones en el momento final del período estudiado, en 2018 (en acceso potencial, efectivo y efectivo y de calidad, en mercantilización, pagos en instituciones públicas para atender problemas de salud y uso del tiempo para la atención); se indicarán las brechas con relación al acceso universal y a las localidades urbanas. En síntesis, la conclusión general es que existen aún brechas amplias en el acceso a la salud en la nueva ruralidad, de acuerdo con un estándar exigente de derechos sociales, en particular del derecho a la salud.

En primer lugar, se observa un mayor acceso potencial a los servicios de salud en las localidades rurales (85% en 2018) debido a la mayor afiliación a servicios públicos especialmente de las IPPS-CI asociada a una muy débil afiliación a los servicios de la seguridad social. La brecha con relación al acceso potencial universal fue así solo del 15%, si se toman como equivalentes el acceso a la seguridad social y a los servicios a través del Seguro Popular; de esta manera desaparecería la brecha en acceso potencial entre localidades urbanas y rurales.

Por una parte, el acceso a la seguridad social en el mundo rural sigue siendo extremadamente bajo en México, con afiliación solamente del 25% de la población en 2018 y una gran brecha en relación con la afiliación en las localidades urbanas (55% de afiliación); después de décadas de reformas económicas y sociales no se logró avanzar en la creación de empleos formales (con seguridad social) en el sector rural; se mantuvieron muy grandes brechas en el acceso a la seguridad social en el mundo rural.

Por otra parte, sin embargo, se generó una nueva institucionalidad con el Seguro Popular a partir de 2003 y en 2018 el acceso potencial a esta IPPS-CI en las localidades rurales llegó al 64% (es decir, una afiliación a servicios de salud del 64% de la población rural, frente a solo el 28% en la población urbana), lo que constituyó un avance en progresividad de los derechos. No obstante, este incremento del acceso potencial en las localidades rurales y la desaparición de las brechas con las localidades urbanas debe relativizarse. Si se toma en cuenta la diferencia del paquete de servicios del Seguro Popular con el de la seguridad social, se podría entender el acceso potencial a través de aquel como únicamente el 9% (2016); el acceso potencial sería así notablemente más bajo y la disminución de brechas con el mundo urbano sería menor. Si no se hace esta medición alternativa, al menos debería señalarse que el incremento del acceso potencial en el sector rural en 2018 estuvo basado en afiliación mayoritaria en una IPPS-CI con servicios limitados; efectivamente, el peso del acceso potencial a la salud a través del Seguro Popular fue del 75% en 2018 en las localidades rurales. La desigualdad de servicios entre el Seguro Popular y la seguridad social fue un obstáculo para un avance mayor en derechos y cuestiona el alcance de la disminución de brechas en el acceso potencial entre las localidades rurales y urbanas.

En segundo lugar, el acceso efectivo nacional a la salud (la población que reporta problemas de salud, que buscó atenderlos y lo consiguió en instituciones públicas y privadas; aunque excluye a las personas que se atendieron en una privada estando afiliadas a una institución pública) en las localidades rurales fue del 72%, con una brecha en relación con el acceso efectivo universal del 28% (acceso efectivo mayor que en las localidades urbanas, que fue del 67%). De nuevo habrá que matizar que el mayor acceso efectivo en estas localidades se debió a un acceso a través sobre todo del Seguro Popular, con su limitación de servicios, y además a un incremento de la atención de problemas de salud reportados en instituciones privadas: en 2018 casi la mitad de los problemas (46%). Se observa así un acceso efectivo con fuerte base en el Seguro Popular y en la mercantilización de la atención en el mundo rural (el proceso de mercantilización fue más intenso en las localidades rurales que en las urbanas entre 2014 y 2018).

La atención a problemas de salud de las localidades rurales en las instituciones públicas fue notablemente mayor en las instituciones de la Secretaría de Salud (36% en 2018) y menor en las instituciones de seguridad social (14% en 2018). En cambio, fue creciente la atención en instituciones privadas como consultorios y hospitales privados (30% en 2018) e incluso en consultorios de farmacias (13% en 2018). Se trata de un proceso de mercantilización en la atención a los problemas de salud del mundo rural, proceso paradójico en el marco de un incremento de la afiliación rural a instituciones públicas de salud.

En tercer lugar, si no se toma en cuenta la atención mercantilizada de problemas de salud (ni la atención provista en instituciones privadas o en instituciones públicas con pagos por los servicios) y se enfoca el análisis en la atención gratuita en instituciones públicas de salud (atención efectiva y de calidad), el resultado es notablemente distinto: solo el 26% de acceso efectivo y de calidad en las localidades rurales

en 2018, es decir, una brecha en relación a la acceso universal efectivo y de calidad del 74% (poco mayor a la brecha urbana, del 72%). Esta conclusión se confirma con el creciente porcentaje de personas de las localidades rurales con problemas de salud que reportan haber efectuado algún pago por los servicios de instituciones públicas, como las de seguridad social (5% en 2018) y de la Secretaría de Salud (24% en 2018); con porcentajes también elevados y semejantes en las localidades urbanas.

Un ejemplo más del acceso a servicios con calidad es la inversión de tiempo necesaria para la atención a problemas de salud. Las localidades rurales emplean más tiempo para la atención a estos problemas y en promedio utilizaron más de hora y media en 2018 (95 minutos), 17% más que el tiempo utilizado en las zonas urbanas (81 minutos). Invirtieron menos tiempo en las instituciones de la Secretaría de Salud (poco más de hora y media en promedio, 99 minutos); sin embargo, incluso en la atención en instituciones privadas, los pobladores rurales emplearon más tiempo en 2018 (poco más de una hora, 68 minutos, 45% más que en las localidades urbanas); y también en las instituciones de seguridad social en el mismo año (dos horas, 121 minutos, 8% más que en las zonas urbanas). Lo notable es que sectores vulnerables de estas localidades rurales emplearon aún más tiempo para atender los problemas de salud.

Al incluir en la discusión el acceso efectivo y de calidad, es claro que el estándar de derechos más exigente, con servicios gratuitos para todos, los mismos servicios para todos y el mismo estatus de derechos de ciudadanía social en instituciones públicas queda lejos del mundo rural (y urbano) después de varias décadas de reformas de mercado. El acceso potencial creciente y muy elevado, y el importante acceso efectivo, se muestran en cierto sentido como ilusión de derechos generalizados. Desde el estándar de derechos se trata de una situación cuestionable.

VI. Líneas de investigación futuras

Este trabajo es una visión agregada de las brechas de salud de la población en localidades rurales en México, en el marco de los debates sobre la nueva ruralidad. Pueden distinguirse líneas de investigación futura, por una parte, en la continuación de esta dimensión agregada y, por otra, en nuevos acercamientos cualitativos. Como se ha destacado anteriormente, el enfoque agregado de este trabajo exploró las brechas de salud en estas localidades rurales a partir del acceso a la salud, tanto en su forma potencial como en la efectiva y en la efectiva y de calidad. El centro del análisis fue un enfoque de derechos con el acceso a servicios de salud públicos y gratuitos como el estándar más exigente.

A. Líneas de investigación agregadas

En la dimensión agregada, varias líneas pueden desarrollarse para complementar y discutir los resultados de este trabajo, inicialmente a partir de las ENIGH. Se destacan algunas especialmente vinculadas con el enfoque de este trabajo:

- Analizar el impacto de los reducidos porcentajes de acceso efectivo y de calidad en el gasto de bolsillo de los hogares de localidades rurales.
- Analizar el impacto de los reducidos porcentajes de acceso efectivo y de calidad en el gasto
 de bolsillo de los hogares de localidades rurales y sus efectos en la incidencia de la pobreza
 de ingresos. Para ello podría trabajarse en el impacto actual del gasto de bolsillo en la
 incidencia de la pobreza de ingresos en los hogares rurales y contrastarse con el posible
 impacto en la incidencia de la pobreza de ingresos en los hogares rurales si el gasto de
 bolsillo fuera hipotéticamente de cero, es decir, con gratuidad total de los servicios.
- Analizar el impacto en la desigualdad de ingresos de los reducidos porcentajes de acceso
 efectivo y de calidad en las localidades rurales, de nuevo al tomar en cuenta el gasto de bolsillo
 de los hogares. Para ello podría trabajarse en el impacto en la desigualdad de ingresos en
 los hogares rurales y contrastarse con el posible impacto en la desigualdad de ingresos en los

hogares rurales si el gasto de bolsillo fuera hipotéticamente de cero, es decir con gratuidad total de los servicios.

- Analizar y caracterizar a la población que no cuenta con acceso potencial a la salud en las localidades rurales. En 2018, un porcentaje aún importante de estas localidades (15%) no contaba con afiliación a algún tipo de servicio público de salud. Podría profundizarse en las características sociodemográficas y laborales de esta población no afiliada y contrastarla con la afiliada (con acceso potencial) de las mismas localidades rurales y también de las localidades urbanas.
- Analizar el impacto de las modificaciones institucionales con la creación del INSABI y el acento en la atención en IMSS-Bienestar en el acceso potencial, acceso efectivo y acceso efectivo y de calidad de las localidades rurales. Para ello podría trabajarse inicialmente con las ENIGH de 2020 y 2022 (esta estará disponible a partir de 2023); con dos encuestas y ya con varios años de vigencia del nuevo esquema de salud pública, podrá realizarse un balance más completo. Podría además analizarse el proceso de mercantilización en la atención a los problemas de salud, lo mismo que en la inversión de tiempo en esta atención, en el período INSABI e IMSS-Bienestar 2020-2024. El enfoque sería el mismo: profundizar en el acceso a los servicios de salud desde la dinámica de los derechos y en particular del derecho a la salud al más alto nivel posible (Naciones Unidas, 1966).
- Analizar y caracterizar las razones de la población para no buscar atención cuando reportaron un problema de salud. De acuerdo con la base de datos generada en este trabajo (véase el cuadro 4) en el período 2014-2018, cerca del 27% de los entrevistados por la ENIGH que manifestaron haber vivido algún problema de salud no buscaron atención institucional. Se trata de una porción relevante de la población y puede profundizarse en las razones por las que no buscaron atención y en la caracterización sociodemográfica y laboral de esta población en contraste con la que sí buscó atención. De particular relevancia sería analizar la afiliación o no afiliación a servicios de salud por parte de esta población que no busca atender sus problemas de salud en alguna institución. Los cuestionarios de las ENIGH (INEGI, 2014-2020) enumeran 16 causas posibles de no atención, desde económicas o de organización del hogar del propio entrevistado hasta institucionales (por ejemplo, maltrato, lengua, falta de medicamentos o de personal médico, entre otras), de confianza en las instituciones por parte del entrevistado o de preferencia por la automedicación. El centro del análisis, para profundizar con el enfoque planteado en este trabajo, podría ser la limitación del derecho a la salud.
- Analizar y caracterizar las desigualdades regionales (a partir de las 32 entidades del país) en acceso potencial, acceso efectivo, acceso efectivo y de calidad, y no atención a los problemas de salud, con acento en las localidades rurales. De la misma manera se podrá profundizar en la mercantilización en la atención de los problemas de salud y en el pago de la atención de los problemas de salud en instituciones públicas. Además, podrán analizarse las desigualdades regionales en impacto en el gasto de bolsillo de los hogares, debido a los diferentes porcentajes de acceso efectivo y de calidad, y a su vez en el impacto de este gasto de bolsillo en la pobreza y desigualdad de ingresos. La pregunta guía sería qué patrones regionales diferenciados de acceso a la salud existen en el país y cuáles son las desigualdades en las brechas de acceso a la salud en las localidades rurales.
- Analizar y caracterizar las desigualdades municipales en acceso potencial, acceso efectivo, acceso efectivo y de calidad, y no atención a los problemas de salud, con acento en las localidades rurales. Debería analizarse la posibilidad estadística de este estudio, a partir de las muestras existentes a nivel municipal (y sus localidades rurales y urbanas) en las ENIGH

(especialmente en el caso de ciudades grandes) o en su defecto, en la disponibilidad de datos con el Censo (tanto en el cuestionario básico como en el ampliado). De la misma manera se podrá profundizar en la mercantilización en la atención de los problemas de salud y en el pago de la atención de los problemas de salud en instituciones públicas. Además, se estudiarían las desigualdades municipales en impacto en el gasto de bolsillo de los hogares, debido a los diferentes porcentajes de acceso efectivo y de calidad, y a su vez en el impacto de este gasto de bolsillo en la pobreza y desigualdad de ingresos. La pregunta guía sería qué patrones municipales diferenciados de acceso a la salud existen en el país y cuáles son las desigualdades en las brechas de acceso a la salud en las localidades rurales.

Analizar las brechas existentes en atención a la salud preventiva (diabetes, presión arterial
y medición de peso y talla) en las localidades rurales (en comparación a las urbanas).
Profundizar en la caracterización de la población con acceso a estos servicios o carentes de
ellos desde los accesos potencial, efectivo y efectivo y de calidad. Además, profundizar en
la caracterización sociodemográfica y laboral de la población con acceso a la salud
preventiva y de la población carente de este acceso.

B. Líneas de investigación cualitativa

En la dimensión de estudios cualitativos varias líneas pueden desarrollarse para complementar y discutir los resultados agregados de este trabajo y de los propuestos para trabajos futuros. Se destacan algunas especialmente vinculadas con el enfoque de este trabajo:

- Generar estudios etnográficos centrados en la trayectoria de acceso potencial (afiliación a la salud) de personas de localidades rurales, seleccionadas mediante alguna muestra teórica pertinente (muestra de localidades y de personas en las localidades). El objetivo sería analizar trayectorias de atención a la salud de personas que han transitado por las modificaciones de mercado en las zonas rurales (por ejemplo, personas que en 1985 contaban con al menos 15 años de edad) y también trayectorias de personas jóvenes, actualmente trabajadoras. Podrían seleccionarse en particular personas que han laborado como campesinas en este período, como trabajadores o propietarios de negocios no agropecuarios, y que han combinado actividades laborales, en diálogo con las investigaciones sobre nueva ruralidad. Una de las preguntas clave, guía de investigación, podría ser cuáles son los patrones de afiliación de estas personas y sus modificaciones principales, desde antes de la existencia del Seguro Popular, en el período del Seguro Popular y en el cambio a INSABI e IMSS-Bienestar.
- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar en las razones de afiliación de las poblaciones locales a instituciones públicas o privadas de salud. Podría profundizarse en la preferencia por la medicina comunitaria (en lugar de la afiliación) o en la hibridación (afiliación a instituciones y utilización de la medicina comunitaria).
- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar en las barreras de acceso a las instituciones de seguridad social y a las IPPS-CI (incluidos en especial el INSABI y el IMSS-Bienestar). Profundizar en el conocimiento o desconocimiento (como barrera de acceso) que las personas de esas localidades manifiestan en relación con el INSABI, el IMSS-Bienestar y los servicios que incluyen (especialmente respecto de las diferencias frente al Seguro Popular).

- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar en las razones de atención de los problemas de salud en instituciones públicas o privadas, y de medicina comunitaria. De particular interés será comparar la preferencia por la atención en diversas instituciones públicas (seguridad social, IPPS-CI) o privadas (consultorios y hospitales, y consultorios de farmacias), de medicina comunitaria e incluso de hibridación de la atención en diversas opciones públicas, privadas y comunitarias.
- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar, en primer lugar, en las situaciones en las que las personas entrevistadas tuvieron que hacer pagos por la atención de problemas de salud en instituciones públicas, y profundizar en la relevancia de esos pagos en el gasto de los hogares; en segundo lugar, profundizar en las situaciones en las que las personas entrevistadas decidieron hacer pagos por la atención de problemas de salud en instituciones privadas, si no contaban con opción de atención en instituciones públicas (o si contaban) y profundizar en la relevancia de esos pagos en el gasto de los hogares.
- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar en la percepción del derecho a la salud. Podrían seleccionarse personas de acuerdo con criterios de edad, género, laborales y de afiliación (o no afiliación) instituciones públicas de salud. De particular interés sería el estudio de la percepción del derecho a la salud entre indígenas (tanto hablantes de lengua indígena como personas con autoadscripción étnica).
- Generar estudios de caso con enfoque etnográfico en una muestra teórica de algunas localidades rurales del país (y de personas en estas localidades) para profundizar en la percepción del derecho a la salud por parte de empleados del sector salud (público o privado) que laboran en estas localidades rurales seleccionadas o en localidades cercanas a las que acuden a atenderse de problemas de salud personas de las localidades seleccionadas.
- Generar estudios político-institucionales dirigidos a profundizar en la constitución de coaliciones de promoción (advocacy coalitions) de reformas de la salud y de fuerzas de veto ante la posibilidad de creación de un sistema único de salud en México.

Bibliografía

- Adler de Lomnitz, L. (1993), Cómo sobreviven los marginados, Ciudad de México, Siglo XXI.
- Appendini, K. y G. Torres-Mazuera (eds.) (2008), "Perspectivas multidisciplinarias de una realidad fragmentada", ¿Ruralidad sin agricultura? Perspectivas multidisciplinarias de una realidad fragmentada, México, El Colegio de México.
- Appendini, K. y G. Verduzco (2002), "La transformación de la ruralidad mexicana: modos de vida y respuestas locales y regionales", *Estudios Sociológicos*, vol. XX, N° 2.
- Arias, P. (2009), *Del arraigo a la diáspora: dilemas de la familia rural*, México, H. Cámara de Diputados LX Legislatura, Universidad de Guadalajara y Miguel Ángel Porrúa.
- _____(2002), "Hacia el espacio rural urbano; una revisión de la relación entre el campo y la ciudad en la antropología social mexicana", Estudios demográficos y urbanos, vol. 17, N° 2.
- (1997), "Crisis metropolitana, especialización económica y nuevas relaciones espaciales en México" en *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, Vol. IV, Nº 10, septiembre-diciembre.
- (1992), "Dos nociones en torno al campo", *Ajuste estructural, mercados laborales y TLC*, México, El Colegio de México/Fundación Friedrich Ebert/El Colegio de la Frontera Norte.
- Bailón Vásquez, F. (2012), "Trabajadoras domésticas y sexuales en la ciudad de Oaxaca durante el porfiriato: sobrevivencia, control y vida cotidiana", tesis de doctorado en historia, El Colegio de México.
- Barba, C. (2021), "El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos", serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 191 (LC/TS.2021/70; LC/MEX/TS.2021/12), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Barba Solano, C. y E. Valencia Lomelí (2013), "La transición del régimen de bienestar mexicano: entre el dualismo y las reformas liberales", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 22, N° 2.
- Barkin, D. (2001), "Superando el paradigma neoliberal: desarrollo popular sustentable", ¿Una nueva ruralidad en América Latina?, N. Giarracca (comp.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Bensusán, G. (2019), *Perfil del trabajo doméstico remunerado en México*, Ciudad de México, oficina de País de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para México y Cuba.
- Boltvinik, J. (1984), "Satisfacción desigual de las necesidades esenciales en México", La desigualdad en México, R. Cordera y C. Tello (coords.), México, Siglo XXI.
- Calva, J. L. (2004), "Ajuste estructural y TLCAN: efectos en la agricultura mexicana y reflexiones sobre el ALCA", El Cotidiano, vol. 19, N° 124.
- Carton de Grammont, H. (2009), "La desagrarización del campo mexicano", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 16, N° 50.

- (2004), "La nueva ruralidad en América Latina", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 66, Nº especial.
- Cerón Aparicio, E. (2015), "Movilidad y transición productiva en el contexto de la nueva ruralidad: el caso de Santa Bárbara, Estado de México", *Sociológica*, vol. 30, N° 86.
- CESCR (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-Naciones Unidas) (2000), Observación general Nº 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- CIEP (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria) (2021), "De Seguro Popular a INSABI: mayor población con menor atención" [en línea] https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (s/f), *Medición de la Pobreza:* anterior medición por ingresos 1990-2012, México [en línea] https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Medicion-por-ingresos-1990-2012.aspx [fecha de consulta: 27 de septiembre de 2021].
- _____(2021), "Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020", México [en línea] https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Not a_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf [fecha de consulta: 27 de septiembre de 2021].
- _____(2019), Medición de la pobreza 2018: anexo estadístico de pobreza en México. Anexo estadístico 2018, México [en línea] https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx [fecha de consulta: 27 de septiembre de 2021].
- _____(2014), Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, México.
- _____(2010), Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, México.
- Damián, A. (2019), "Pobreza y desigualdad en México: la construcción ideológica y fáctica de ciudadanías diversas y desiguales", *El Trimestre Económico*, vol. LXXXVI, N° 3, julio-septiembre.
- Davis, B. (2000), "Las políticas de ajuste de los ejidatarios frente a la reforma neoliberal en México", *Revista CEPAL*, N° 72 (LC/G.2120-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre [en línea] https://www.cepal.org/es/publicaciones/10710-politicas-ajuste-ejidatarios -frente-la-reforma-neoliberal-mexico.
- Dirven, M. y D. Candia (2020), "Medición de lo rural para el diseño e implementación de políticas de desarrollo rural", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/25, LC/MEX/TS.2020/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Durand, J. (2017), *Historia mínima de la migración México-Estados Unidos*, Primera edición electrónica, México, El Colegio de México.
- (1994), Más allá de la línea: patrones migratorios entre México y Estados Unidos, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Escobar Latapí, A. (2020), "Women and men in farm work in Mexico: trends and gaps, 2005-2019", CIESAS Bulletin, N° 1, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [en línea] https://jornamex.com/textos/CIESAS_Boletin_General_EN.pdf [fecha de consulta: 21 de octubre de 2021].
- Escobar, A., P. Martin y O. Stabridi (2019), Farm Labor and Mexico's Export Produce Industry, Washington, D.C., Wilson Center [en línea] https://www.wilsoncenter.org/publication/farm-labor-and-mexicos-export-produce-industry [fecha de consulta: 21 de octubre de 2021].
- Fajardo-Dolci, G., J. P. Gutiérrez y S. García-Saisó (2015), "Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud", *Salud Pública de México*, vol. 57, N° 2.
- Frenk, J. y otros (2018a), "La brecha de la salud", *Nexos*, febrero 2018 [en línea] https://www.nexos.com.mx/?p=35971 [fecha de consulta: 10 de septiembre de 2021].
- _____(2018b), "Hacia la universalización de la salud", *Nexos*, marzo [en línea] https://www.nexos.com.mx/?p=36346 [fecha de consulta: 10 de septiembre de 2021].
- FUNDAR, Centro de análisis e investigación (2020), *Paquete económico 2021: análisis con enfoque de derechos y lucha contra las desigualdades* [en línea] https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Analisis_Paquete_Economico_2021_Fundar.pdf.

- Gaudin, Y. (2019), "Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe. La nueva ruralidad: conceptos y medición", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2019/45-LC/MEX/TS.2019/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- González, L. (1989), "El rancho vindicado", *Nexos*, N° 140, agosto [en línea] https://www.nexos.com.mx/?p=5561 [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2021].
- González, R. (2018), "Inequidades en salud en México 2015-2016", *Salud Problema*, segunda época, año 12, N° 23.
- González Block, M. Á. y otros (2018), El subsistema privado de atención de la salud en México: diagnóstico y retos, México, Universidad Anáhuac/Intersistemas Editores.
- Gordillo, G. y R. Wagner (2005), "Las reformas titubeantes: el campo mexicano, 1975-2000", *Economía UNAM*, vol. 2, N° 5, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Gutiérrez, J. P. (2013), "Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza", Salud Pública de México, vol. 55, suplemento II.
- Gutiérrez, J. P. y M. Hernández-Ávila (2013), "Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012", Salud pública en México, vol. 55, suplemento II.
- Gutiérrez, J. P. y S. M. Bertozzi (2003), "La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil", *Salud pública de México*, vol. 45, N° 2.
- Gutiérrez, J. P. y otros (2019), "Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud", Salud pública en México, vol. 61, N° 6.
- (2016), "Desigualdad en indicadores de resultados y acceso a la salud para niños en México: análisis de tres encuestas de salud", *Salud pública en México*, vol. 58, N° 6.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2022), Encuesta Nacional de Empleo [en línea] https://www.inegi.org.mx/programas/ene/2004/#Tabulados [fecha de consulta: 1 de julio de 2022].
- _____(2021), "Cuéntame de México. Población" [en línea] http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2021].
- _____(2020), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2020 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(2018), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2018 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(2016), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2016 [en línea] https://www.ineqi.org.mx/ default.html.
- _____(2014), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2014 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(2012), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2012 [en línea] https://www.ineqi.org.mx/ default.html.
- _____(2010), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(2008), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2008 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- (2006), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2006 [en línea]
- https://www.inegi.org.mx/ default.html. _____(2004), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2004 [en línea]
- https://www.inegi.org.mx/ default.html.
 _____(2002), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2002 [en línea]
 https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- (2000), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2000 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(1998), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1998 [en línea]
 - https://www.inegi.org.mx/ default.html.
 - ____(1996), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1996 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.

- _____(1994), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1994 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- _____(1992), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1992 [en línea] https://www.inegi.org.mx/ default.html.
- Juárez-Ramírez, C. y otros (2014), "La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes", Salud Pública de México, vol. 35, N° 4.
- Kay, C. (2015), "The agrarian question and the neoliberal rural transformation in Latin America", European Review of Latin American and Caribbean Studies, N° 100, diciembre.
- _____(2009), "Estudios rurales en América Latina en el periodo de globalización neoliberal: ¿una nueva ruralidad?", Revista Mexicana de Sociología, vol. 71, N° 4.
- Knaul, F. M. y otros (2012), "The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico", *The Lancet*, vol. 380, N° 9849.
- Leyva-Flores, R., C. Infante-Xibille y J. P. Gutiérrez (2013), "Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los Pueblos Indígenas de México, 2006-2012", Salud Pública de México, vol. 55, suplemento II.
- Levy, S. (1994), "La pobreza en México", *La pobreza en México: causas y políticas para combatirla*, F. Vélez (comp.), México, Instituto Tecnológico Autónomo de México/El Trimestre Económico/Fondo de Cultura Económica.
- Lorenzen, M. (2021), "Nueva ruralidad y migración en la Mixteca Alta, México", *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 29, N° 58, julio.
- Lugo Garfias, M. E. (2015), El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).
- México (2021a), "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos" https://www.refworld.org.es/docid/57f795a52b.html [fecha de consulta: 6 de octubre de 2021].
- _____(2021b), Ley General de Salud [en línea] https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf [fecha de consulta: 4 de febrero de 2022].
- Mora Martínez, L. (2018), "Nueva ruralidad en la Huasteca poblana: otomíes y nahuas de Pahuatlán (1960-2010)", Relaciones estudios de historia y sociedad, vol. 39, N°154.
- Morán Pérez, A. V. (2020), "Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención", tesis de doctorado en antropología social, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Moreno-Brid, J. C. y J. Ros Bosch (2010), *Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana: una perspectiva histórica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Naciones Unidas (1966), "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI)", 16 de diciembre de 1966 [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (1988), "Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"" [en línea] https://www.refworld.org.es/docid/5ccb1b164.html.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2016), OECD Reviews of Health Systems. Mexico: 2016, París.
- (2007), OECD Rural Policy Reviews, Mexico, París.
- Ordóñez Barba, G. M. (2002), *La política social y el combate a la pobreza en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez C., E. (2001), "Hacia una nueva visión de lo rural", ¿Una nueva ruralidad en América Latina?, N. Giarracca (comp.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- RAE (Real Academia Española) (2014), Diccionario de la Lengua Española, Madrid, Real Academia Española. https://dle.rae.es/rural?m=form (acceso el 12 de septiembre de 2021).
- Rivera González, J. G. (2019), La condición de las juventudes en escenarios de la nueva ruralidad en San Luis Potosí, México: un acercamiento desde la antropología, San Luis Potosí, ECORFAN Collections.

- Salas-Porras, A. (2014), "Las élites neoliberales en México: ¿cómo se construye un campo de poder que transforma las prácticas sociales de las élites políticas?" en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Nueva Época, vol. 59, N° 222.
- Salas Quintanal, H. e I. González de la Fuente (2013), "Nueva ruralidad. Procesos sociolaborales y desagrarización de una sociedad local en México (1980-2010)", *Gazeta de Antropología*, 2013, vol. 29, N° 2 [en línea] http://hdl.handle.net/10481/28504 [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2021].
- Siqueira, D. y R. Osório (2001), "O conceito de Rural" en ¿Una nueva ruralidad en América Latina?, N. Giarracca (comp.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- SS/ONIS (Secretaría de Salud/Observatorio Nacional de Inequidades en Salud) (2019), *Primer informe sobre desigualdades en salud en México*, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social) (2016), *El trabajo doméstico en México: la gran deuda social*, Ciudad de México.
- Teubal, M. (2001), "Globalización y nueva ruralidad en América Latina", ¿Una nueva ruralidad en América Latina?, N. Giarracca (comp.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Torres-Mazuera, G. (2008), "Los productores maiceros de Emilio Portes Gil: de campesinos de subsistencia a agricultores de medio tiempo en un ejido que se urbaniza", ¿Ruralidad sin agricultura? Perspectivas multidisciplinarias de una realidad fragmentada, México, El Colegio de México.
- Unikel Spector, L. (1973), "La información sobre población urbana y rural y migración", *Estudios demográficos* y urbanos, vol. 7, N° 3.
- Valencia Lomelí, E. (2020), "México: desafíos del estancamiento (estabilizador) económico y social", Tres miradas al México de hoy, A. Aziz Nassif, E. Valencia Lomelí y J. Alonso Sánchez, México, Cátedra Jorge Alonso.
- _____(2018), "Coalición reformista de mercado y transformación de las políticas económicas y sociales en México (1985-2017)", Políticas sociales en América Latina en los inicios del siglo XXI: innovaciones, inercias y retrocesos, C. Midaglia, G. Ordóñez y E. Valencia (coords.), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, y Tijuana, México, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)/ El Colegio de la Frontera Norte.
- Valencia Lomelí, E. y M. E. Jaramillo Molina (2019), "El Programa Progresa-Oportunidades-Prospera en el régimen de bienestar dual mexicano", *El Progresa-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*, G. Hernández Licona y otros (coords.), México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
- Yanes, P. (2011), "Transferencias focalizadas y condicionadas: entre las oportunidades y los derechos", *Sin Permiso*, 4 de septiembre [en línea] https://www.sinpermiso.info/textos/transferencias-focalizadas-y-condicionadas-entre-las-oportunidades-y-los-derechos.

Anexo estadístico

Cuadro A1 México: perfil sociodemográfico de la población nacional, 1992 y 2018 (En porcentajes)

	1992ª	2018
Tamaño de localidad		
100.000 y más	46,4	46,1
15.000 a 99.999	13,6	14,7
2.500 a 14.999	13,7	14,7
Menos de 2.500	26,3	24,5
Nueva ruralidad		
15.000 o más	60,1	60,9
Menos de 15.000	39,9	39,1
Sexo		
15.000 o más		
Hombres	28,9	29,4
Mujeres	31,1	31,5
Menos de 15.000	•	·
Hombres	20,1	19,2
Mujeres	19,8	20
Rango de edad	- /-	
15.000 o más		
Menos de 18	26,3	18,8
Entre 19 y 29	12,2	11,1
Entre 30 y 44	12	12,7
Entre 45 y 59	5,7	10,7
Mayor que 60	3,9	7,5
Menos de 15.000	- /-	,-
Menos de 18	20,7	14,6
Entre 19 y 29	6,7	6,4
Entre 30 y 44	6,5	7,8
Entre 45 y 59	3,4	5,7
Mayor que 60	2,7	4,6
Habla de lengua indígena	(Dato más antiguo: 2008)	
15.000 o más	,	
No	61,3	59,9
Sí	1,4	1,3
Menos de 15.000	.,.	.,-
No	31,6	34,2
Sí	5,7	4,7
Situación de pobreza por ingresos ^b	€,.	.,.
15.000 o más		
No	27,9	35,5
Sí Marca do 15 000	32,2	25,4
Menos de 15.000 No	7,9	14,8
Sí	32,1	24,3

	1992ª	2018
Fuente y sector predominante de ingresos	(Dato más antiguo: 2000)	
15.000 o más		
Negocio agropecuario	0,3	0,4
Negocio no agropecuario	12,7	11,8
Trabajo agropecuario	0,3	0,8
Trabajo no agropecuario	48,1	45,6
Menos de 15.000		
Negocio agropecuario	7,3	8,2
Negocio no agropecuario	6,8	8,6
Trabajo agropecuario	3,8	7,1
Trabajo no agropecuario	20,7	17,5

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992 y 2018.

Cuadro A2 México: perfil sociodemográfico de la población rural, 1992 y 2018 (En porcentajes)

	1992	2018
Tamaño de localidad		
2.500 a 14.999	34,2	37,4
Menos de 2.500	65,8	62,6
Sexo		
Hombres	50,4	49
Mujeres	49,6	51
Rango de edad		
Menos de 18	51,9	37,4
Entre 19 y 29	16,7	16,4
Entre 30 y 44	16,2	19,8
Entre 45 y 59	8,5	14,7
Mayor que 60	6,8	11,8
Habla de lengua indígena	(Dato más antiguo: 2008)	
No	84,6	88
Sí	15,4	12
En situación de pobreza por ingresosª		
No	19,7	37,9
Sí	80,3	62,1
Fuente y sector predominante de ingresos	(Dato más antiguo: 2000)	
Negocio agropecuario	18,9	19,8
Negocio no agropecuario	17,7	20,8
Trabajo agropecuario	9,7	17,1
Trabajo no agropecuario	53,7	42,2

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992 y 2018.

^a Para la categoría de "Habla de lengua indígena", el año del cálculo corresponde al más antiguo disponible, es decir, 2008.

^b A diferencia del cálculo oficial de pobreza en México que realiza el CONEVAL, esta estimación es más simple pues solo compara el ingreso corriente total per cápita de los hogares con la línea de pobreza del CONEVAL (según tamaño de localidad). Es decir, a diferencia de la metodología del CONEVAL, al ingreso corriente total no se le sustrae algunos rubros de ingreso y no utilizan economías de escala, antes de comparar al ingreso con la línea de pobreza. Por tal razón, el porcentaje de pobreza mostrado es relativamente distinto al de la medición oficial de pobreza.

^a A diferencia del cálculo oficial de pobreza en México que realiza el CONEVAL, esta estimación es más simple pues sólo compara el ingreso corriente total per cápita de los hogares con la línea de pobreza del CONEVAL (según tamaño de localidad). Es decir, a diferencia de la metodología del CONEVAL, al ingreso corriente total no se le sustrae algunos rubros de ingreso y no utilizan economías de escala, antes de comparar al ingreso con la línea de pobreza. Por tal razón, el porcentaje de pobreza mostrado es relativamente distinto al de la medición oficial de pobreza.

100

Cuadro A3 México: acceso potencial a la salud en diversidad instituciones, 1992-2018

(En porcentajes)

Institución de acceso potencial	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Institución pública	35	35	34	35	36	34	35	35	60	69	76	80	83	82
Institución pública de seguridad social	34	34	34	35	36	34	35	35	38	40	37	41	43	43
IMSS	28	27	27	29	29	28	29	29	31	32	30	34	35	36
ISSSTE	7	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Seguro social de PEMEX y Fuerzas Armadas	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Seguro Popular	0	0	0	0	0	0	0	0	20	31	42	43	45	42
IMSS-Prospera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Otra institución	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	1	1
Seguridad médica privada	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1
Acceso potencial a la salud (total)	36	36	34	36	36	35	36	36	60	69	76	80	83	82

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018. Nota: La afiliación a instituciones de seguridad social de 2008 a 2018 se reporta en la ENIGH no solo vía laboral, sino también por otras vías como afiliación voluntaria, afiliación por estudios universitarios en universidad pública, jubilación entre otros. De 1992 a 2006, solo se capta la afiliación vía laboral. De 1992 a 1994, la categoría Seguridad social de PEMEX y Fuerzas Armadas también incluye a los servicios médicos de universidades. De 1996 a 2006, la categoría otra institución incluye solamente servicios médicos de universidades. De 2008 en adelante solo incluye otra institución. De 1992 a 2006, la seguridad médica privada se reporta solo como prestación laboral. De 2008 a 2014, se incluye la pregunta de aseguramiento voluntario a seguro privado o gastos médicos, pero se retira la pregunta de seguro privado como prestación laboral. A partir de 2016 se cuenta con ambas (aseguramiento voluntario a seguro privado y seguro privado como prestación laboral).

CuadroA4 México: acceso potencial a la salud según distintas variables, 1992-2018 (En porcentajes)

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Total nacional	36	36	34	36	36	35	36	36	60	69	76	80	83	82
Tamaño de localidad														
100.000 y más	52	50	50	51	52	49	47	49	64	70	76	79	81	81
15.000 a 100.000	38	39	35	38	40	35	34	39	59	70	73	80	82	82
2.500 a 15.000	25	28	22	29	25	23	30	23	54	66	77	81	83	83
Menos de 2.500	12	12	11	11	12	13	16	15	55	68	79	82	86	86
Nueva ruralidad														
15.000 o más	49	48	47	48	49	46	44	47	63	70	75	79	82	81
Menos de 15.000	17	17	15	17	16	17	21	18	54	67	78	81	85	85
Sexo														
15.000 o más														
Hombres	50	49	48	49	50	47	46	47	62	68	73	78	80	79
Mujeres	47	47	46	47	49	46	43	46	64	71	77	81	83	83
Menos de 15.000														
Hombres	18	17	15	17	16	17	22	19	53	64	77	79	83	82
Mujeres	16	17	15	17	16	16	20	17	56	70	80	84	87	87
Rango de edad														
15.000 o más														
Menos de 18	43	44	41	42	44	39	38	41	61	70	76	80	83	82
Entre 19 y 29	55	52	51	53	54	47	45	48	57	62	68	71	75	75
Entre 30 y 44	57	57	55	55	58	56	55	56	64	70	75	80	81	80
Entre 45 y 59	55	54	55	57	56	56	53	56	66	71	76	81	83	82
Mayor que 60	29	30	33	31	34	33	31	32	75	79	85	87	89	88
Menos de 15.000														
Menos de 18	15	15	12	14	14	13	18	15	56	69	79	83	87	85
Entre 19 y 29	19	21	18	23	21	18	22	19	45	59	72	73	78	78
Entre 30 y 44	23	23	21	23	22	23	30	25	58	69	79	83	86	86
Entre 45 y 59	18	20	17	20	16	19	25	24	54	68	81	83	85	86
Mayor que 60	8	10	10	10	11	14	12	9	54	68	81	84	88	89
Habla de lengua indígena														
15.000 o más														
No habla									63	70	75	80	82	81
Sí habla									48	59	66	76	78	78

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Menos de 15.000														
No habla									56	68	79	82	85	85
Sí habla									44	63	80	82	89	88
Decil de ingreso per cápita														
15.000 o más														
1	12	14	12	8	4	12	6	14	40	54	69	71	76	77
II	21	25	19	18	16	22	24	22	47	64	72	74	80	78
III	32	30	24	34	28	28	28	32	52	61	73	75	80	80
IV	35	39	35	35	40	35	34	40	55	66	74	80	80	79
V	46	41	41	42	41	41	38	40	58	67	75	78	82	80
VI	49	44	47	44	52	44	44	43	62	69	75	78	81	80
VII	52	47	53	54	54	47	47	50	64	72	69	80	80	82
VIII	57	54	58	59	57	58	53	55	69	72	77	80	83	81
IX	60	61	58	61	60	59	58	59	73	74	79	83	84	82
X	58	63	60	59	63	58	60	61	73	77	79	83	83	84
Menos de 15.000														
I	3	4	3	2	3	2	4	3	46	61	79	81	87	86
II	10	11	6	9	6	9	13	10	51	67	78	83	86	87
III	15	15	11	12	15	15	16	17	54	71	78	81	85	86
IV	19	22	18	23	17	19	19	20	55	66	78	83	85	84
V	30	23	18	22	28	27	25	23	55	68	78	82	84	85
VI	24	21	26	30	28	27	36	26	61	72	80	79	84	83
VII	33	36	30	39	40	27	28	29	61	66	75	80	84	83
VIII	35	31	28	30	38	28	47	41	65	69	82	81	84	82
IX	30	46	36	48	31	44	44	38	68	75	79	82	84	82
X	35	44	44	43	29	40	59	40	63	73	81	82	81	81
Fuente predominante de ingresos														
15.000 o más														
Predominante en negocios	11	12	10	12	12	9	11	13	40	54	62	67	70	69
Predominante en remuneraciones	73	72	71	71	72	72	66	68	72	77	80	84	85	85
Menos de 15.000														
Predominante en negocios	3	5	4	3	2	3	3	3	43	61	78	82	86	85
Predominante en remuneraciones	37	36	32	37	33	34	37	32	62	72	83	84	86	86
Fuente y sector predominante de ingresos														
15.000 o más														
Negocio agropecuario					1	2	4	6	50	61	60	61	76	69

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Negocio no agropecuario					11	6	8	9	38	52	64	66	71	70
Trabajo agropecuario					35	41	32	43	57	63	67	79	74	80
Trabajo no agropecuario					63	59	54	58	69	74	77	81	83	82
Menos de 15.000														
Negocio agropecuario					1	1	1	2	43	61	79	82	87	87
Negocio no agropecuario					3	3	5	2	42	61	74	77	83	82
Trabajo agropecuario					12	13	12	11	49	55	74	75	81	82
Trabajo no agropecuario					29	28	32	28	61	70	79	81	84	83
Situación de pobreza de ingresos														
15.000 o más														
No en situación de pobreza	62	61	61	60	62	60	58	58	79	78	80	86	84	84
En situación de pobreza	48	45	47	47	46	45	40	42	67	67	75	78	81	81
Menos de 15.000														
No en situación de pobreza	31	33	29	34	31	32	36	28	73	73	83	85	85	85
En situación de pobreza	17	16	16	17	14	15	18	15	67	67	80	83	87	87

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018. Nota: La afiliación a instituciones de seguridad social de 2008 a 2018 se reporta en la ENIGH no solo vía laboral, sino también por otras vías como afiliación voluntaria, afiliación por estudios universitarios en universidad pública, jubilación entre otros. De 1992 a 2006, solo se capta la afiliación vía laboral. Esto afecta en el indicador de acceso potencial a la salud (total), por lo que el salto más abrupto se percibe entre 2006 y 2008.

Cuadro A5 México: acceso potencial a la salud en institución pública de seguridad social, 1992-2018

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Total nacional	34	34	34	35	36	34	35	35	38	40	37	41	43	43
Tamaño de localidad														
100.000 y más	50	48	50	50	51	48	46	48	52	53	52	56	58	59
15.000 a 100.000	33	37	35	37	40	34	34	39	41	43	35	42	43	45
2.500 a 15.000	25	27	21	28	24	23	30	23	26	28	26	31	31	33
Menos de 2.500	12	11	11	11	11	12	16	14	12	17	15	16	18	20
Nueva ruralidad														
15.000 o más	46	46	46	47	49	45	44	46	50	51	48	53	54	55
Menos de 15.000	16	17	15	17	16	16	21	17	18	21	19	22	23	25
Sexo														
15.000 o más														
Hombres	46	47	47	48	49	45	45	46	49	50	48	53	54	55
Mujeres	45	45	46	47	48	45	43	45	50	51	49	53	54	55
Menos de 15.000														
Hombres	17	17	15	17	16	16	22	18	18	21	20	22	24	26
Mujeres	16	16	15	17	16	16	20	17	17	21	18	21	22	24
Rango de edad														
15.000 o más														
Menos de 18	41	42	41	42	43	39	38	40	45	46	42	48	49	50
Entre 19 y 29	52	49	50	51	52	46	44	46	46	47	45	49	51	53
Entre 30 y 44	52	53	53	53	56	54	53	55	51	51	48	54	54	55
Entre 45 y 59	53	51	54	56	55	55	52	55	55	56	53	56	57	58
Mayor que 60	28	28	32	30	34	33	30	32	65	66	66	67	68	69
Menos de 15.000														
Menos de 18	15	14	12	14	13	13	18	15	14	17	15	18	19	21
Entre 19 y 29	18	20	17	21	20	17	22	18	19	22	21	22	24	27
Entre 30 y 44	22	22	21	22	21	22	29	25	20	23	21	24	25	26
Entre 45 y 59	17	19	17	20	16	19	25	23	21	26	23	25	26	26
Mayor que 60	8	10	9	9	11	13	12	9	23	26	23	26	29	30
Habla de lengua indígena														
15.000 o más														
No habla									51	52	49	53	55	56
Sí habla									29	32	30	37	37	39
Menos de 15.000														
No habla									20	23	22	24	26	27
Sí habla									7	10	7	7	7	9

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Decil de ingreso per cápita														
15.000 o más														
I	11	14	12	8	4	12	6	14	11	11	17	12	15	15
II	21	25	19	17	16	22	24	22	22	24	16	22	24	27
III	31	28	24	33	27	28	28	32	30	31	31	30	33	37
IV	33	38	35	34	39	34	33	39	36	40	35	41	40	42
V	44	40	41	42	41	40	37	40	43	43	39	46	48	50
VI	48	43	46	43	51	43	44	43	49	50	47	51	54	55
VII	51	46	52	53	54	46	47	49	54	55	48	57	58	61
VIII	52	51	58	58	56	57	52	54	61	60	61	63	66	64
IX	56	57	57	60	59	58	57	58	65	66	66	70	71	71
X	53	59	58	57	60	57	58	58	64	69	67	74	74	75
Menos de 15.000														
I	3	3	3	2	3	1	4	3	3	2	3	3	3	4
II	9	10	5	8	6	8	13	10	7	8	9	8	10	12
III	15	14	10	12	15	15	16	16	12	19	13	15	17	19
IV	18	21	18	22	17	18	18	20	18	17	20	22	24	25
V	30	22	17	21	28	26	25	23	22	26	24	28	27	31
VI	23	19	25	29	28	26	36	26	32	36	26	33	36	35
VII	31	35	30	38	40	26	28	28	37	38	35	40	40	44
VIII	34	30	28	29	38	28	47	40	42	49	41	46	50	47
IX	28	43	36	46	30	43	44	37	48	56	57	56	59	53
X	35	43	43	40	26	37	58	38	43	53	53	65	59	59
Fuente predominante de ingresos														
15.000 o más														
Predominante en negocios	11	12	10	12	11	8	11	13	26	27	21	24	26	27
Predominante en remuneraciones	67	67	68	68	70	70	64	66	61	62	58	63	64	65
Menos de 15.000														
Predominante en negocios	3	5	4	3	2	2	3	3	10	10	9	10	12	12
Predominante en remuneraciones	34	34	31	35	32	32	36	30	27	32	30	32	32	35
Fuente y sector predominante de ingresos														
15.000 o más														
Negocio agropecuario					1	2	4	6	25	26	27	15	24	27
Negocio no agropecuario					11	6	8	9	22	23	19	21	24	24
Trabajo agropecuario					32	41	31	41	35	34	31	40	32	40
Trabajo no agropecuario					62	58	54	56	59	60	56	61	62	63
Menos de 15.000														
Negocio agropecuario					1	0	1	2	5	6	5	5	7	7

Variables de desglose	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Negocio no agropecuario					3	3	5	2	7	9	8	11	11	12
Trabajo agropecuario					11	12	11	10	9	11	12	11	12	14
Trabajo no agropecuario					28	27	32	27	34	38	35	39	39	40
Situación de pobreza de ingresos														
15.000 o más														
No en situación de pobreza	56	56	58	58	59	59	56	56	68	68	64	72	69	69
En situación de pobreza	46	43	46	45	44	43	39	41	42	42	37	42	41	44
Menos de 15.000														
No en situación de pobreza	30	31	28	31	30	31	35	27	44	44	40	47	42	42
En situación de pobreza	16	15	15	16	13	14	17	14	15	15	14	16	15	17

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 1992-2018.

Cuadro A6

México: acceso potencial a la salud en Seguro Popular, 2008-2018

(En porcentajes)

Variables de desglose	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Total nacional	20	31	42	43	45	42
Tamaño de localidad						
100.000 y más	9	17	25	27	28	24
15.000 a 99.999	17	30	41	44	45	41
2.500 a 14.999	26	41	56	55	59	54
Menos de 2.500	41	53	67	70	73	69
Nueva ruralidad						
15.000 o más	11	20	29	31	32	28
Menos de 15.000	35	48	63	64	68	64
Sexo						
15.000 o más						
Hombres	10	19	27	28	29	26
Mujeres	11	21	31	33	35	31
Menos de 15.000						
Hombres	33	46	60	61	64	60
Mujeres	37	51	65	67	71	67
Rango de edad						
15.000 o más						
Menos de 18	14	26	37	38	40	36
Entre 19 y 29	8	17	26	27	28	25
Entre 30 y 44	10	19	28	29	30	27
Entre 45 y 59	8	16	24	28	29	26
Mayor que 60	7	13	21	24	24	22
Menos de 15.000						
Menos de 18	40	54	67	70	73	69
Entre 19 y 29	26	40	55	56	60	56
Entre 30 y 44	36	49	62	63	66	63
Entre 45 y 59	32	43	61	62	64	62
Mayor que 60	30	44	62	62	66	63
Habla de lengua indígena						
15.000 o más						
No habla	10	19	28	30	31	28
Sí habla	17	29	41	43	47	43
Menos de 15.000						
No habla	35	47	61	63	66	61
Sí habla	36	55	75	76	83	82
Decil de ingreso per cápita						
15.000 o más						
1	29	45	55	62	64	65
II	24	43	57	56	63	56
III	20	33	45	51	53	47
IV	17	29	44	46	48	42
V	13	26	40	39	42	35
VI	11	22	34	33	34	30
VII	8	19	24	28	28	24
VIII	5	13	19	21	22	20

Variables de desglose	2008	2010	2012	2014	2016	2018
IX	5	9	15	16	16	13
X	2	4	8	8	7	7
Menos de 15.000						
I	43	59	76	80	85	83
II	43	61	71	78	80	78
III	41	55	68	71	74	71
IV	36	51	63	67	68	63
V	31	45	59	61	64	59
VI	27	40	56	53	57	54
VII	23	34	48	46	52	44
VIII	20	23	46	41	42	40
IX	17	19	28	31	32	32
X	17	19	29	20	24	23
Fuente predominante de ingresos						
15.000 o más						
Predominante en negocios	13	28	41	45	46	43
Predominante en remuneraciones	8	16	24	25	25	22
Menos de 15.000						
Predominante en negocios	33	52	71	75	78	75
Predominante en remuneraciones	32	44	58	58	61	56
Fuente y sector predominante de ingresos						
15.000 o más						
Negocio agropecuario	25	36	33	48	56	44
Negocio no agropecuario	14	30	46	47	51	47
Trabajo agropecuario	17	30	39	46	48	44
Trabajo no agropecuario	7	15	23	24	25	22
Menos de 15.000						
Negocio agropecuario	37	55	75	79	83	82
Negocio no agropecuario	34	53	67	70	76	73
Trabajo agropecuario	39	47	66	66	73	71
Trabajo no agropecuario	26	35	49	48	53	49
Situación de pobreza de ingresos						
15.000 o más						
No en situación de pobreza	9	9	16	16	17	16
En situación de pobreza	28	28	42	41	46	41
Menos de 15.000						
No en situación de pobreza	32	32	47	44	50	46
En situación de pobreza	54	54	69	71	76	73

Cuadro A7

México: coeficientes de concentración del acceso potencial a la salud en diversidad de instituciones, 1992-2018

Institución de acceso potencial	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Institución pública	0,251	0,275	0,293	0,284	0,285	0,275	0,269	0,263	0,069	0,034	0,007	0,009	-0,002	-0,004
Institución pública de seguridad social	0,242	0,273	0,293	0,284	0,284	0,275	0,268	0,262	0,258	0,263	0,273	0,272	0,258	0,238
IMSS	0,219	0,251	0,255	0,243	0,253	0,24	0,24	0,228	0,226	0,225	0,235	0,235	0,222	0,205
ISSSTE	0,407	0,4	0,472	0,5	0,487	0,478	0,459	0,478	0,42	0,426	0,45	0,459	0,453	0,425
Seguro social de PEMEX y Fuerzas Armadas	0,507	0,395	0,541	0,447	0,34	0,436	0,394	0,285	0,359	0,471	0,468	0,452	0,419	0,372
Seguro Popular									-0,318	-0,279	-0,246	-0,245	-0,247	-0,256
IMSS-Prospera													-0,507	-0,415
Otra institución			0,568	0,422	0,64	0,572	0,65	0,679	0,382	0,353	0,275	0,376	0,429	0,482
Seguridad médica privada	0,491	0,456	0,447	0,416	0,443	0,441	0,522	0,451	0,792	0,761	0,757	0,733	0,649	0,638
Coeficiente de concentración del acceso potencial a la salud (total)	0,252	0,276	0,294	0,282	0,285	0,275	0,27	0,264	0,072	0,034	0,007	0,01	0,001	-0,002

Cuadro A8

México: acceso efectivo a la salud según distintas variables, 2014-2018

(En porcentajes)

Variables de desglose	2014	2016	2018
Total nacional	67	70	69
Tamaño de localidad			
100.000 y más	65	68	67
15.000 a 99.999	67	69	68
2.500 a 14.999	69	71	70
Menos de 2.500	71	75	73
Nueva ruralidad			
15.000 o más	66	68	67
Menos de 15.000	70	73	72
Sexo			
15.000 o más			
Hombres	65	67	66
Mujeres	67	69	68
Menos de 15.000			
Hombres	68	72	70
Mujeres	72	75	73
Rango de edad			
15.000 o más			
Menos de 18	61	63	62
Entre 19 y 29	61	64	64
Entre 30 y 44	69	71	70
Entre 45 y 59	71	73	71
Mayor que 60	76	78	78
Menos de 15.000			
Menos de 18	71	73	70
Entre 19 y 29	64	69	68
Entre 30 y 44	73	76	75
Entre 45 y 59	72	74	74
Mayor que 60	70	74	73
Habla de lengua indígena			
15.000 o más			
No habla	66	69	68
Sí habla	66	68	67
Menos de 15.000			
No habla	70	73	72
Sí habla	74	80	80
Decil de ingreso per cápita			
15.000 o más			
I	61	64	66
II	64	68	67
III	65	69	68
IV	68	68	66
V	66	69	67
VI	66	68	67
VII	67	67	69
VIII	67	69	68

Variables de desglose	2014	2016	2018
IX	67	70	68
X	65	67	67
Menos de 15.000			
1	74	79	77
II	73	75	75
III	70	74	72
IV	71	72	70
V	70	70	71
VI	67	71	68
VII	65	70	68
VIII	64	69	67
IX	66	68	65
X	62	65	65
Fuente predominante de ingresos			
15.000 o más			
Predominante en negocios	57	59	60
Predominante en remuneraciones	74	75	74
Menos de 15.000			
Predominante en negocios	71	74	72
Predominante en remuneraciones	74	76	75
Fuente y sector predominante de ingresos			
15.000 o más			
Negocio agropecuario	50	58	58
Negocio no agropecuario	53	58	57
Trabajo agropecuario	71	65	69
Trabajo no agropecuario	72	72	71
Menos de 15.000			
Negocio agropecuario	73	77	75
Negocio no agropecuario	65	71	68
Trabajo agropecuario	67	73	73
Trabajo no agropecuario	71	74	72
Situación de pobreza de ingresos			
15.000 o más			
No en situación de pobreza	74	74	73
En situación de pobreza	70	73	72
Menos de 15.000			
No en situación de pobreza	72	73	72
En situación de pobreza	73	77	76

Cuadro A9

México: coeficiente de concentración del "acceso efectivo" y "acceso efectivo y calidad" a la salud en diversidad de instituciones, 2014-2018

Institución de atención	2014	2016	2018
Atención en instituciones públicas	-0,072	-0,082	-0,068
Atención en institución de seguridad social (IMSS e ISSSTE)	0,196	0,184	0,153
Atención en instituciones públicas fuera de seguridad social	-0,302	-0,304	-0,294
Atención en hospitales y consultorios de Sec. de Salud	-0,302	-0,304	-0,296
Atención en otra institución pública (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI)	0,308	0,264	0,186
Atención en sector privado	0,101	0,088	0,069
Atención en hospitales y consultorios privados	0,151	0,136	0,111
Atención en consultorios privados de farmacias	0,033	0,022	0,011
Coeficiente de concentración del acceso efectivo a la salud (total)	-0,012	-0,015	-0,016
Coeficiente de concentración del acceso efectivo y de calidad a la salud (total)	-0,005	-0,023	-0,004

Cuadro A10

México: acceso efectivo a la salud en diversidad de instituciones, 2014-2018

(En porcentajes)

Institución de atención	2014	2016	2018
Atención en instituciones públicas	58	51	49
Atención en institución de seguridad social (IMSS e ISSSTE)	25	22	24
Atención en instituciones públicas fuera de seguridad social	31	28	25
Atención en hospitales y consultorios de la Secretaría de Salud	30	26	23
Atención en otra institución pública (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI)	1	1	1
Atención en sector privado	42	48	50
Atención en hospitales y consultorios privados	23	28	28
Atención en consultorios privados de farmacias	16	17	19
Acceso efectivo a la salud (total)	68	70	69

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con cálculos sobre la base de Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2014-2018.

Nota: El indicador de acceso efectivo a la salud (total) muestra el porcentaje respecto de la población total. Véase el diagrama 1 para más detalles en su cálculo. Con excepción de dicho indicador, el resto de los indicadores muestra el porcentaje resultante del número de atenciones brindadas en dicha institución respecto del total de personas que presentaron problemas de salud en el año de levantamiento de la ENIGH y que buscaron atención médica. El indicador de atención en sector privado incluye hospitales y consultorios privados, consultorios de farmacias (desglosadas de manera particular), así como la opción curandero, hierbero, comadrona, brujo, entre otros y la opción otro (no desglosadas).

Cuadro A11 Acceso efectivo a la Salud según distintas instituciones públicas, 2014-2018 (En porcentajes)

		tención ciones p		Atención en institución de seguridad social (IMSS e ISSSTE)			Atención en hospitales y consultorios de la Secretaría de Salud		
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Total nacional	58	51	49	25	22	24	30	26	23
Tamaño de localidad									
100.000 y más	52	46	46	35	30	32	15	14	12
15.000 a 99.999	58	51	49	27	24	25	29	25	21
2.500 a 14.999	62	54	51	19	16	18	40	35	30
Menos de 2.500	66	60	54	10	9	11	52	47	40
Nueva ruralidad									
15.000 o más	54	47	47	33	28	30	19	17	15
Menos de 15.000	64	57	52	13	12	14	47	42	36
Sexo									
15.000 o más									
Hombres	52	45	45	32	28	30	18	15	14
Mujeres	55	49	49	33	29	31	20	18	16
Menos de 15.000									
Hombres	62	56	50	14	12	14	45	41	34
Mujeres	66	58	54	13	12	13	49	43	38
Rango de edad									
15.000 o más									
Menos de 18	48	39	39	25	19	21	21	18	16
Entre 19 y 29	49	46	45	30	28	29	17	17	14
Entre 30 y 44	54	49	48	35	31	32	18	16	15
Entre 45 y 59	60	55	54	40	37	38	18	16	14
Mayor que 60	68	61	64	50	43	48	16	15	13
Menos de 15.000									
Menos de 18	66	58	52	9	8	9	53	47	40
Entre 19 y 29	61	56	51	14	14	14	44	40	35
Entre 30 y 44	64	59	53	15	14	16	45	41	35
Entre 45 y 59	65	57	53	18	15	17	43	38	33
Mayor que 60	63	56	53	19	18	19	40	35	32

		tención ciones p		Atención en institución de seguridad social (IMSS e ISSSTE)			Atención en hospitales y consultorios de la Secretaría de Salud		
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Habla de lengua indígena									
15.000 o más									
No habla	54	48	48	34	29	31	18	16	14
Sí habla	57	53	49	26	22	22	28	30	24
Menos de 15.000									
No habla	63	57	52	15	14	15	45	40	35
Sí habla	73	67	65	5	5	6	60	58	55
Decil de ingreso per cápita									
15.000 o más									
1	58	50	50	9	11	9	48	38	39
II	59	52	51	16	14	19	41	35	30
III	59	53	54	21	20	25	36	32	27
IV	59	52	50	29	24	25	28	26	22
V	58	51	49	33	29	30	23	21	17
VI	57	49	47	36	31	32	19	17	14
VII	55	46	49	38	32	35	15	12	12
VIII	54	46	48	41	34	37	11	10	9
IX	51	46	45	40	37	38	8	7	6
X	40	34	36	33	28	31	4	4	3
Menos de 15.000									
1	75	70	62	2	2	3	67	64	56
II	69	61	56	5	6	7	60	53	47
III	65	58	53	9	9	12	53	46	40
IV	65	56	53	14	13	14	48	40	37
V	62	53	52	18	14	17	42	37	32
VI	59	54	48	20	20	18	37	31	28
VII	57	49	47	24	20	23	31	27	22
VIII	55	48	45	26	25	23	27	22	21
IX	52	46	42	32	28	24	18	16	16
X	43	41	39	26	24	26	14	11	11
Fuente predominante de ingresos									
15.000 o más									
Predominante en negocios	49	44	47	23	17	22	25	25	23

	A institu	Atención en institución de seguridad social (IMSS e ISSSTE)			Atención en hospitales y consultorios de la Secretaría de Salud				
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Predominante en remuneraciones	61	54	54	43	39	40	15	13	12
Menos de 15.000									
Predominante en negocios	57	51	48	8	8	8	45	40	37
Predominante en remuneraciones	64	57	53	23	20	21	38	35	29
Fuente y sector predominante de ingresos									
15.000 o más									
Negocio agropecuario	46	44	42	13	17	15	32	26	23
Negocio no agropecuario	43	40	39	14	13	15	27	26	23
Trabajo agropecuario	65	53	49	28	19	26	35	32	20
Trabajo no agropecuario	56	51	50	40	36	37	14	13	11
Menos de 15.000									
Negocio agropecuario	68	61	53	3	5	4	58	53	45
Negocio no agropecuario	58	53	48	7	6	6	48	43	39
Trabajo agropecuario	63	60	54	8	8	9	51	48	43
Trabajo no agropecuario	60	55	50	25	22	22	33	31	26
Situación de pobreza de ingresos									
15.000 o más									
No en situación de pobreza	57	51	52	46	39	40	8	9	9
En situación de pobreza	63	59	57	36	31	33	26	26	22
Menos de 15.000									
No en situación de pobreza	59	51	50	30	24	24	27	25	24
En situación de pobreza	64	59	54	13	10	12	47	45	39

116

Cuadro A12 México: acceso efectivo a la salud según distintas instituciones del sector privado, 2014-2018 (En porcentajes)

	(=po								
	Aten	ción en s privado	sector	h	tención o ospitales	s y	Atención en consultorios privados de farmacias		
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Total nacional	42	48	50	23	28	28	16	17	19
Tamaño de localidad									
100.000 y más	47	53	53	24	28	26	20	22	24
15.000 a 99.999	41	48	50	23	29	28	15	16	19
2.500 a 14.999	37	45	48	25	30	31	10	12	14
Menos de 2.500	34	39	45	21	25	29	9	11	13
Nueva ruralidad									
15.000 o más	46	52	52	24	28	27	19	21	23
Menos de 15.000	35	41	46	23	27	30	10	12	13
Sexo									
15.000 o más									
Hombres	47	54	54	24	29	27	20	22	24
Mujeres	44	50	50	23	28	27	19	20	21
Menos de 15.000									
Hombres	37	42	48	24	28	31	10	12	14
Mujeres	34	40	44	22	27	29	9	11	13
Rango de edad									
15.000 o más									
Menos de 18	51	60	60	24	30	28	25	28	30
Entre 19 y 29	50	52	54	26	29	28	21	21	23
Entre 30 y 44	45	49	50	23	28	27	17	18	20
Entre 45 y 59	39	43	45	22	25	25	14	16	17
Mayor que 60	31	38	35	21	27	23	8	8	9
Menos de 15.000									
Menos de 18	34	41	47	20	25	28	11	14	17
Entre 19 y 29	38	42	47	24	27	30	11	12	13
Entre 30 y 44	35	39	45	22	26	30	9	10	12
Entre 45 y 59	34	41	45	23	29	31	7	9	11
Mayor que 60	36	43	45	29	33	35	5	7	8

	Aten	Atención en sector privado				en s y rivados	Atención en consultorios privados de farmacias		
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Habla de lengua indígena									
15.000 o más									
No habla	45	51	51	23	28	26	19	20	22
Sí habla	42	45	49	18	26	23	21	16	23
Menos de 15.000									
No habla	36	42	47	23	27	30	10	12	14
Sí habla	26	32	33	17	23	22	4	6	7
Decil de ingreso per cápita									
15.000 o más									
I	41	49	49	17	18	17	22	28	29
II	40	47	47	14	20	19	24	24	27
III	41	45	45	17	18	18	23	26	24
IV	40	47	49	16	21	19	22	24	27
V	42	47	50	18	22	23	21	23	25
VI	43	50	52	20	25	25	20	23	25
VII	44	53	50	20	28	24	21	22	24
VIII	45	52	51	24	30	28	19	20	21
IX	48	52	54	28	32	32	17	17	19
X	60	64	63	44	50	46	11	11	14
Menos de 15.000									
1	24	28	36	15	18	22	7	7	11
II	30	37	42	18	23	27	9	12	13
III	34	40	45	20	24	28	11	14	15
IV	34	43	46	21	28	28	11	13	16
V	37	45	46	24	30	30	11	12	14
VI	40	45	51	27	30	34	11	13	15
VII	42	49	52	27	34	36	13	13	14
VIII	45	51	53	31	34	38	11	15	12
IX	47	52	57	34	39	42	10	10	12
X	56	57	59	46	45	45	7	8	11
Fuente predominante de ingresos									
15.000 o más									

	Aten	ción en s privado		h	tención o ospitales Itorios pr	s y	Atención en consultorios privados de farmacias			
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	
Predominante en negocios	49	54	53	30	33	28	16	17	23	
Predominante en remuneraciones	38	44	45	21	26	25	14	15	17	
Menos de 15.000										
Predominante en negocios	42	46	50	31	33	36	7	9	11	
Predominante en remuneraciones	35	41	45	23	27	30	9	10	11	
Fuente y sector predominante de ingresos										
15.000 o más										
Negocio agropecuario	54	55	56	45	35	36	8	15	16	
Negocio no agropecuario	56	58	60	30	30	31	23	25	27	
Trabajo agropecuario	35	46	48	24	21	24	10	22	20	
Trabajo no agropecuario	43	48	49	23	27	26	16	18	21	
Menos de 15.000										
Negocio agropecuario	31	37	45	22	27	32	6	7	11	
Negocio no agropecuario	41	45	51	29	30	34	10	12	14	
Trabajo agropecuario	35	38	45	21	25	29	8	9	12	
Trabajo no agropecuario	38	43	48	24	28	30	10	12	14	
Situación de pobreza de ingresos										
15.000 o más										
No en situación de pobreza	42	47	47	27	31	29	11	13	15	
En situación de pobreza	36	40	42	16	20	19	16	16	20	
Menos de 15.000										
No en situación de pobreza	41	47	48	30	33	35	8	10	10	
En situación de pobreza	34	39	44	23	27	29	8	9	11	

Cuadro A13 México: acceso efectivo y de calidad a la salud, 2014-2018

Variables de desglose	2014	2016	2018
Total nacional	33	28	28
Tamaño de localidad	33	20	20
100.000 y más	33	27	28
15.000 a 99.999	34	29	29
2.500 a 14.999	34	28	29 27
Menos de 2.500	32	29	26
Nueva ruralidad	00	07	00
15.000 o más	33	27	28
Menos de 15.000	33	29	26
Sexo			
15.000 o más			
Hombres	31	26	27
Mujeres	35	29	30
Menos de 15.000			
Hombres	30	26	25
Mujeres	36	30	28
Rango de edad			
15.000 o más			
Menos de 18	30	22	23
Entre 19 y 29	26	23	23
Entre 30 y 44	32	28	28
Entre 45 y 59	37	33	34
Mayor que 60	48	42	44
Menos de 15.000			
Menos de 18	34	28	24
Entre 19 y 29	27	25	23
Entre 30 y 44	32	28	27
Entre 45 y 59	35	30	29
Mayor que 60	38	35	34
Habla de lengua indígena			
15.000 o más			
No habla	33	28	29
Sí habla	31	28	27
Menos de 15.000			
No habla	33	29	27
Sí habla	33	31	29
Decil de ingreso per cápita			
15.000 o más			
I	28	24	25
II	30	26	25
III	32	27	29
IV	33	27	27
V	33	28	28
VI	34	28	29
VII VIII	35 35	27 29	31
IX	35 35	30	30 31
1/1	55	50	01

Variables de desglose	2014	2016	2018
Menos de 15.000			
1	33	29	25
II	34	28	26
III	33	29	27
IV	34	28	27
V	34	27	27
VI	33	28	28
VII	31	28	28
VIII	33	29	27
IX	33	29	28
X	30	27	26
Fuente predominante de ingresos			
15.000 o más			
Predominante en negocios	25	23	24
Predominante en remuneraciones	38	33	34
Menos de 15.000			
Predominante en negocios	27	25	24
Predominante en remuneraciones	33	29	29
Fuente y sector predominante de ingresos			
15.000 o más			
Negocio agropecuario	25	22	22
Negocio no agropecuario	23	21	21
Trabajo agropecuario	31	24	27
Trabajo no agropecuario	34	29	30
Menos de 15.000			
Negocio agropecuario	29	28	23
Negocio no agropecuario	27	25	24
Trabajo agropecuario	26	27	24
Trabajo no agropecuario	31	28	27
Situación de pobreza de ingresos			
15.000 o más			
No en situación de pobreza	39	33	35
En situación de pobreza	34	32	32
Menos de 15.000			
No en situación de pobreza	35	30	30
En situación de pobreza	31	28	27

Cuadro A14

México: acceso efectivo y de calidad a la salud en distintas instituciones, 2014-2018

(En porcentajes)

Institución de atención	2014	2016	2018
Acceso efectivo y de calidad a la salud (total)	33	28	28
Porcentaje de atenciones donde se pagó por servicios			
Instituciones de seguridad social	3	4	4
Instituciones fuera de seguridad social	20	21	25
Sector privado	93	94	95
Promedio de minutos que tomó traslado y atención de problema de salud			
Total (promedio de todas las atenciones)	87,4	89,5	86,5
Instituciones de seguridad social	114,5	122,8	114
Instituciones fuera de seguridad social	105,2	105,9	101,6
Sector privado	52,3	54,9	54,3

Nota: El indicador de "acceso efectivo y de calidad a la salud (total)" muestra el porcentaje respecto de la población total. Véase el diagrama 1 para más detalles en su cálculo. Los indicadores de porcentaje de atenciones donde se realizó pago se calculan con respecto al total de atenciones por institución. Los indicadores de minutos que tomó traslado y atención se calculan respecto del total de atenciones por institución.

Cuadro A15

México: porcentaje de atenciones donde se pagó por servicios según institución y sector de atención, 2014-2018

(En porcentajes)

		tituciones juridad so			iciones fu juridad sc		Sector privado			
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	
Total nacional	3	4	4	20	21	25	93	94	95	
Tamaño de localidad										
100.000 y más	2	3	4	22	25	26	92	93	94	
15.000 a 99.999	5	5	6	22	23	26	94	95	96	
2.500 a 14.999	4	6	4	20	24	25	95	96	95	
Menos de 2.500	4	4	5	18	17	23	94	95	96	
Nueva ruralidad										
15.000 o más	3	3	4	22	24	26	93	93	94	
Menos de 15.000	4	5	5	18	19	24	94	96	96	
Sexo										
15.000 o más										
Hombres	3	3	4	23	23	27	93	93	94	
Mujeres	3	4	4	21	25	26	93	93	94	
Menos de 15.000										
Hombres	4	5	5	19	19	23	94	95	95	
Mujeres	4	6	5	18	19	24	95	96	96	
Rango de edad										
15.000 o más										
Menos de 18	3	4	4	19	20	23	95	95	96	
Entre 19 y 29	3	4	5	26	29	29	92	92	93	
Entre 30 y 44	3	4	4	24	28	29	91	91	92	
Entre 45 y 59	3	3	4	22	24	29	91	91	93	
Mayor que 60	2	2	4	21	25	25	90	90	92	
Menos de 15.000										
Menos de 18	4	5	4	17	18	22	95	96	96	
Entre 19 y 29	4	6	6	21	22	26	93	94	95	
Entre 30 y 44	5	6	6	20	21	26	94	94	95	
Entre 45 y 59	4	6	4	19	21	23	94	96	96	
Mayor que 60	2	4	4	18	19	22	95	96	95	
Habla de lengua indígena										
15.000 o más										
No habla	3	3	4	22	24	26	92	93	94	
Sí habla	4	4	6	20	30	27	96	93	94	
Menos de 15.000										
No habla	3	5	5	20	21	25	94	96	96	
Sí habla	7	6	9	12	11	16	92	93	94	
Decil de ingreso per cápita										
15.000 o más										
1	6	3	3	15	27	21	97	96	95	
II	2	3	5	18	20	21	95	95	97	
III	1	3	4	22	20	26	95	96	96	
IV	4	2	2	21	23	25	94	96	96	
V	2	3	4	24	23	26	94	94	95	
VI	3	2	3	23	21	22	94	94	96	
VII	2	3	3	23	29	31	93	95	96	
VIII	3	4	4	23	26	28	93	93	94	
IX	3	4	5	27	33	38	92	92	92	
X	4	5	6	35	43	42	88	89	90	

		tituciones juridad so			iciones fu guridad so		Sector privado			
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	
Menos de 15.000										
1	2	9	11	15	15	21	94	96	96	
II	5	4	7	17	18	23	95	96	97	
III	4	4	4	19	19	22	94	97	96	
IV	2	3	3	21	23	24	96	96	96	
V	3	3	5	20	22	27	95	96	96	
VI	5	7	2	19	24	27	95	96	96	
VII	4	9	5	25	26	26	95	95	95	
VIII	3	4	5	23	26	25	92	95	95	
IX	4	8	5	23	24	28	94	93	93	
X	5	3	4	30	26	31	93	94	94	
Fuente predominante de ingresos										
15.000 o más										
Predominante en negocios	2	3	2	22	27	29	94	94	97	
Predominante en remuneraciones	3	3	4	24	26	30	90	90	92	
Menos de 15.000										
Predominante en negocios	4	8	4	21	19	23	96	98	96	
Predominante en remuneraciones	3	6	5	21	21	24	93	94	94	
Fuente y sector predominante de ingresos										
15.000 o más										
Negocio agropecuario	6	3	7	14	37	25	99	97	96	
Negocio no agropecuario	3	3	3	21	23	26	95	96	97	
Trabajo agropecuario	6	6	7	29	29	16	92	95	94	
Trabajo no agropecuario	3	4	4	25	27	30	90	90	92	
Menos de 15.000										
Negocio agropecuario	5	6	6	17	14	24	94	96	96	
Negocio no agropecuario	5	8	5	21	23	22	97	98	97	
Trabajo agropecuario	4	6	4	17	17	25	94	94	96	
Trabajo no agropecuario	5	6	4	23	24	28	92	93	94	
Situación de pobreza de ingresos										
15.000 o más										
No en situación de pobreza	3	4	5	25	29	31	89	89	92	
En situación de pobreza	3	2	3	24	23	28	92	92	94	
Menos de 15.000										
No en situación de pobreza	4	6	4	23	22	25	93	94	94	
En situación de pobreza	3	5	6	20	20	22	95	96	95	

Cuadro A16 México: promedio de minutos que tomó traslado y atención de problema de salud según institución y sector de atención, 2014-2018

Variables de desglose		l (promed las atend				ones fuera de idad social		Instituciones de seguridad social			Sector privado		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	
Total nacional	87	89	86	105	106	102	114	123	114	52	55	54	
Tamaño de localidad													
100.000 y más	82	86	81	113	116	110	113	124	113	44	47	45	
15.000 a 99.999	84	86	82	109	110	98	108	115	107	47	51	51	
2.500 a 14.999	92	90	87	102	102	100	118	121	111	57	55	54	
Menos de 2.500	99	99	100	101	100	99	133	130	133	76	80	77	
Nueva ruralidad													
15.000 o más	82	86	81	112	114	106	112	122	112	45	48	47	
Menos de 15.000	96	96	95	101	101	99	125	125	121	68	69	68	
Sexo													
15.000 o más													
Hombres	80	85	80	107	114	102	110	120	113	44	47	46	
Mujeres	85	86	82	115	114	108	114	123	111	46	48	47	
Menos de 15.000													
Hombres	92	93	94	95	96	95	118	126	122	67	69	66	
Mujeres	99	98	96	106	105	102	131	125	121	69	70	70	
Rango de edad													
15.000 o más													
Menos de 18	71	71	65	102	102	95	104	109	100	42	44	42	
Entre 19 y 29	83	89	82	111	125	109	126	135	122	43	47	46	
Entre 30 y 44	91	93	89	124	119	116	127	136	127	46	49	47	
Entre 45 y 59	91	97	91	125	127	116	113	125	123	51	53	50	
Mayor que 60	88	92	89	114	122	111	97	112	96	52	60	62	
Menos de 15.000													
Menos de 18	84	82	79	91	91	86	112	105	105	60	63	60	
Entre 19 y 29	95	95	98	105	106	109	126	135	125	63	67	66	
Entre 30 y 44	104	104	103	112	113	111	141	142	144	71	67	67	
Entre 45 y 59	108	106	108	115	110	112	131	129	125	81	75	78	
Mayor que 60	107	111	107	111	110	109	120	126	116	84	90	86	
Habla de lengua indígena													
15.000 o más													
No habla	83	86	82	112	114	107	113	123	112	45	48	46	
Sí habla	101	111	98	122	175	128	137	132	146	53	59	60	
Menos de 15.000													
No habla	95	95	94	101	101	99	125	124	121	67	69	66	
Sí habla	107	105	114	105	102	107	158	152	143	92	83	95	
Decil de ingreso per cápita													
15.000 o más													
I	85	94	87	112	124	107	113	154	119	48	50	51	
II	88	92	85	113	117	110	124	120	115	48	51	47	
Ш	92	91	90	118	118	98	136	131	124	46	49	54	
IV	91	89	81	113	107	104	131	122	118	47	55	45	
V	87	88	81	112	123	108	116	128	116	48	46	42	
VI	84	90	83	111	124	100	111	130	110	48	49	46	
VII	87	89	85	110	115	109	121	126	115	46	45	45	
VIII	81	83	81	105	107	122	107	116	107	43	45	47	
IX	78	88	81	106	84	101	105	123	109	42	51	48	
X	68	70	69	96	84	94	92	106	105	41	44	45	

		l (promed las atend		Instituciones fuera de seguridad social				tituciones uridad so		Sector privado		
Variables de desglose	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Menos de 15.000												
ſ	103	101	104	103	99	101	133	155	144	86	88	88
II	97	97	98	104	102	100	137	142	138	71	71	71
III	95	98	94	101	106	99	128	119	126	67	76	67
IV	96	92	90	101	104	94	126	135	120	63	63	63
V	99	90	96	101	97	108	140	123	119	66	63	64
VI	96	97	90	102	105	99	123	124	111	71	67	61
VII	91	93	90	99	97	95	111	121	121	62	66	63
VIII	89	93	96	87	91	99	120	121	129	61	60	66
IX	87	89	87	86	92	86	119	113	108	61	59	58
X	82	93	90	86	99	83	120	135	115	58	68	65
Fuente predominante de ingresos												
15.000 o más												
Predominante en negocios	85	85	87	129	113	121	107	124	119	50	57	55
Predominante en remuneraciones	93	97	91	120	128	116	122	131	121	46	50	48
Menos de 15.000												
Predominante en negocios	110	105	110	109	103	102	124	145	120	82	87	88
Predominante en remuneraciones	104	103	104	108	106	105	135	135	138	69	71	72
Fuente y sector predominante de ingresos												
15.000 o más												
Negocio agropecuario	68	80	82	98	89	88	106	153	80	39	56	69
Negocio no agropecuario	79	80	76	121	111	113	99	118	104	46	50	46
Trabajo agropecuario	85	89	86	99	97	106	132	101	117	46	52	55
Trabajo no agropecuario	92	95	89	120	123	111	121	136	125	51	49	47
Menos de 15.000												
Negocio agropecuario	102	103	108	99	96	97	125	130	132	98	97	91
Negocio no agropecuario	92	92	93	98	100	96	127	128	119	65	66	68
Trabajo agropecuario	103	95	105	116	100	108	135	125	137	90	75	77
Trabajo no agropecuario	100	100	98	105	107	106	127	133	133	70	64	62
Situación de pobreza de ingresos												
15.000 o más												
No en situación de pobreza	86	91	86	116	109	111	111	122	110	44	49	49
En situación de pobreza	99	103	97	122	134	119	129	141	129	52	58	54
Menos de 15.000												
No en situación de pobreza	102	105	104	106	102	102	127	137	128	67	76	75
En situación de pobreza	107	104	107	109	107	107	136	132	138	79	78	82

En este trabajo se analizan las brechas en el acceso a los servicios de salud en México para la población de zonas rurales (localidades con menos de 15.000 habitantes) en las últimas décadas (hasta 2018), en contextos de nueva ruralidad, persistencia de alto nivel de pobreza y gran desigualdad, y un régimen de bienestar dual que históricamente ha desprotegido a la mayor parte de esta población. El enfoque analítico es el derecho al más alto nivel posible de salud, con atención universal efectiva y de calidad en instituciones públicas.

Para lograr este objetivo, se revisan las discusiones en torno a las transformaciones socioeconómicas en el ámbito rural a partir de las reformas de mercado y se identifica una ruralidad compleja y heterogénea. Se propone un marco metodológico para estudiar las brechas de acceso a la salud en localidades rurales con base en tres indicadores: el acceso potencial, el acceso efectivo y el acceso efectivo y de calidad a la salud en estas localidades rurales en comparación con las urbanas. Se concluye con un conjunto de propuestas para superar estas brechas.

