

## Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020

5 de agosto de 2021

### Introducción

La Ley General de Desarrollo Social (LGDS), promulgada en 2004, otorga al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) la responsabilidad de establecer los *Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza*, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

En junio de 2010, se publicaron los *Lineamientos para la definición, identificación y medición de la pobreza* (Lineamientos 2010)<sup>1</sup> los cuales determinaron los criterios de la primera serie de la medición multidimensional de la pobreza a nivel nacional y estatal, de 2008 a 2018. Asimismo, estos lineamientos reconocen que el marco normativo que rige al país, así como los patrones y dinámicas de la sociedad mexicana pueden sufrir cambios a lo largo del tiempo, por lo cual se estableció que la metodología para la medición de la pobreza sería revisada en un periodo de diez años.

En 2018, se cumplieron los diez años de la medición multidimensional de la pobreza en México, por lo que, el CONEVAL emprendió la revisión de la metodología en función de los cambios normativos realizados en el país hasta la fecha, así como de las nuevas dinámicas sociales. De tal forma que, el 30 de octubre de 2018 por acuerdo del H. Comité Directivo del CONEVAL se publicó la actualización de los *Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza* (Lineamientos 2018)<sup>2</sup> en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Asimismo, en junio de 2019, se publicó la Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, tercera edición.<sup>3</sup>

Esto implicó adecuaciones en los criterios adoptados para la definición de los umbrales o la construcción de los indicadores, manteniendo los mismos fundamentos y pautas que caracterizan la definición de la pobreza, pero respondiendo a dos elementos centrales: primero, a cambios normativos aprobados por el Poder Legislativo a partir de 2010 y, segundo, a cambios técnicos producto del proceso de investigación y profundización en las dimensiones de la pobreza realizado por el CONEVAL.

De acuerdo con en el artículo 36 de la LGDS la medición multidimensional de la pobreza debe considerar, al menos, los siguientes indicadores para su definición: i) ingreso corriente per cápita; ii) rezago educativo; iii) acceso a los servicios de salud; iv) acceso a la seguridad social; v) calidad y espacios de la vivienda; vi) acceso a los servicios básicos en la vivienda; vii) acceso a la alimentación

<sup>1</sup> Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. DOF, 16 de junio de 2010. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5146940&fecha=16/06/2010](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5146940&fecha=16/06/2010) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>2</sup> Acuerdo por el cual se actualizan los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. DOF, 30 de octubre de 2018. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>3</sup> Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, tercera edición. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf> Consultado 30 de julio del 2021.

nutritiva y calidad, viii) grado de cohesión social; y, ix) grado de accesibilidad a carretera pavimentada.<sup>4</sup>

En el mismo artículo, se indica que el CONEVAL deberá utilizar la información que genere el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para la medición de la pobreza, por lo que el insumo para generar las estimaciones de pobreza presentadas en 2020 es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).

En el marco de los resultados de la medición de pobreza 2020 y con el propósito de abonar a su análisis, a continuación, se detallan un conjunto de elementos que permiten caracterizar, el acceso de la población mexicana a los servicios de salud, los cambios normativos y el contexto en el que se dio su evolución entre 2018 y 2020; finalmente, se concluye con la identificación de algunos retos para avanzar en el cumplimiento al acceso a los servicios de salud.

### **El acceso a los servicios de salud en la medición multidimensional de la pobreza**

El derecho a la salud en México emana de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), que en su artículo 4º establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. Este reconocimiento del derecho está alineado con marcos normativos internacionales en la materia, así como con los compromisos adquiridos por el Estado al ratificar los distintos tratados sobre derechos humanos.

La norma establecida en la Ley General de Salud (LGS) establece el elemento base que debe ser garantizado por el Estado para que toda persona pueda ejercer su derecho constitucional a la protección de la salud y, por tanto, al acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, este derecho forma parte de los derechos sociales, como lo establece la LGDS en su artículo 6º, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente.

### ***Medición de la carencia por acceso a los servicios de salud***

En la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o afiliación al Seguro Popular,<sup>5</sup> a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS,

<sup>4</sup> El 22 de junio de 2018 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la reforma a la fracción v) y vi) para incorporar a la vivienda el carácter de digna y decorosa, en los indicadores calidad y espacios de la vivienda, y acceso a los servicios básicos en la vivienda.

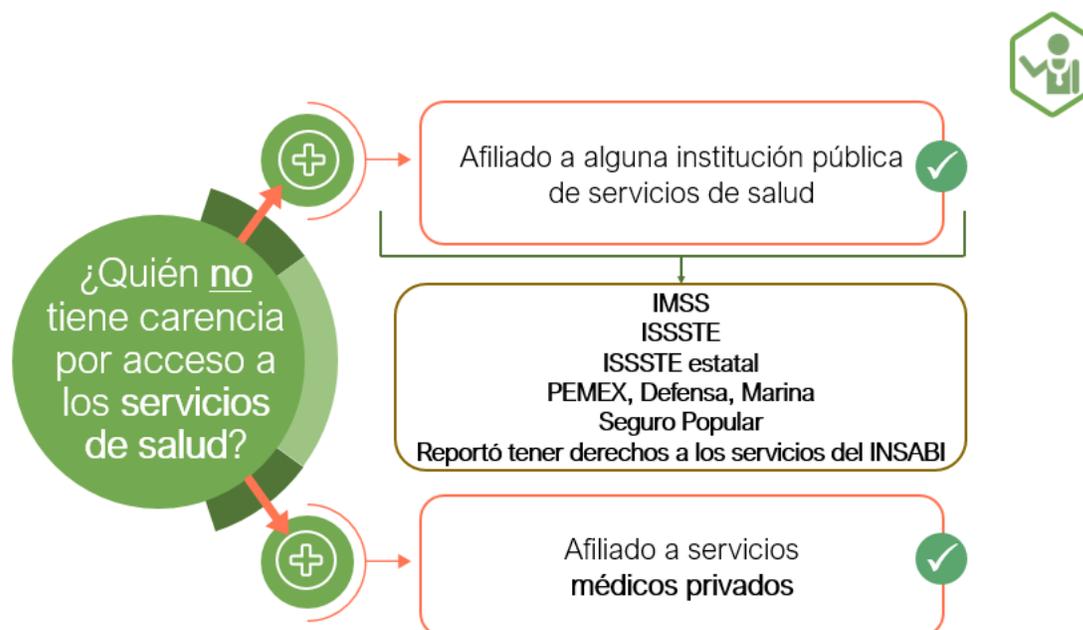
<sup>5</sup> El Seguro Popular inició en julio de 2003 y finalizó en diciembre de 2019 con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=692771&fecha=04/07/2003](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=692771&fecha=04/07/2003)  
DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019)

ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados,<sup>6</sup> o bien, no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

En el esquema 1 se presentan los criterios de identificación de las personas que no tienen carencia a los servicios de salud.

### Esquema 1. Construcción de la carencia por acceso a los servicios de salud



Fuente: elaboración del CONEVAL.

Nota: a partir de 2020, se reporta la población que respondió estar afiliado o inscrito al Seguro Popular, o que tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), lo anterior de acuerdo con el cuestionario de la ENIGH 2020.

Desde el enfoque de derechos humanos, en el que se sustenta la metodología de la medición multidimensional de la pobreza, el conocimiento de la población de sus derechos es crucial para su ejercicio pleno. Ya que, el desconocimiento de los derechos puede impedir a la población operar con certezas sobre sus aseguramientos ante potenciales riesgos y eventualidades. Por lo cual, para la medición de la carencia por acceso a los servicios de salud, el CONEVAL retoma la declaración de las personas sobre el reconocimiento a la afiliación o inscripción a los servicios de salud o el reporte a recibir los servicios que presta el INSABI.

<sup>6</sup> Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, tercera edición. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf> Consultado 30 de julio del 2021.

A continuación, se describe el contexto de la evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud entre 2018 y 2020, así como los aspectos relacionados con la creación del INSABI, la emergencia sanitaria por la COVID-19, los resultados de la carencia, y elementos adicionales al derecho a la salud.

### ***Creación del Instituto de Salud para el Bienestar y cierre de operaciones del Seguro Popular***

En noviembre de 2019 se aprobó el *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*<sup>7</sup> por el cual se crea el INSABI y desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular. De tal forma que, el INSABI, entró en vigor a partir del 1 de enero de 2020.

De acuerdo con este Decreto, el INSABI es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, asimismo, según la LGS su objetivo es:

*"Proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud".*

En este sentido, las personas sin seguridad social, de acuerdo con la LGS, no necesitan afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamentos gratuitos; solo deberán presentar su respectiva CURP o el acta de nacimiento.

Asimismo, la LGS determina que la Secretaría de Salud, podrá establecer la forma y términos de los convenios que suscriban las entidades federativas, entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios. De tal forma que las 32 entidades firmaron, en el transcurso de 2020, el acuerdo de coordinación para garantizar la prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados. Es importante destacar que la mayoría de las entidades establecieron el acuerdo de manera indefinida a partir de su entrada en vigor, con la excepción de Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos y Veracruz.

Otro aspecto para destacar es que los acuerdos antes mencionados fueron firmados en fechas distintas para cada entidad, las que firmaron el acuerdo en fechas posteriores al levantamiento de la ENIGH<sup>8</sup> fueron: Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán. Lo anterior, 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.

Derivado de la creación del INSABI, el INEGI realizó adecuaciones al instrumento de captación (la ENIGH 2020) para considerar al INSABI entre las instituciones de salud que proveen estos servicios.

<sup>7</sup> DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/521359/2019\\_11\\_29\\_MAT\\_salud.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/521359/2019_11_29_MAT_salud.pdf) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>8</sup> El INEGI realizó el trabajo de campo de la ENIGH 2020 de agosto a noviembre de 2020.

De manera que, entre 2018 y 2020, los cuestionarios tuvieron modificaciones en las preguntas donde se incluye como opción de respuesta el Seguro Popular.<sup>9</sup> La modificación mayor se realizó en la pregunta de afiliación al Seguro Popular, donde se cambió el fraseo para incluir al INSABI, quedando de la siguiente manera:

**Cuadro 1.**  
**Cambio en la pregunta sobre servicios médicos, entre la ENIGH 2018 y la ENIGH 2020**

Pregunta	
ENIGH 2018	ENIGH 2020
1. Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?	1. Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular, o tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)?

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en los Cuestionarios de la ENIGH 2018 y ENIGH 2020 del INEGI.

### ***Carencia por acceso a los servicios de salud y la contingencia sanitaria***

A finales de marzo de 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS) declaró la emergencia sanitaria derivada del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), por lo que, en México, el Consejo de Salubridad General reconoció la epidemia<sup>10</sup> y estableció la suspensión de actividades no esenciales. En el contexto de atención a la pandemia, el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la correcta aplicación de las medidas de seguridad sanitarias<sup>11</sup> son fundamentales para hacer frente a la propagación de la COVID-19. Sin embargo, en México, la emergencia sanitaria por COVID-19 se desarrolló ante un Sistema Nacional de Salud caracterizado por tener una configuración fragmentada y desarticulada.<sup>12</sup> A esto se le suman factores como la prevalencia de enfermedades crónicas no transmitibles como la diabetes, hipertensión u obesidad en la población mexicana, que abona al aumento la demanda de servicios de salud.<sup>13</sup>

<sup>9</sup> Al respecto cabe señalar que, la integración en una sola pregunta acerca de la afiliación al Seguro Popular o al derecho a los servicios del INSABI, imposibilita diferenciar a las personas que se reconocen con acceso a uno u otro servicio de salud.

<sup>10</sup> Secretaría de Gobernación, (2020). ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>11</sup> Consejo de Salubridad General, (2020). Medidas de Seguridad Sanitaria. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544285/COVID19\\_-\\_Presentacion\\_CSG\\_-\\_Medidas\\_Seguridad\\_Sanitaria\\_2020.03.30\\_PPT.pptx.pptx.pdf.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544285/COVID19_-_Presentacion_CSG_-_Medidas_Seguridad_Sanitaria_2020.03.30_PPT.pptx.pptx.pdf.pdf) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>12</sup> CONEVAL (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf) Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>13</sup> CONEVAL (2020). La política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica\\_Social\\_COVID-19.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_Social_COVID-19.pdf) Consultado 30 de julio del 2021.

De esta manera, entre 2018 y 2020 la evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud se da en el contexto de contingencia sanitaria por la COVID-19, a la par del proceso de transición administrativa y operativa entre la creación del INSABI y la desaparición del Seguro Popular.

### ***Resultados de la carencia por acceso a los servicios de salud 2018 – 2020 <sup>14</sup>***

Derivado de la publicación de la ENIGH 2020 por parte del INEGI, el CONEVAL realizó las estimaciones de la medición multidimensional de la pobreza. A nivel nacional, entre 2018 y 2020, se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 16.2% a 28.2%, lo cual representó un aumento de 20.1 a 35.7 millones de personas en este periodo. Lo anterior significa que en dos años hubo un aumento de 15.6 millones de personas que reportaron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada.

---

<sup>14</sup> Las cifras presentadas en este documento pueden variar debido al redondeo. Adicionalmente, todas las referencias a la significancia estadística consideran un nivel de confianza del 95%.

**Gráfica 1**

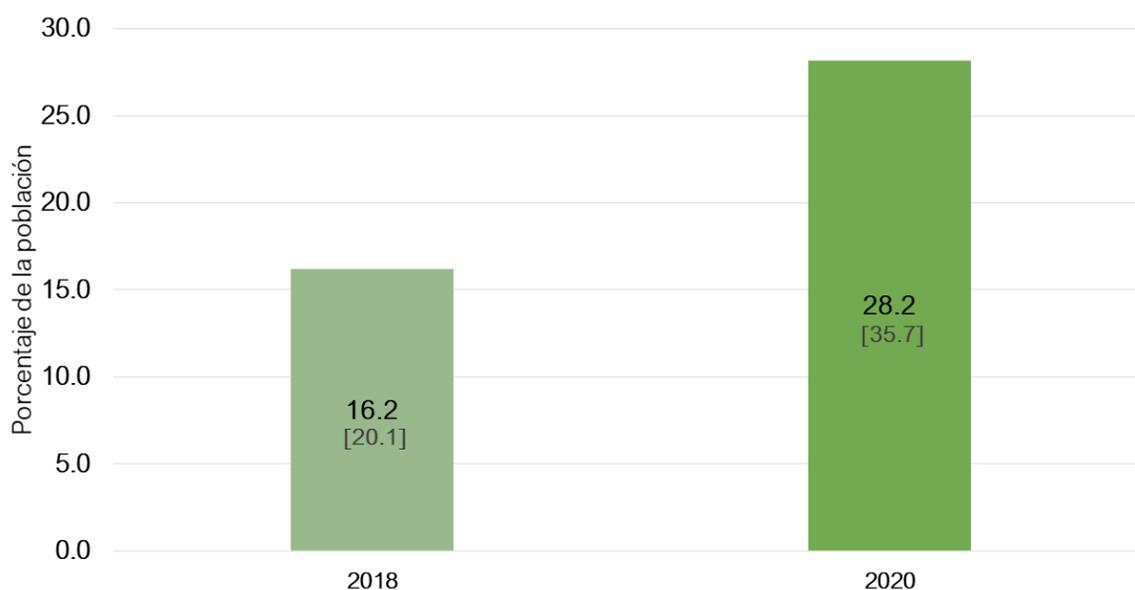


**Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud**

Nacional

2018 - 2020

[Millones de personas]



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

Los resultados de la medición multidimensional de la pobreza muestran que en 2020 el aumento en el porcentaje de la población sin acceso a los servicios de salud se dio principalmente en la población de menores ingresos. Al explorar la carencia de acuerdo con el ingreso corriente total per cápita, se observa que, entre 2018 y 2020, el mayor aumento en la incidencia de la carencia por acceso a los servicios de salud se dio en el 20.0% de la población con menores ingresos: el aumento de la incidencia en la carencia fue de 22.6 y 22.9 puntos porcentuales en el primer y segundo decil de ingresos, respectivamente.

Adicionalmente, el aumento en la carencia por acceso a los servicios de salud afectó en mayor medida a la población en situación de pobreza extrema: el porcentaje de este grupo que tiene carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 25.6% en 2018 a 57.3% en 2020.

**Gráfica 2**

**CONeVAL**

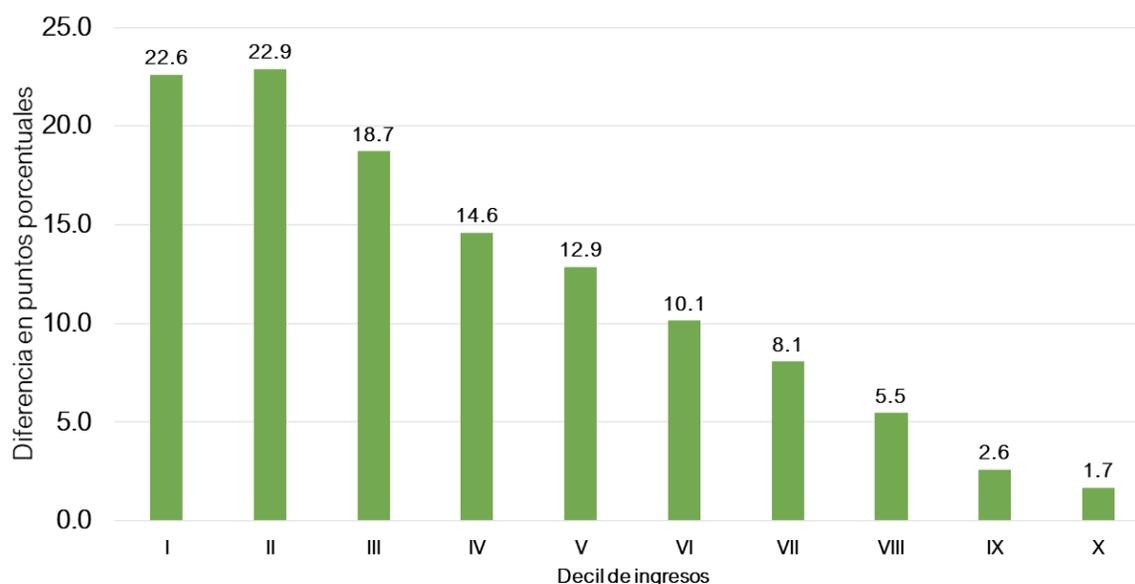
Lo que se mide se puede mejorar



**Cambio en el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud (diferencia en puntos porcentuales)**

Por decil de ingreso corriente total per cápita

2018 - 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

*Acceso a los servicios de salud según institución*

De acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza en México, en 2018, el Seguro Popular y el IMSS fueron las instituciones de salud con mayor porcentaje de personas afiliadas sin carencia por acceso a los servicios de salud, 42.1% y 36.5%, respectivamente. Sin embargo, en 2020, se observó que el porcentaje de la población que reportó estar afiliada al Seguro Popular o tener derecho a los servicios del INSABI pasó a 26.9%, mientras que la afiliación reportada al IMSS pasó a 37.2%.

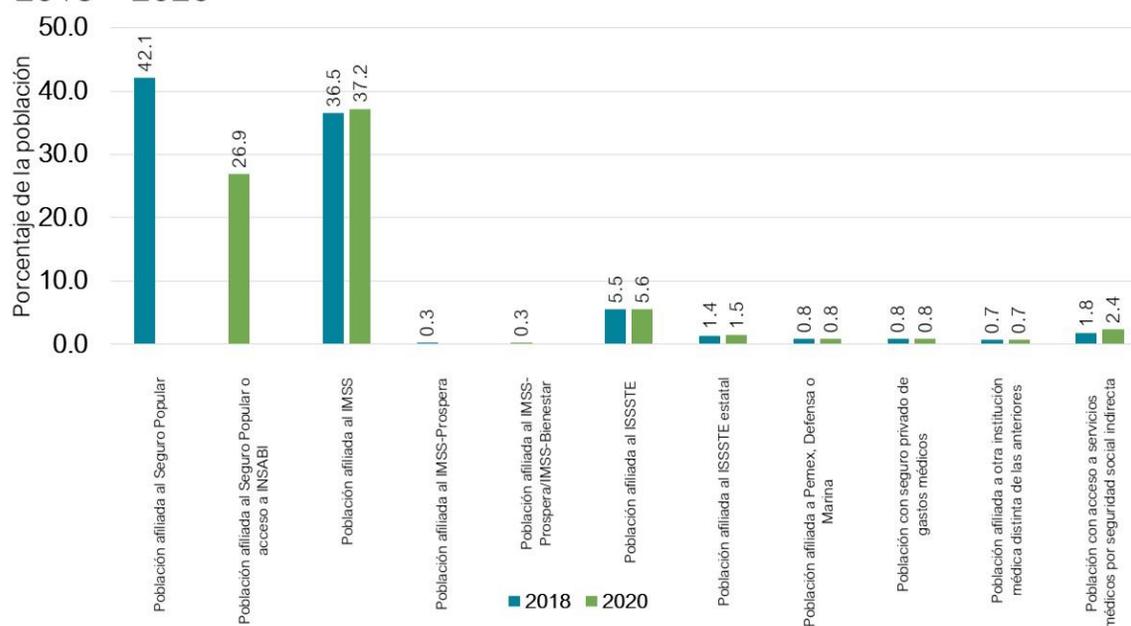
En relación con la afiliación al IMSS por medio de la prestación laboral, se observa que el porcentaje de la población ocupada sin acceso directo a servicios de salud pasó de 64.5% a 63.7%, entre 2018 y 2020, lo que indica que la población ocupada sin acceso directo a los servicios de salud no contribuyó al aumento de la carencia por acceso a los servicios de salud en este periodo.

Gráfica 3

**CONEVAL** Lo que se mide se puede mejorar **MEDICIÓN DE POBREZA 2020**

## Acceso a los servicios de salud, según institución y tipo de acceso<sup>1</sup>

Estados Unidos Mexicanos  
2018 – 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

<sup>1</sup> Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

Como se mencionó anteriormente, la identificación del acceso a los servicios de salud retoma la declaración de las personas en la encuesta a hogares, por lo cual, la información por institución apunta a que un factor en el aumento de la carencia por acceso a los servicios de salud, podría ser la falta de reconocimiento de la población al acceso al Seguro Popular o al derecho a los servicios de salud del INSABI.

### *Carencia por acceso a los servicios de salud por ámbito de residencia*

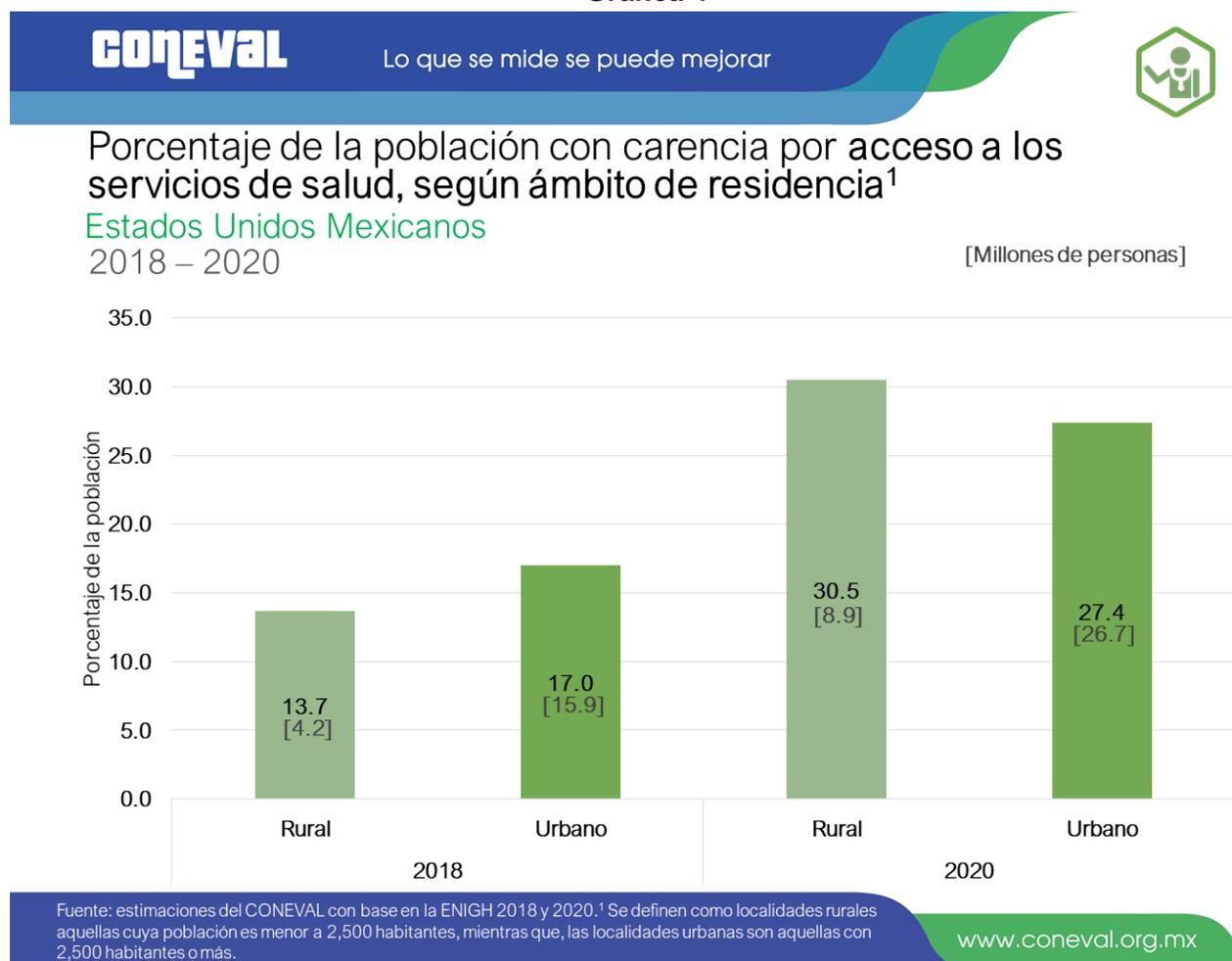
El aumento de la carencia por acceso a los servicios de salud se observa en los espacios de residencia rural y urbana, aunque de manera más pronunciada en el ámbito rural,<sup>15</sup> ya que el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 13.7% a 30.5% entre 2018 y 2020; mientras que en el ámbito urbano pasó de 17.0% a 27.4% en el mismo periodo.

<sup>15</sup> Se definen como localidades rurales aquellas cuya población es menor a 2,500 habitantes, mientras que, las localidades urbanas son aquellas con 2,500 o más habitantes.

Es decir, en 2018 se observaba un menor porcentaje de la población con esta carencia en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas; sin embargo, en 2020 este comportamiento se revirtió, de manera que la mayor incidencia se presenta en las zonas rurales.

En cuanto a las instituciones que proveen servicios de salud, entre 2018 y 2020, la reducción de la población afiliada al Seguro Popular o que reportó tener derecho a los servicios del INSABI en zonas rurales fue de 20.4 puntos porcentuales al pasar de 69.3% a 48.9% de la población; en contraste, en las zonas urbanas pasó de 33.3% a 20.3% de la población, lo que representó una reducción de 13.0 puntos porcentuales.

**Gráfica 4**



Entre los factores que explican la diferencia en el incremento, por ámbito de residencia, se encuentra el grado de dependencia al Seguro Popular, en 2018: de las personas con acceso a los servicios de salud en las zonas rurales, 8 de cada 10 personas contaban únicamente con Seguro Popular; en contraste, en las zonas urbanas donde esta proporción fue de 4 de cada 10. De esta manera, la

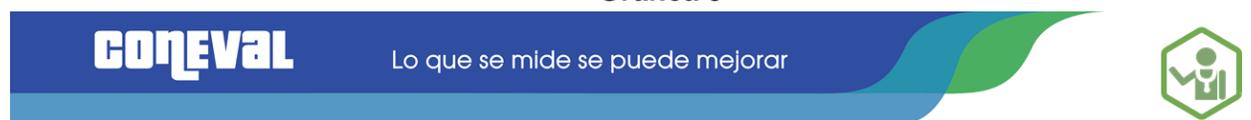
población rural se encontraba en una posición más vulnerable ante la desaparición del Seguro Popular.

Por otro lado, si bien se identifica una mayor reducción en la población afiliada al Seguro Popular que reportó tener derecho al INSABI en las zonas rurales, es importante mencionar que además del reconocimiento al acceso a los servicios de salud, existen diferencias de accesibilidad a estos servicios entre la población rural y la urbana.

### Carencia por acceso a los servicios de salud por entidad federativa

A nivel estatal, Oaxaca, Guerrero y Chiapas son las entidades federativas que presentan los mayores aumentos en la carencia a servicios de salud con 20.7, 19.7 y 19.5 puntos porcentuales, respectivamente. Cabe notar que, en estas entidades, en 2018, aproximadamente 8 de cada 10 personas sin carencia tenía acceso a servicios de salud exclusivamente mediante el Seguro Popular, esto es 78.0%, 76.1% y 84.3% respectivamente.

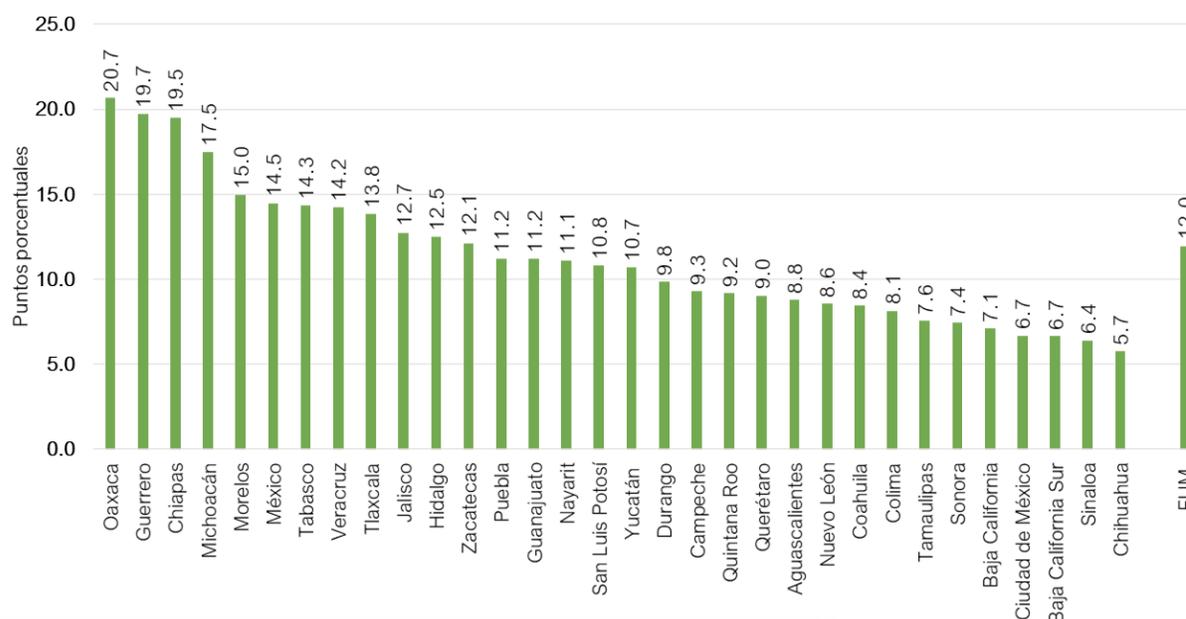
Gráfica 5



## Cambio en el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud<sup>1</sup>

Por entidad federativa

2018 - 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

<sup>1</sup> Todos los cambios fueron estadísticamente significativos.

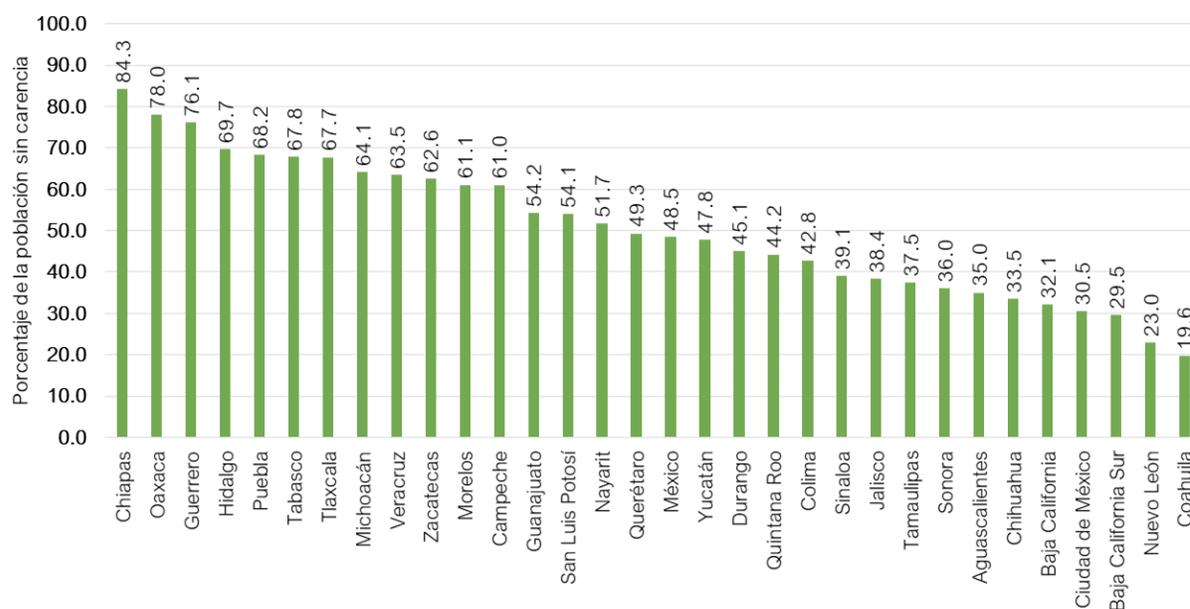
Gráfica 6



## Porcentaje de la población afiliada al Seguro Popular respecto a la población sin carencia por acceso a los servicios de salud

Por entidad federativa

2018



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

### Cambios en la carencia a los servicios de salud identificada mediante la Encuesta Intercensal 2015 y el Censo de Población y Vivienda 2020

En marzo de 2021, el INEGI publicó la información referente al Censo de Población y Vivienda 2020,<sup>16</sup> cuya captación de la información fue llevada a cabo durante marzo de 2020. Este insumo fue utilizado por CONEVAL para estimar las *Carencias sociales con instrumentos censales 2020*.<sup>17</sup>

Los resultados de este ejercicio muestran que entre 2015 y 2020 el porcentaje de la población con carencia por acceso a la salud aumentó 4.8 puntos porcentuales. El aumento en este indicador se dio

<sup>16</sup> Cabe mencionar que el Censo de Población y Vivienda 2020 se realizó del 2 al 27 de marzo, por lo que, brinda información previa a la emergencia sanitaria por COVID-19.

<sup>17</sup> Evolución de carencias sociales 1990-2020 a partir de censos poblacionales y la Encuesta Intercensal. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Carencias-sociales-datos-censales.aspx> Consultado 30 de julio del 2021.

en 31 de las 32 entidades<sup>18</sup> del país: Chiapas, Tabasco y Oaxaca tuvieron los mayores aumentos con 12.7, 10.1 y 9.6 puntos porcentuales; mientras que Colima, Sonora y Coahuila son las entidades con menores aumentos, de 1.2 y 1.3 puntos porcentuales las últimas dos. Por otra parte, Baja California Sur es la única entidad que presentó disminución del porcentaje de personas con carencia por acceso a la salud entre estos periodos: 1.3 puntos porcentuales.

La misma fuente de información encuentra que entre 2015 y 2020, hubo una reducción de la población que en 2015 declaró estar afiliada al Seguro Popular (41.1%) y que en 2020 respondió estar afiliada al Seguro Popular o tener derecho a los servicios del INSABI (28.9%). Este mismo comportamiento se registró en todas las entidades federativas. Las entidades con mayores disminuciones son: Chiapas, Hidalgo y Tabasco, con 19.5, 17.0 y 16.6 puntos porcentuales, mientras que la Ciudad de México, Nuevo León y Baja California Sur presentaron las menores reducciones, 6.5, 7.0 y 7.7 puntos porcentuales.

---

<sup>18</sup> Es importante mencionar que, únicamente, en 30 entidades la diferencia fue estadísticamente significativa. La entidad cuya diferencia no fue estadística significativa es Quintana Roo.

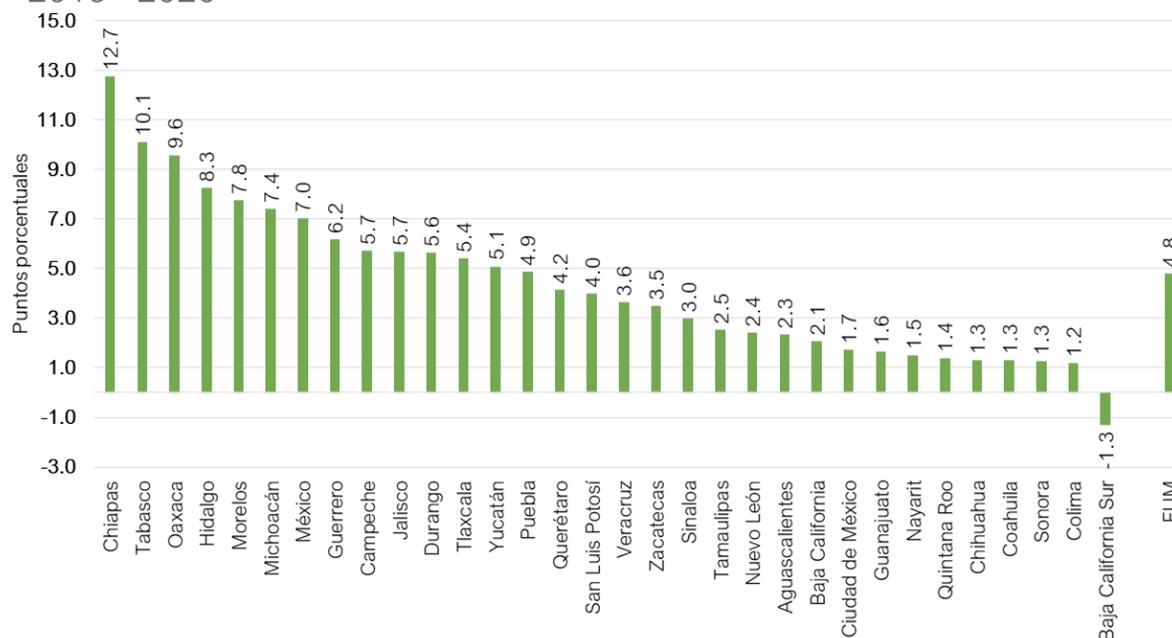
Gráfica 7



## Diferencia porcentual de carencia por acceso a la salud con instrumentos censales

Por entidad federativa

2015 - 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en Encuesta Intercensal 2015 y el Censo de Población y Vivienda 2020.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

### Elementos adicionales: atención médica en instituciones públicas

Como se mencionó anteriormente, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados o derecho a los servicios del INSABI.

En este sentido, la norma establecida en la LGDS brinda un elemento mínimo que debe ser garantizado por el Estado para que toda persona pueda ejercer su derecho constitucional a la protección de la salud y, por tanto, al acceso a los servicios de salud. Cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física.

De acuerdo con el estudio *Pobreza y derechos sociales en México* el ejercicio del derecho al acceso a la salud depende en primera instancia de la inscripción o derechohabiencia, sin embargo, debido a que existen limitantes adicionales para que la población pueda ejercer y hacer exigible este derecho con dichas titularidades, por ejemplo, no encontrar centros de salud cercanos, o bien que, en caso de existir, estos no tengan suficientes recursos humanos o materiales para satisfacer las necesidades de salud de la población, o no cuenten con personal que brinde servicios en las diferentes lenguas que se hablan en el país.<sup>19</sup>

### *Atención médica en instituciones públicas*

La ENIGH permite identificar si las personas, ante problemas de salud como dolor, malestar, enfermedad o accidente, buscaron y recibieron atención médica. Referente a esto, entre 2018 y 2020, se observó que el porcentaje de personas que buscaron atención médica se redujo de 36.0% a 32.9% respecto al total de la población, sin embargo, cabe destacar que casi la totalidad de los que buscaron atención la recibieron (aproximadamente el 99.5%).

Al explorar la atención médica según institución de salud entre 2018 y 2020,<sup>20</sup> se encontró una reducción en el número de personas que declararon haber recibido atención médica en instituciones públicas (de 22.3 a 13.8 millones de personas); así como un aumento en la atención mediante servicios de salud privados (de 21.5 a 27.1 millones de personas). En este periodo, se observa una disminución en el número de personas que se atendieron en Centros de salud (Secretaría de Salud) y Seguro Social o IMSS de alrededor de 3.5 y 2.8 millones de personas, respectivamente; en contraste, se observa un aumento de cerca de 4.2 millones de personas en consultorios y hospitales privados, y de 1.5 millones en consultorio de farmacias.

---

<sup>19</sup> Hernández, G., Aparicio, R. C. & Mancini, F. (2018). *Pobreza y derechos sociales en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza-derechos-sociales.pdf> Consultado 30 de julio del 2021.

<sup>20</sup> De acuerdo con la ENIGH, una persona puede reportar haber recibido atención médica en uno o más lugares, este ejercicio considera todas las respuestas disponibles.

**Cuadro 2**



## Número de personas que presentaron problemas de salud y recibieron atención médica

Por servicio de salud

2018 - 2020

¿En donde se atendió? <sup>1</sup>	2018		2020		Diferencia en el número de personas
	Número de personas	Porcentaje	Número de personas	Porcentaje	
Centros de salud (Secretaría de salud)	7,487,467	16.7	4,037,380	9.6	-3,450,087
Hospital o instituto (Secretaría de salud)	3,101,499	6.9	1,496,193	3.6	-1,605,306
Seguro Social o IMSS	9,097,598	20.3	6,326,458	15.1	-2,771,140
IMSS-PROSPERA/IMSS Bienestar*	476,871	1.1	335,792	0.8	-141,079
ISSSTE	1,309,494	2.9	830,133	2.0	-479,361
ISSSTE estatal	456,033	1.0	346,807	0.8	-109,226
Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI, GDF*)	433,940	1.0	245,620	0.6	-188,320
Consultorios y hospitales privados	12,899,760	28.7	17,076,788	40.6	4,177,028
Consultorio de Farmacias	8,570,962	19.1	10,041,064	23.9	1,470,102
Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etcétera	380,078	0.8	443,969	1.1	63,891
Atención en otro lugar	693,762	1.5	660,459	1.6	-33,303
INSABI*	-	-	186,269	0.4	
<b>Total</b>	<b>44,907,464</b>	<b>100.0</b>	<b>42,026,932</b>	<b>100.0</b>	<b>-2,880,532</b>

\*En 2020 se agrega "IMSS-Bienestar" y se elimina "GDF" de las respectivas categorías. Se incluye la categoría INSABI.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

<sup>1</sup>De acuerdo con la ENIGH, una persona puede reportar haber recibido atención médica en uno o más lugares, este ejercicio considera todas las respuestas disponibles.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

Quando se examina la proporción de la población que presentó problemas de salud y acudió a un servicio de salud según tipo de servicios médico por ámbito de residencia, se observa que aumentó en magnitudes similares la proporción de personas que se atendieron en servicios de salud privados tanto en las zonas rurales como en las urbanas, entre 2018 y 2020. Sin embargo, disminuyó en mayor grado la proporción de personas que se atendieron en Centros de salud u hospital o instituto (Secretaría de Salud) para el ámbito rural.

**Cuadro 3**



## Proporción de la población que presentó problemas de salud y recibió atención médica

Por servicio de salud y ámbito de residencia

2018 - 2020

¿En donde se atendió? <sup>1</sup>	Rural			Urbano		
	Proporción		Cambio en puntos porcentual	Proporción		Cambio en puntos porcentual
	2018	2020		2018	2020	
Centros de salud (Secretaría de salud)	31.4	21.3	-10.1	12.0	6.1	-6.0
Hospital o instituto (Secretaría de salud)	9.6	5.5	-4.0	6.1	3.0	-3.1
Seguro Social o IMSS	9.3	7.2	-2.1	23.7	17.4	-6.3
IMSS-PROSPERA/IMSS-Bienestar*	1.8	1.3	-0.5	0.8	0.6	-0.2
ISSSTE	1.0	0.6	-0.3	3.5	2.4	-1.2
ISSSTE estatal	0.5	0.4	-0.1	1.2	1.0	-0.2
Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI, GDF*)	0.7	0.5	-0.1	1.1	0.6	-0.5
Consultorios y hospitales privados	29.8	41.9	12.1	28.4	40.2	11.9
Consultorio de Farmacias	13.3	17.4	4.1	20.9	25.9	4.9
Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etcétera	1.6	1.9	0.3	0.6	0.8	0.2
Atención en otro lugar	1.1	1.2	0.1	1.7	1.7	0.0
INSABI*	-	0.7	-	-	0.4	-
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>

\*En 2020 se agrega "IMSS-Bienestar" y se elimina "GDF" de las respectivas categorías. Se incluye la categoría INSABI.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020.

<sup>1</sup>De acuerdo con la ENIGH, una persona puede reportar haber recibido atención médica en uno o más lugares, este ejercicio considera todas las respuestas disponibles.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

Lo anterior refleja que la oferta de servicios de salud, así como las condiciones de la atención médica son heterogéneas entre áreas rurales y urbanas. Cabe resaltar que el porcentaje de la población que reportó atenderse en el Seguro Social o IMSS en las zonas rurales es menos de la mitad en comparación con las zonas urbanas.

La carencia por acceso a los servicios de salud considera el elemento mínimo de acceso, mediante la afiliación o el derecho a estos servicios médicos por parte de las instituciones contempladas en la LGDS. Como un ejercicio adicional, se estimó a la población que tendría carencia por acceso a los servicios de salud considerando aspectos adicionales como la atención médica. En otras palabras, se considera como carentes a las personas que tuvieron problemas de salud, buscaron atención médica en institutos de salud pública y no la recibieron, o bien si la recibieron y tuvieron que realizar algún pago.

Al añadir el elemento de atención médica a la carencia por acceso a los servicios de salud, el porcentaje es de 29.8%, es decir, 1.7 puntos porcentuales más que la medición de la carencia por acceso a los servicios de salud (metodología actual), 28.2% en 2020. Esto representaría 2.1 millones más de personas con carencia por acceso a servicios de salud.

### *Carencia por acceso a los servicios de salud sin considerar la afiliación al Seguro Popular o derecho a servicios médicos del INSABI*

El Consejo realizó un ejercicio en el cual se estimó la carencia por acceso a los servicios de salud considerando únicamente los servicios de salud a la población que reporta afiliación al IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina, o los servicios médicos privados, es decir, no se considera el reporte de afiliación al Seguro Popular o tener derecho a los servicios del INSABI.

Los resultados bajo este escenario muestran que la carencia pasa de 28.2% a 51.0%, es decir un aumento de 22.9 puntos porcentuales, respecto a los resultados oficiales, que representa 29.0 millones de personas más tendrían carencia por acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, además de medir el acceso a los servicios de salud, se tiene que contar con información sobre otros elementos asociados al derecho a la salud como podría ser la accesibilidad a estos servicios entre la población rural y la urbana. Por ejemplo, 16.3% de la población rural le tomó dos o más horas trasladarse a un hospital en 2020; mientras que esto ocurrió solo para el 3.2% de la población urbana.

Por último, entre 2018 y 2020, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, es decir, el pago de bolsillo en salud que supera el 30% del ingreso disponible (ingreso total menos gasto en alimentos), aumentó de 2.1% a 3.9% a nivel nacional, esto evidencia la vulnerabilidad de la población sin acceso a los servicios de salud. Por otro lado, al explorar este indicador según ámbito de residencia, es considerablemente superior el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en zonas rurales (5.7%), en contraste con las zonas urbanas (3.4%) durante 2020.

### **Consideraciones finales**

- Se observa un aumento en el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud de 16.2% a 28.2% entre 2018 y 2020. Lo cual representó un incremento de 15.6 millones de personas más que presentaron la carencia.
- El aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud se da principalmente por la disminución de la población que reportó estar afiliada o inscrita al Seguro Popular o tener derecho a los servicios médicos del INSABI.
- El número de ocupados con acceso directo a los servicios de salud como prestación de su trabajo mantienen niveles similares a 2018, por lo que no afectaron de manera relevante el componente del acceso directo de la carencia.
- Se observa que el mayor incremento en la carencia por acceso a los servicios de salud se da en las zonas rurales.

- Debido a que en zonas rurales predomina la población afiliada a instituciones de salud pública que no están ligadas a las prestaciones laborales, el cambio institucional de Seguro Popular a INSABI vulnera en mayor medida el derecho a la salud de las personas que habitan en este ámbito.