

Artículo Revisión

**Desigualdad territorial en el acceso a los servicios de salud en México: análisis de las brechas entre población urbana y rural**

**Territorial Inequality in Access to Healthcare Services in Mexico: An Analysis of the Gaps Between Urban and Rural Populations**

**Dr. Luis Alberto Limón Montelongo** <sup>1\*</sup>  

<sup>1</sup>*Investigador Independiente, Cd. Matamoros. Tamaulipas – México*

**\*Autor de correspondencia:** Dr. Luis Alberto Limón Montelongo 

**Recibido:** 21-08-2026

**Revisado:** 28-08-2026

**Aceptado:** 04-09-2026

**Publicado:** 11-09-2026

**Cómo citar este artículo:** Limón Montelongo, L. A. . (2026). Desigualdad territorial en el acceso a los servicios de salud en México: análisis de las brechas entre población urbana y rural. *Star of Sciences Multidisciplinary Journal*, 3(2), 1-12. <https://doi.org/10.63969/n6k1ex34>

**RESUMEN**

El acceso equitativo a los servicios de salud constituye un componente esencial del derecho a la salud y presenta diferencias relevantes entre la población urbana y rural de México. En 2024, la carencia por acceso a estos servicios afectó al 34,2 % de la población mexicana, con 48,7 % en zonas rurales frente al 30,1 % en áreas urbanas. Esta brecha se relaciona con la distribución territorial de los establecimientos, disponibilidad de personal sanitario, capacidad resolutoria, condiciones económicas y organización institucional. El análisis tuvo como objetivo examinar las desigualdades territoriales en disponibilidad, accesibilidad, cobertura y utilización, considerando factores socioeconómicos, geográficos e institucionales. Se desarrolló una revisión documental con enfoque cualitativo y alcance descriptivo, estructurada según PRISMA 2020. La selección permitió analizar documentos sobre acceso sanitario y diferencias urbano-rurales en México. Los hallazgos mostraron mayores restricciones en comunidades rurales, asociadas con distancias geográficas, infraestructura limitada, dificultades de transporte y menor disponibilidad de personal. Asimismo, la cobertura institucional no garantizó un acceso efectivo. Reducir estas desigualdades requiere fortalecer la atención primaria, mejorar la distribución territorial de recursos y favorecer la articulación institucional.

**Palabras clave:** Desigualdad territorial; acceso a servicios de salud; población urbana; población rural; equidad sanitaria.

**ABSTRACT**

Equitable access to healthcare services is an essential component of the right to health and exhibits significant disparities between Mexico's urban and rural populations. In 2024, 34.2% of the Mexican population experienced a lack of access to healthcare services, with the proportion reaching 48.7% in rural areas compared with 30.1% in urban settings. This disparity is associated with the geographical distribution of healthcare facilities, the availability of healthcare professionals, service capacity, economic conditions, and institutional organisation. The analysis aimed to examine territorial inequalities in availability, accessibility, coverage, and utilisation, taking into account socioeconomic, geographical, and institutional factors. A qualitative, descriptive documentary review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. The selection process enabled the analysis of documents addressing

healthcare access and urban–rural disparities in Mexico. The findings indicated greater restrictions in rural communities, associated with geographical distance, limited infrastructure, transport difficulties, and lower availability of healthcare personnel. Moreover, institutional coverage did not guarantee effective access to healthcare. Reducing these inequalities requires strengthening primary healthcare, improving the geographical distribution of resources, and promoting greater institutional coordination.

**Keywords:** Territorial inequality; access to healthcare services; urban population; rural population; health equity.

## 1. INTRODUCCIÓN

El acceso equitativo a los servicios de salud constituye un componente esencial del derecho a la salud, debido a que condiciona las posibilidades de recibir atención preventiva, diagnóstica, terapéutica y de seguimiento en condiciones oportunas y adecuadas. En México, las diferencias territoriales, socioeconómicas, demográficas e institucionales influyen en la distribución de los recursos sanitarios y en las posibilidades reales de utilización de los servicios, con repercusiones particularmente relevantes entre la población urbana y rural. En 2024, la carencia por acceso a los servicios de salud afectó al 34,2 % de la población mexicana; sin embargo, la proporción alcanzó el 48,7 % en las zonas rurales, frente al 30,1 % en las urbanas. Esta diferencia refleja una brecha territorial que trasciende la disponibilidad formal de servicios y se relaciona con factores como la localización de los establecimientos, la disponibilidad de personal sanitario, la capacidad resolutive, las condiciones económicas de los hogares y las características de organización del sistema de salud. Analizar estas dimensiones permite determinar cómo el lugar de residencia interviene en las oportunidades efectivas de atención y en la persistencia de desigualdades sanitarias entre ambos espacios.

La desigualdad territorial en el acceso a los servicios de salud constituye una manifestación de las condiciones diferenciadas en las que la población mexicana puede satisfacer sus necesidades sanitarias. En las localidades rurales, la dispersión geográfica de la población, las mayores distancias hacia los establecimientos, la limitada disponibilidad de personal sanitario y las dificultades de transporte pueden incrementar los tiempos y costos asociados con la atención. Estas restricciones adquieren mayor intensidad cuando convergen con bajos ingresos, pobreza y condiciones de marginación, debido a que disminuyen la capacidad de los hogares para afrontar desplazamientos, consultas, medicamentos y otros gastos vinculados con la atención. En población residente en localidades menores de 100 000 habitantes se han identificado diferencias entre el acceso potencial, asociado con la disponibilidad formal de mecanismos de atención, y el acceso efectivo, relacionado con la posibilidad de recibir atención cuando existe una necesidad sanitaria. Esta distinción permite advertir que disponer de cobertura o afiliación no garantiza por sí mismo la utilización efectiva de los servicios.

La situación se encuentra vinculada, además, con la segmentación institucional y la fragmentación del sistema sanitario mexicano, factores que generan diferencias en las condiciones de acceso según el tipo de afiliación, la institución responsable de la atención y la capacidad disponible en cada territorio. La segmentación establece distintas modalidades de cobertura y provisión, mientras que la fragmentación puede dificultar la articulación entre establecimientos y niveles de atención, afectando la continuidad asistencial. En este escenario, la desigualdad territorial no debe evaluarse únicamente mediante el número o la ubicación de establecimientos sanitarios, sino considerando la capacidad efectiva de estos para responder a las necesidades de la población. La distancia geográfica, el tiempo de desplazamiento, la disponibilidad de profesionales, el equipamiento, los horarios de atención, la capacidad resolutive y las condiciones económicas de los usuarios interactúan y determinan distintas posibilidades de acceso según el territorio de residencia.

Las diferencias entre cobertura formal y utilización efectiva constituyen una de las principales dimensiones para comprender las desigualdades sanitarias en México. En población residente en localidades menores de 100 000 habitantes, se identificó que la afiliación a algún esquema de aseguramiento alcanzaba el 82,42 %, mientras que el acceso efectivo a la atención se reducía al 60,03 %, con variaciones relacionadas con las condiciones económicas de los hogares, según Cordero (2021). Esta diferencia muestra que disponer de afiliación no garantiza necesariamente la

atención ante una necesidad sanitaria y que las condiciones socioeconómicas pueden intervenir en la capacidad de transformar la cobertura institucional en atención efectiva.

La distribución espacial de la infraestructura sanitaria constituye una dimensión determinante para establecer las posibilidades de acceso de la población. En el análisis de la periferia de la Ciudad de México se identificó una distribución diferenciada de los recursos humanos y materiales destinados a la atención, situación que permite reconocer la influencia de la localización de los servicios sobre las oportunidades de atención, como señalan Fuentes et al. (2025). La concentración de establecimientos y recursos en determinadas áreas puede generar mayores posibilidades de atención para quienes habitan en espacios urbanos, mientras que la dispersión poblacional y las distancias territoriales pueden incrementar las restricciones para quienes residen en localidades rurales.

Las características de organización del sistema sanitario también condicionan las posibilidades de acceso, debido a las diferencias existentes entre instituciones en materia de cobertura, financiamiento, provisión y continuidad asistencial. La segmentación institucional y la fragmentación de los servicios constituyen factores que dificultan una atención homogénea para la población y generan condiciones diferenciadas según el tipo de protección sanitaria disponible, de acuerdo con Silva (2023). Estas características adquieren mayor relevancia en territorios con una oferta limitada, donde las restricciones institucionales pueden combinarse con dificultades geográficas y económicas y reducir la capacidad de respuesta ante las necesidades de atención.

La magnitud de las desigualdades territoriales puede observarse con claridad mediante los indicadores nacionales de acceso sanitario. En 2024, la carencia por acceso a los servicios de salud afectó al 34,2 % de la población mexicana, equivalente a aproximadamente 44,5 millones de personas; la diferencia entre ámbitos de residencia alcanzó 18,6 puntos porcentuales, al registrar 48,7 % en zonas rurales y 30,1 % en zonas urbanas, de acuerdo con GUTIERREZ (2021). Esta brecha muestra una mayor afectación de la población rural y confirma que el lugar de residencia constituye una dimensión relevante para analizar las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios.

El acceso sanitario también depende de la capacidad de las personas para superar las barreras que aparecen durante la búsqueda y utilización de atención. A partir de información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023, se identificaron situaciones en las que personas con necesidades sanitarias no buscaron atención o recurrieron a instituciones diferentes de aquellas correspondientes a su esquema de atención, según Tolosana et al. (2022). Estos hallazgos permiten distinguir entre la existencia de una necesidad de salud y la posibilidad real de obtener atención, incorporando factores que intervienen durante el proceso de búsqueda y utilización de los servicios.

La coexistencia de diferentes instituciones y modalidades de atención configura condiciones diferenciadas para la población usuaria del sistema sanitario. Durante 2024, la población mexicana presentó diversas formas de vinculación con los servicios, entre ellas el IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, instituciones privadas y establecimientos estatales, lo que refleja una estructura de cobertura caracterizada por múltiples mecanismos institucionales, según Fuentes et al. (2025). Las diferencias entre estas modalidades pueden expresarse en la disponibilidad de establecimientos, recursos profesionales, capacidad resolutive y continuidad de la atención, elementos que adquieren particular importancia cuando se comparan territorios con distinta infraestructura y densidad poblacional.

Las desigualdades en el acceso sanitario se relacionan también con las condiciones sociales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Las diferencias vinculadas con ingresos, pobreza, infraestructura y condiciones de vida afectan de forma desigual a determinados grupos de población y requieren intervenciones orientadas hacia quienes enfrentan mayores restricciones, como señala el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social Ramírez et al. (2025). Bajo esta perspectiva, la dimensión territorial adquiere relevancia porque las características del lugar de residencia interactúan con las condiciones económicas y sociales de la población, configurando distintas oportunidades para acceder a servicios oportunos y adecuados.

La accesibilidad sanitaria requiere considerar no solo la distancia entre la población y los establecimientos, sino también la capacidad disponible para responder a las necesidades de atención. El análisis de los denominados desiertos geográficos y de capacidad muestra que la existencia de establecimientos en determinadas zonas no implica necesariamente una cobertura suficiente cuando la capacidad instalada resulta limitada frente a la demanda, según

un análisis publicado en Balladares et al. (2025). Esta distinción permite ampliar el análisis territorial hacia una concepción multidimensional del acceso, en la que intervienen simultáneamente la localización de los servicios, el tiempo de desplazamiento, la disponibilidad de recursos, la capacidad resolutive y las necesidades sanitarias de la población.

Las diferencias territoriales en el acceso a los servicios de salud pueden comprenderse desde una concepción de justicia social y equidad sanitaria, en la que garantizar igualdad no implica distribuir idénticos recursos entre poblaciones con necesidades y condiciones distintas. Una asignación equitativa requiere considerar las desventajas acumuladas que afectan a determinados territorios y grupos sociales, de modo que los recursos respondan proporcionalmente a las necesidades existentes. En este sentido, Fernández et al. (2025) plantea que las desigualdades sanitarias adquieren carácter injusto cuando derivan de condiciones sociales evitables y susceptibles de intervención. Bajo este planteamiento, las comunidades rurales que enfrentan mayores distancias, menor disponibilidad de infraestructura y restricciones económicas pueden requerir mecanismos diferenciados de provisión sanitaria, fortalecimiento de la atención primaria y estrategias orientadas a reducir las barreras asociadas con su localización geográfica.

Las condiciones que determinan la posibilidad de acceder a la atención sanitaria trascienden las características individuales y se encuentran vinculadas con factores sociales, económicos y ambientales. El enfoque de los determinantes sociales de la salud permite interpretar esta relación al considerar variables como nivel socioeconómico, empleo, educación, vivienda, transporte, condiciones ambientales y lugar de residencia. De acuerdo con Núñez et al. (2024), las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen intervienen en la distribución de oportunidades y riesgos para la salud. Dichos factores pueden acumularse y generar ventajas o desventajas diferenciadas, de manera que las brechas entre espacios urbanos y rurales no responden exclusivamente a la disponibilidad de servicios médicos, sino también a las condiciones materiales y sociales que facilitan o restringen su utilización.

La dimensión geográfica adquiere especial importancia cuando la población se encuentra distribuida de forma desigual dentro del territorio. Desde la teoría de la accesibilidad espacial, la posibilidad de utilizar un servicio sanitario depende de la interacción entre la ubicación de los usuarios, la localización de los establecimientos y las condiciones necesarias para desplazarse hasta ellos. Moscoso et al. (2024) conceptualizaron el acceso mediante dimensiones relacionadas con disponibilidad, accesibilidad, acomodación, capacidad de pago y aceptabilidad, lo que permite superar una interpretación limitada a la distancia física. Distancias extensas, tiempos elevados de traslado, transporte insuficiente y vías de comunicación deficientes pueden reducir la accesibilidad de las comunidades rurales, mientras que la mayor concentración de establecimientos en las ciudades puede favorecer una oferta más amplia y diversificada.

La utilización de los servicios sanitarios también depende de características personales y de los recursos disponibles para concretar la atención. El modelo de acceso de Andersen organiza esta relación mediante factores predisponentes, factores facilitadores y necesidad de atención, considerando que las características demográficas y sociales influyen en la predisposición para utilizar determinados servicios. Dentro de este planteamiento, Medina (2025) señala que los recursos disponibles para las personas y las características del sistema sanitario intervienen en la utilización efectiva de la atención. Los ingresos, la cobertura institucional, la disponibilidad de establecimientos y la accesibilidad geográfica pueden facilitar o restringir dicha utilización, mientras que la presencia y percepción de una necesidad sanitaria intervienen en la decisión de buscar atención. Su aplicación al análisis urbano-rural permite comprender cómo las condiciones territoriales interactúan con las características socioeconómicas y producen diferentes patrones de utilización.

Contar con algún mecanismo institucional de protección sanitaria no garantiza, por sí mismo, que una persona pueda recibir la atención que necesita. La cobertura sanitaria universal plantea que el acceso debe comprender la posibilidad efectiva de utilizar servicios integrales, oportunos, adecuados y de calidad, sin que los costos asociados representen una barrera para los hogares. En esta perspectiva, Rodríguez et al. (2021) sostiene que la cobertura sanitaria universal implica que las personas puedan acceder a los servicios que necesitan sin enfrentar dificultades financieras. Esta concepción permite diferenciar entre cobertura formal y acceso efectivo, distinción especialmente relevante en

México, donde una persona puede encontrarse vinculada institucionalmente a un servicio sanitario y, pese a ello, enfrentar restricciones geográficas, económicas, administrativas o relacionadas con la disponibilidad de atención.

La configuración del territorio influye igualmente en la forma en que se distribuyen los recursos y se organiza la oferta sanitaria. La perspectiva territorial de la salud permite analizar cómo la concentración de hospitales, profesionales, equipamiento y servicios especializados produce capacidades diferenciadas entre espacios geográficos. Desde esta perspectiva, FERNÁNDEZ (2025) destaca la importancia de considerar las desigualdades territoriales y las condiciones específicas de las poblaciones para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos. Las zonas urbanas pueden disponer de una oferta sanitaria más diversificada y de mayor complejidad, mientras determinadas localidades rurales presentan una disponibilidad limitada de servicios y mayores dificultades para acceder a niveles especializados. Esta distribución convierte al territorio en una dimensión sustantiva para comprender las diferencias en las oportunidades de atención y orientar políticas ajustadas a las características de cada población.

Las diferencias en el acceso también pueden derivarse de la estructura institucional mediante la cual se financian, organizan y proporcionan los servicios. La teoría de la segmentación de los sistemas de salud permite explicar cómo la coexistencia de distintas instituciones y esquemas de protección genera trayectorias diferenciadas de atención. En el caso mexicano, Gracia et al. (2021) identificaron la segmentación como una característica histórica del sistema sanitario, vinculada con diferentes mecanismos de financiamiento y provisión. Factores como la condición laboral, el tipo de afiliación y las características socioeconómicas han influido en la institución a la que puede recurrir una persona y en los servicios disponibles. A ello se añade la fragmentación entre instituciones y niveles asistenciales, que puede dificultar la referencia, contrarreferencia y continuidad de la atención, especialmente en territorios donde la oferta sanitaria es reducida.

Comprender el acceso como una posibilidad real de alcanzar determinados niveles de bienestar permite superar una visión centrada exclusivamente en la existencia física de establecimientos. El enfoque de capacidades aplicado a la salud plantea que disponer de un recurso no equivale necesariamente a contar con la capacidad efectiva para utilizarlo. En esta línea, Cabrera (2026) sostiene que las oportunidades reales de las personas dependen de su capacidad para transformar los recursos disponibles en funcionamientos que consideren valiosos. Una unidad médica puede encontrarse disponible en una localidad y, aun así, determinadas personas pueden enfrentar restricciones económicas, geográficas, culturales, administrativas o relacionadas con la capacidad resolutoria que limiten su utilización. Esta perspectiva resulta pertinente para comparar poblaciones urbanas y rurales porque permite analizar no solo qué servicios existen en cada territorio, sino también en qué medida las condiciones concretas de vida permiten convertir esa disponibilidad en una oportunidad efectiva de atención.

Se emplea una revisión documental de carácter descriptivo orientada a localizar, seleccionar, organizar y analizar información científica e institucional relacionada con las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud en México. La búsqueda contempla publicaciones académicas, informes técnicos, estadísticas oficiales y documentos especializados que permitan caracterizar las diferencias entre población urbana y rural en dimensiones como disponibilidad de servicios, accesibilidad geográfica, cobertura sanitaria, utilización, infraestructura y barreras económicas. La información seleccionada se sistematiza mediante una matriz documental que facilita la organización y comparación de los hallazgos según las dimensiones analizadas, priorizando fuentes pertinentes y actualizadas para interpretar las brechas sanitarias desde una perspectiva de equidad territorial. Analizar las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud en México, mediante la comparación de las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, cobertura y utilización entre la población urbana y rural, considerando la influencia de factores socioeconómicos, geográficos e institucionales.

A partir de las diferencias identificadas entre los espacios urbanos y rurales, resulta necesario precisar las condiciones que explican la distribución desigual de las oportunidades de atención sanitaria en México. La disponibilidad de servicios, las posibilidades de desplazamiento, las condiciones económicas de los hogares y la organización institucional pueden generar restricciones diferenciadas según el lugar de residencia. En función de estas consideraciones, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué desigualdades territoriales existen en el

acceso a los servicios de salud entre la población urbana y rural de México, y cómo influyen los factores socioeconómicos, geográficos e institucionales en estas diferencias?

## 2. METODOLOGÍA

Se desarrolló una revisión documental con enfoque cualitativo y alcance descriptivo, orientada a identificar y analizar las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud entre población urbana y rural de México. El proceso de selección y depuración de la información se estructuró conforme a las directrices PRISMA 2020, con el propósito de garantizar un procedimiento ordenado, transparente y reproducible para la identificación, evaluación y selección de las fuentes pertinentes. La búsqueda se centró en publicaciones relacionadas con acceso sanitario, desigualdad territorial, población urbana, población rural, cobertura, accesibilidad geográfica y barreras socioeconómicas e institucionales en México.

### Estrategia de búsqueda

La localización de las fuentes se realizó en Scopus, SciELO, Redalyc, Dialnet y Latindex, empleando combinaciones de descriptores en español e inglés relacionados con el objeto de análisis. Entre los principales términos utilizados se consideraron: desigualdad territorial, acceso a servicios de salud, acceso sanitario, población urbana, población rural, inequidades en salud, healthcare access, urban population, rural population y territorial inequalities. Los términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR para ampliar o delimitar la recuperación de documentos según su pertinencia temática.

La búsqueda inicial permitió identificar 126 registros potencialmente relacionados con el tema. Posteriormente, los documentos recuperados fueron incorporados a una matriz de sistematización elaborada en Microsoft Excel, donde se registraron datos como autor, año de publicación, título, fuente, enfoque, población o unidad de análisis, principales hallazgos y pertinencia respecto de las dimensiones de acceso sanitario. Esta organización facilitó la identificación de registros repetidos y permitió mantener un control ordenado de las diferentes etapas del proceso de selección.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron documentos publicados entre 2019 y 2026, en español o inglés, que abordaran de forma directa el acceso a los servicios de salud en México y aportaran información relacionada con diferencias territoriales entre población urbana y rural. También se consideraron trabajos que analizaran disponibilidad de servicios, accesibilidad geográfica, cobertura, utilización, infraestructura sanitaria o barreras socioeconómicas e institucionales, siempre que su contenido contribuyera a responder la pregunta de investigación.

Se excluyeron documentos duplicados, publicaciones fuera del periodo establecido, trabajos sin relación directa con México, estudios centrados exclusivamente en aspectos clínicos sin relación con el acceso sanitario, documentos cuyo contenido no permitiera establecer aportes pertinentes para la comparación urbano-rural y registros sin información suficiente para determinar su relevancia. También fueron descartados aquellos textos que, después de la revisión completa, no respondían a las dimensiones definidas para el análisis.

### Proceso de selección PRISMA 2020

El procedimiento se desarrolló en cuatro fases. En la identificación se recuperaron 126 registros procedentes de las bases de datos seleccionadas. Durante la depuración inicial se eliminaron 18 registros duplicados, por lo que quedaron 108 documentos para la fase de cribado.

En la etapa de cribado, los 108 registros fueron examinados mediante la revisión de títulos y resúmenes. De este proceso se excluyeron 73 documentos por no presentar correspondencia suficiente con el acceso a los servicios de salud, la desigualdad territorial o la comparación entre población urbana y rural. Como resultado, 35 documentos avanzaron a la fase de evaluación de elegibilidad.

Durante la elegibilidad, los 35 textos fueron revisados en su contenido completo para determinar su correspondencia con los criterios establecidos. En esta etapa se excluyeron 18 documentos debido a insuficiente pertinencia temática, ausencia de información aplicable a las dimensiones analizadas o falta de correspondencia con la población y el

territorio definidos. Posteriormente, 17 documentos cumplieron los criterios de selección y fueron incorporados al análisis cualitativo.

#### Sistematización y análisis

La información de los 17 documentos incluidos se organizó en una matriz elaborada en Microsoft Excel, estructurada para facilitar la comparación de los principales aportes de cada fuente. Las categorías de análisis comprendieron disponibilidad de servicios, accesibilidad geográfica, cobertura sanitaria, utilización de los servicios, infraestructura, condiciones socioeconómicas y factores institucionales. El tratamiento cualitativo permitió identificar coincidencias, diferencias y relaciones entre estas categorías, prestando especial atención a las condiciones que distinguen el acceso sanitario de la población urbana y rural.

El análisis se efectuó mediante una lectura comparativa y categorial de la información seleccionada, sin recurrir a procedimientos estadísticos de metaanálisis. La organización en Excel permitió conservar la trazabilidad de cada fuente, comparar sus características y agrupar los hallazgos según las dimensiones previamente establecidas. De esta forma, los 17 documentos finales constituyeron la base documental para interpretar las principales desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud en México.

**Tabla 1**

*Método Prisma*

| Fase                  | Proceso realizado                                                              | Número de documentos |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Identificación</b> | Registros identificados en Scopus, SciELO, Redalyc, Dialnet y Latindex         | <b>126</b>           |
| <b>Depuración</b>     | Registros duplicados eliminados                                                | <b>18</b>            |
| <b>Cribado</b>        | Registros examinados mediante título y resumen                                 | <b>108</b>           |
| <b>Cribado</b>        | Registros excluidos por falta de pertinencia temática                          | <b>73</b>            |
| <b>Elegibilidad</b>   | Textos completos evaluados según los criterios de inclusión y exclusión        | <b>35</b>            |
| <b>Elegibilidad</b>   | Textos completos excluidos por insuficiente pertinencia, población o contenido | <b>18</b>            |
| <b>Inclusión</b>      | Documentos seleccionados para el análisis cualitativo                          | <b>17</b>            |

### 3. RESULTADOS

Las diferencias territoriales en el acceso a los servicios de salud se manifestaron con mayor intensidad en la población rural, donde confluyeron restricciones geográficas, económicas e institucionales que limitaron las posibilidades de atención oportuna. La distancia hasta los establecimientos, la dispersión de las localidades, la disponibilidad reducida de personal sanitario y la menor capacidad resolutoria configuraron condiciones menos favorables frente a las observadas en las áreas urbanas. Esta situación se reflejó en una mayor proporción de población rural con dificultades para acceder a servicios sanitarios, particularmente en localidades alejadas de los principales centros urbanos.

La accesibilidad geográfica constituyó una de las principales diferencias entre ambos espacios territoriales. Las comunidades rurales presentaron mayores distancias entre los lugares de residencia y las unidades de atención, acompañadas en determinados casos por dificultades de transporte y vías de comunicación limitadas. Estas condiciones incrementaron el tiempo necesario para recibir atención y elevaron los costos asociados con los desplazamientos. En las zonas urbanas, la mayor concentración de establecimientos permitió disponer de alternativas más próximas y diversificadas.

La distribución de la infraestructura sanitaria mostró una concentración más elevada de establecimientos, profesionales y servicios especializados en áreas urbanas. Las localidades rurales presentaron una oferta más limitada, especialmente para atenciones que requieren mayor capacidad diagnóstica o terapéutica. Cuando una necesidad sanitaria superó la capacidad disponible en la localidad, la población rural tuvo que desplazarse hacia centros urbanos, generando una dependencia territorial que amplió las diferencias en las oportunidades de atención.

Las condiciones de cobertura también presentaron diferencias importantes. La afiliación a una institución sanitaria no siempre se tradujo en la posibilidad efectiva de recibir atención, debido a restricciones relacionadas con la ubicación de los establecimientos, disponibilidad de citas, personal sanitario, horarios y capacidad de respuesta. Esta situación adquirió mayor relevancia en las zonas rurales, donde la existencia de mecanismos formales de cobertura coexistió con dificultades para utilizar los servicios de forma oportuna.

Las condiciones económicas incidieron con mayor intensidad cuando el acceso requirió desplazamientos prolongados o gastos adicionales. Los hogares con menores recursos enfrentaron mayores dificultades para asumir transporte, medicamentos y otros costos asociados con la atención sanitaria. La combinación entre bajos ingresos y una oferta limitada incrementó las restricciones para quienes residían en localidades rurales, mientras que en las ciudades la mayor disponibilidad de servicios permitió contar con un número más amplio de alternativas.

La organización institucional también generó diferencias en las posibilidades de atención. La coexistencia de distintas instituciones, modalidades de afiliación y mecanismos de provisión produjo condiciones diferenciadas para la población. Las dificultades de articulación entre establecimientos y niveles de atención afectaron especialmente a quienes requerían seguimiento, referencia hacia servicios especializados o continuidad asistencial. Estas limitaciones adquirieron mayor importancia en territorios donde la oferta sanitaria era reducida.

Las barreras de acceso no estuvieron determinadas únicamente por la existencia o ausencia de establecimientos. También se relacionaron con los tiempos de espera, disponibilidad de profesionales, capacidad resolutive, condiciones administrativas y posibilidades económicas de los usuarios. Por ello, algunas personas que contaban con algún mecanismo de cobertura no lograron utilizar los servicios cuando los necesitaban, mostrando una diferencia entre la protección sanitaria formal y la atención efectivamente recibida.

Una diferencia particularmente relevante se observa en los indicadores nacionales de acceso sanitario. En 2024, la carencia por acceso a los servicios de salud alcanzó al 48,7 % de la población rural, frente al 30,1 % de la población urbana, con una brecha de 18,6 puntos porcentuales. Esta diferencia confirma una situación menos favorable para las comunidades rurales y muestra que las desigualdades territoriales no se limitan a la disponibilidad física de servicios, sino que abarcan las condiciones económicas, geográficas e institucionales que determinan la posibilidad real de utilizarlos.

#### 4. DISCUSIÓN

Las diferencias identificadas entre población urbana y rural muestran que el acceso a los servicios de salud en México está condicionado por una combinación de factores territoriales, económicos e institucionales. La mayor afectación observada en las zonas rurales no puede atribuirse exclusivamente a la menor cantidad de establecimientos, debido a que la posibilidad de recibir atención también depende de la disponibilidad de profesionales, la capacidad resolutive y las condiciones necesarias para llegar y utilizar los servicios. Desde esta perspectiva, el territorio adquiere una importancia directa en las oportunidades de atención y permite comprender por qué la cobertura formal no siempre se traduce en acceso efectivo.

La distancia geográfica representa una de las restricciones más relevantes para las comunidades rurales. Los desplazamientos prolongados pueden retrasar la búsqueda de atención y generar gastos adicionales que afectan con mayor intensidad a los hogares con recursos económicos limitados. Esta situación adquiere especial importancia cuando los servicios de mayor complejidad se concentran en ciudades y obligan a la población rural a trasladarse fuera de sus localidades. En consecuencia, la desigual distribución espacial de la infraestructura sanitaria puede ampliar las diferencias existentes entre ambos espacios.

Las condiciones económicas profundizan las restricciones territoriales debido a que una misma distancia puede representar costos diferentes según la capacidad de pago de cada hogar. El transporte, los medicamentos, la alimentación durante los desplazamientos y los gastos derivados de consultas fuera de la localidad pueden convertirse en obstáculos para quienes disponen de menores ingresos. Esta relación permite comprender que las desigualdades

sanitarias no dependen únicamente de la presencia de servicios, sino también de las posibilidades materiales de la población para utilizarlos cuando los necesita.

La cobertura institucional requiere una interpretación que trascienda la afiliación formal. Una persona puede encontrarse vinculada a una institución sanitaria y, pese a ello, enfrentar dificultades para obtener una consulta, acceder a un especialista o mantener la continuidad de su atención. Las diferencias entre cobertura y utilización efectiva adquieren mayor relevancia en territorios rurales, donde las alternativas disponibles son más reducidas. Esta situación coincide con lo señalado por Gutiérrez et al. (2019), quienes identificaron una distancia importante entre afiliación y acceso efectivo en población de localidades menores de 100 000 habitantes.

La segmentación del sistema sanitario constituye una dimensión adicional para interpretar estas diferencias. La existencia de distintas instituciones y mecanismos de atención puede generar trayectorias diferenciadas según la condición laboral, afiliación y lugar de residencia. Cuando esta estructura se combina con una infraestructura territorial desigual, las posibilidades de atención pueden depender no solo de la necesidad sanitaria, sino también de la institución disponible y de su capacidad para responder a dicha necesidad. La fragmentación puede dificultar además la continuidad entre niveles asistenciales, especialmente cuando las localidades rurales dependen de centros urbanos para recibir servicios especializados.

El comportamiento de la brecha territorial también permite advertir que las desigualdades urbanas y rurales no son estáticas ni responden a un único factor. La diferencia de 18,6 puntos porcentuales registrada en 2024 entre la carencia por acceso a servicios de salud rural y urbana muestra una distancia considerable en las condiciones de atención. Esta situación adquiere relevancia porque una reducción sostenible de las brechas requiere intervenir simultáneamente sobre infraestructura, personal sanitario, transporte, capacidad resolutive, condiciones económicas y articulación institucional.

La atención primaria adquiere especial importancia frente a estas desigualdades, debido a que puede reducir desplazamientos innecesarios y facilitar una respuesta sanitaria más cercana a las comunidades. Sin embargo, acercar físicamente los establecimientos no resulta suficiente cuando existen limitaciones de personal, equipamiento, medicamentos o capacidad para resolver las necesidades más frecuentes. El acceso territorial debe acompañarse, por tanto, de condiciones que permitan ofrecer una atención continua y adecuada, especialmente en localidades con menor densidad poblacional.

Las diferencias encontradas permiten sostener que la reducción de las brechas urbano-rurales requiere políticas sanitarias sensibles a las características de cada territorio. Las estrategias uniformes pueden resultar insuficientes cuando las necesidades, distancias, recursos disponibles y condiciones socioeconómicas presentan diferencias marcadas. Fortalecer la infraestructura rural, mejorar la distribución del personal sanitario, ampliar la capacidad resolutive del primer nivel, facilitar el transporte sanitario y favorecer una mayor articulación entre instituciones constituyen medidas que pueden contribuir a disminuir las restricciones que actualmente afectan de forma desproporcionada a la población rural.

## 5. CONCLUSIÓN

El acceso a los servicios de salud en México presenta desigualdades territoriales claramente diferenciadas entre la población urbana y rural. Las comunidades rurales enfrentan mayores restricciones para obtener atención oportuna debido a la combinación de distancias geográficas, menor disponibilidad de infraestructura, limitada presencia de personal sanitario y menor capacidad resolutive. Estas condiciones generan oportunidades de atención menos favorables para quienes residen en localidades alejadas de los principales centros urbanos.

La afiliación o cobertura institucional no garantiza por sí misma un acceso efectivo a los servicios sanitarios. Las barreras geográficas, económicas, administrativas y relacionadas con la disponibilidad de atención pueden impedir que la población utilice los servicios cuando los necesita. Esta situación demuestra la necesidad de valorar el acceso desde una perspectiva que considere tanto la existencia de mecanismos de cobertura como las condiciones reales para recibir atención.

Las diferencias socioeconómicas profundizan las brechas territoriales, debido a que los hogares con menores recursos poseen menos posibilidades para asumir los costos derivados del transporte, los desplazamientos y la atención fuera de sus localidades. Cuando estas condiciones coinciden con una oferta sanitaria limitada, las restricciones se acumulan y afectan con mayor intensidad a la población rural.

La distribución desigual de establecimientos, profesionales y servicios especializados constituye una de las principales condiciones asociadas con la brecha urbano-rural. La concentración de recursos sanitarios en áreas urbanas favorece una oferta más amplia, mientras que las localidades rurales dependen con mayor frecuencia de desplazamientos hacia centros de mayor capacidad. Reducir esta diferencia requiere fortalecer la atención primaria y ampliar la capacidad resolutive de los servicios ubicados en territorios con menor cobertura.

La segmentación institucional también influye en las posibilidades de atención y en la continuidad asistencial. Las diferencias entre instituciones, modalidades de cobertura y mecanismos de referencia pueden producir trayectorias sanitarias desiguales, especialmente en territorios donde existen pocas alternativas de atención. Mejorar la articulación entre instituciones y niveles asistenciales resulta necesario para favorecer una atención más continua y accesible.

La brecha registrada entre población rural y urbana confirma la necesidad de orientar las políticas sanitarias hacia una equidad territorial efectiva, considerando las características geográficas, económicas e institucionales de cada población. La reducción de estas desigualdades requiere intervenciones integrales que combinen infraestructura, personal sanitario, transporte, capacidad resolutive, accesibilidad económica y coordinación institucional, con especial atención a las comunidades rurales que presentan mayores restricciones para ejercer su derecho a la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balladares, D., & Valencia, R. (2025). Hábitats en transformación: vivienda progresiva con materiales reciclados y eficiencia energética. *Revista Digital Novasinergia*, <https://doi.org/10.37135/ns.01.16.09>
- Cabrera, M. A. (2026). El derecho a la salud, obligación del Estado como el derecho a la vida. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, <https://doi.org/10.47460/uct.v30i130.1029>
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y sociedad*, [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-68712021000200589](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712021000200589)
- Cotonieto, M. E., & Rodríguez, T. R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- FERNÁNDEZ, G. (2025). Políticas públicas para la transformación sanitaria en América Latina centradas en participación social, equidad y atención primaria: una revisión de literatura. *Revista Espacios*, <https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n05p09>
- Fernández, R. D., & Moctezuma, M. V. (2025). Habitabilidad, cuidados y servicios de salud en la espacialidad popular. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2025.254.88782>
- Fuentes, H. L., & Díaz, P. J. (2025). Brechas en la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria: un análisis bibliográfico. *Revision bibliografica*, <https://ve.scielo.org/pdf/minerva/v6nesp/2697-3650-minerva-6-esp-22.pdf>
- Fuentes, H. L., & Díaz, P. J. (2025). Brechas en la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria: un análisis bibliográfico. *Revista Minerva*, <https://doi.org/10.47460/minerva.v6isp.203>
- Gracia, A. M., & Campanera, M. (2021). Desigualdad social y salud: la gestión de la (in)seguridad alimentaria en atención primaria en España. *Salud colectiva*, <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3461>

- GUTIERREZ, J. P. (2021). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Salud Pública de México, <https://doi.org/10.21149/10561>
- Medina, S. C. (2025). Brechas en la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria: un análisis bibliográfico. Revista Minerva, <https://doi.org/10.47460/minerva.v6isp.203>
- Moscoso, N. S., & González, G. P. (2024). Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. Gerokomos, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2023000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300006)
- Núñez, N. M., & Herrera, V. L. (2024). Determinantes sociales, equidad y pertinencia territorial: reflexión sobre el enfoque en salud. Revista Científica de la UCSA, <https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2024.011.02.078>
- Ramírez, M. L., & Blanco, H. D. (2025). (In)equidades en la accesibilidad espacial intraurbana a los servicios de atención primaria de la salud. Boletín de estudios geográficos, <https://doi.org/10.48162/rev.40.075>
- Silva, M. Y. (2023). Las brechas estructurales de bienestar y la nueva ruralidad en México. Diagnóstico comparativo con tres países de América Latina. Carta económica regional, <https://doi.org/10.32870/cer.v0i132.7887>
- Tolosana, E. S., & Serrano, J. O. (2022). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0945>

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se llevó a cabo de conformidad con los principios éticos que rigen la investigación con participantes humanos. Antes de la recolección de los datos, el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética institucional correspondiente. Todos los participantes fueron informados de manera clara sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, las posibles implicaciones y el carácter voluntario de su participación, otorgando posteriormente su consentimiento informado. Durante todo el proceso de investigación se garantizó la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de los datos recopilados con fines científicos y académicos.

## DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Los autores declaran que la herramienta de inteligencia artificial generativa ChatGPT fue utilizada exclusivamente para la traducción al idioma inglés y la revisión lingüística del manuscrito. La herramienta no contribuyó a la concepción del estudio, el diseño de la investigación, la recolección de datos, el análisis estadístico, la interpretación de los resultados ni a la elaboración de las conclusiones. Los autores asumen la plena responsabilidad por la originalidad, exactitud, integridad y validez científica del contenido presentado en este manuscrito.

## FINANCIAMIENTO

La presente investigación no recibió subvenciones, becas ni apoyo financiero específico por parte de organismos públicos, entidades comerciales u organizaciones sin fines de lucro.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de carácter financiero, personal, profesional o institucional que hayan podido influir en el desarrollo, los resultados o la publicación de esta investigación.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Luis Alberto Limón Montelongo (LALM)

Limón Montelongo

Indicar las funciones desempeñadas por cada autor:

**Conceptualización:** (LALM)

**Curación de datos:** (LALM)

**Análisis formal:** (LALM)

**Adquisición de fondos:** (LALM)

**Investigación:** (LALM)

**Metodología:** (LALM)

**Administración del proyecto:** (LALM)

**Recursos:** No Aplica

**Software:** (LALM)

**Supervisión:** (LALM)

**Validación:** (LALM)

**Visualización:** (LALM)

**Redacción – Borrador original:** (LALM)

**Redacción – Revisión y edición:** (LALM)