



**Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Amecameca
Maestría en Sociología de la Salud**

***LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD, LA DETERMINACIÓN
SOCIAL Y SU IMPACTO EN EL ESTADO DE SALUD DE LA
POBLACIÓN MEXICANA: PERIODO 1982 A 2018***

PRESENTA:

ÓSCAR ARMANDO PIÑÓN AVILÉS

TUTORA:

DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

COMITÉ TUTORIAL:

DR. MANUEL LEONARDO IBARRA ESPINOSA

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ



AMECAMECA, ESTADO DE MÉXICO, MAYO DE 2021

ÍNDICE

	No. PÁGINA
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2 OBJETIVOS	4
3 JUSTIFICACIÓN	5
4 ANTECEDENTES DEL SISTEMA SANITARIO MEXICANO	7
4.1 Periodo 1917 – 1980	7
5 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	10
5.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	11
a. Pierre Bourdieu: Habitus.....	11
b. Edgar Morin: Complejidad.....	12
c. Jaime Breilh: Determinación Social.....	15
5.2 FUNDAMENTO CONCEPTUAL	18
6 APORTACIONES DE INVESTIGADORES	24
7 MARCO METODOLÓGICO	39
7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
8 RESULTADOS	47
Producción científica	47
8.1 Artículos	47
a. Dos modelos explicativos para entender y atender las desigualdades sociales y en salud.....	47
b. Memorias: III Jornada Nacional de Investigación en Salud. Durango 2020.....	49
c. Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI.....	52
d. El proceso de acumulación de poder y capital, y sus implicaciones en el desarrollo social de la población mexicana: periodo 1982-2018.....	54
e. Determinación Social de la Salud: historicidad y efectos ante la pandemia del COVID-19.....	55
8.2 Ponencias	

a.	Dos modelos explicativos para entender y atender las desigualdades sociales y en salud.....	57
b.	Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI.....	58
c.	Devenir histórico de la determinación social de la salud de la población mexicana y sus efectos frente a la pandemia por Covid-19.....	59
d.	Devenir histórico de la determinación social de la salud de la población mexicana y sus efectos frente a la pandemia por Covid-19.....	60
9.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	61
10.	CONCLUSIONES.....	69
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
12.	ANEXOS.....	94
13.	OFICIO ITHENTICATE.....	101

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, de acuerdo con un análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se reveló que, en 2012, solo el 37% de los mexicanos con diabetes estuvo siendo monitoreado y que, en promedio, en las entidades solo el 13% de los diabéticos tuvieron acceso a pruebas de hemoglobina glucosilada (SSA, 2012a:111). En este sentido, las entidades con mayor prevalencia de diabetes en el país fueron, el Estado de México con 15% de casos diagnosticados, seguido por la Ciudad de México y Veracruz, con 11% y 8% respectivamente. De la mano de este monitoreo, los estados con mayor obesidad de niños entre 5 y 11 años señalaron a Baja California Sur, Campeche y Yucatán con 23%, mientras que Chiapas fue la entidad menos afectada, con 9% de obesidad (Rodríguez, 2015); entidad que precisamente registró altas tasas de desnutrición (Reyes, 2012).

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Enfermedad Vasculares Cerebrales (AMEVASC), en 2016 algunos estados de la República Mexicana mostraron altas proporciones de prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Entre los estados por encima del promedio nacional se encontraron Oaxaca (40.2%), Veracruz (39.0%), Ciudad de México (37.4%), Yucatán (36.6%), y Puebla (30.6%). En contraste, las tasas más bajas de prevalencia se encontraron en el Estado de México (22.8%), Baja California Sur (18.3%) y Quintana Roo (14.9%) (Zambrano, 2016).

De igual forma, la principal carga de mortalidad en México corresponde a enfermedades no transmisibles. La diabetes mellitus ocupa el primer lugar, y creció en un 140% entre el año 1984 y 2000 (INEGI, 1991; INEGI, 2001:15), mientras que entre el año 2000 y 2016 presentó un aumento de 120% (Botello, 2020a; INEGI, 2001:15).

La segunda causa de muerte en el mismo periodo correspondió a las enfermedades cardiovasculares, aunque en proporción de crecimiento ocuparon el primer lugar, representando un crecimiento de 557% (Botello, 2020a; INEGI, 1991).

En tercer lugar, se encontraron las enfermedades cerebrovasculares, mismas que entre el año 1984 y el 2000 representaron una mortalidad del 40%, y durante el periodo del 2000 al 2016 se observó una reducción muy poco significativa (3%). Así mismo, las muertes por cirrosis y enfermedades hepáticas también representaron una carga de mortalidad del 37% entre el año 2000 y 2016 (; Botello, 2020a; INEGI, 1991; INEGI, 2001:15).

En resumen, todas las causas de muerte mencionadas, entre el año 1984 y el 2000 han mostrado un aumento porcentual, no obstante, entre el año 2000 al 2016 disminuyeron, sin embargo, el número de casos no dejó de crecer, solo se desaceleró el ritmo de crecimiento (Botello, 2020a; INEGI, 1991).

En cuanto a las muertes a causa de enfermedades respiratorias agudas, así como las muertes por violencia, entre el año 1984 y 2000, crecieron 52% y 80%, respectivamente, pero a diferencia de la tendencia de todas las causas ya mencionadas, entre el año 2000 y 2016, estas dos aumentaron aún más; a causa de enfermedades respiratorias agudas, 129%, y a causa de violencia, 109% (Botello, 2020a; INEGI, 1991; INEGI, 2001:15).

Otras estimaciones, muestran que la mortalidad por cáncer creció en un 18.7% de 2000 a 2015, y los estados con las proporciones más altas de mortalidad fueron, Ciudad de México (97.1%), Sonora (89.1%), Veracruz (78.9%), Sinaloa (78.6%), Chihuahua (78.4%), Nuevo León (77.8%), Coahuila (77.3%), Nayarit (77.4%), Colima (75.6%) y Morelos (74.8%). Por su parte, los estados con menor proporción de mortalidad fueron, Quintana Roo (47.8%), Tlaxcala (57%), Guerrero (58.2%), Estado de México (58.4%) y Querétaro (59.0%) (Zamora, 2018).

Finalmente, en el año 1982 la media de esperanza de vida nacional fue de 67.69 años, mientras que para el año 2000 fue de 72.04 años. Como se puede observar, la ganancia en este periodo fue de 7.04 años. Sin embargo, para 2018 solo aumentó a 72.15 años (CONAPO, 2018), es decir, se mostró una desaceleración drástica, pues

solo creció 0.1 años. Así mismo, para 2018, la esperanza de vida de los mexicanos se encontró muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que fue de 80.6 años, incluso para los registros proporcionados por dicha organización en el año 2015 (OCDE, 2017:51).

Gracias a los diagnósticos contenidos en los Programas de Salud y Planes de Desarrollo Nacional sexenales, de organismos nacionales, así como otros diagnósticos hechos por organismos internacionales, conocemos tanto el grado de prevalencia de las enfermedades, así como las diferencias regionales en el estado de salud de la población mexicana, y con relación al resto del mundo. Esto, invita a repensar la importancia, así como la eficacia del modelo de prevención, promoción y cuidado de la salud que el gobierno mexicano ha implementado, especialmente porque el derecho a la salud, entendido como una garantía individual, es irrenunciable e impostergable.

Aunado a ello, las marcadas diferencias y contrastes, en términos de carga de morbilidad entre regiones del país, destacan la relevancia de un examen exploratorio al carácter democrático y social que enviste al gobierno mexicano, y a las políticas en salud que se han implementado, además de visibilizar los elementos que contribuyen y participan en las desigualdades en salud.

Así, se reconoce entonces la importancia del impacto que las políticas públicas tienen en la sociedad, especialmente las de salud y en el estado de salud que presenta la población. De acuerdo con ello, y desde un contexto social en el que las enfermedades crecen de forma insostenible y de manera desigual, como es el caso de México, se considera necesario analizar las estrategias políticas en salud que se han implementado, enfocadas a atender este fenómeno social. Para ello es vital cuestionarse, ¿Cómo las políticas públicas en salud y la determinación social han impactado en el estado de salud de la población mexicana en el periodo 1982 - 2018?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar cómo las políticas públicas y la determinación social han impactado en el estado de salud de la población mexicana durante el periodo 1982 a 2018.

Objetivos específicos

- 1.- Describir las políticas públicas implementadas en México, durante el periodo 1982 al 2018.
2. Caracterizar la determinación social de la población mexicana a nivel nacional durante el periodo 1982 al 2018.
3. Mostrar el estado de salud de la población mexicana durante el periodo 1982 al 2018.

3. JUSTIFICACIÓN

Abordar la salud desde el ámbito social posee una amplia concepción política, lo cual resulta indispensable para conocer el carácter social de las acciones políticas en salud, a través de su capacidad para acentuar o reparar los efectos de ciertas formas de determinación social que impactan no solo en la salud, pues sus costos sociales y político-económico son asociados al carácter democrático y representativo del gobierno, así como al respeto y apego que guarda cada política en salud con respecto a los derechos humanos y a las garantías individuales enmarcadas en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos de 1917.

La intención del presente estudio es producir conocimientos capaces de contribuir a la elaboración de políticas públicas, enfocadas especialmente a reducir las formas de determinación social que vulneran la salud de los mexicanos, y como consecuencia reducir la carga de morbilidad y mortalidad, poniendo especial atención en las enfermedades crónico-degenerativas, responsables del 77% de las muertes hasta 2018, como son la diabetes mellitus, hipertensión, sobrepeso y obesidad, principalmente (OPS, 2018).

Abordar el estado de salud de la población mexicana a partir del análisis de la determinación social, cobra relevancia porque el origen de las enfermedades con mayor carga de mortalidad en México tienen un carácter social, y como tal es posible explicar el proceso de dicho fenómeno a partir de categorías sociales que permitan dar cuenta de la realidad sociocultural, económica y política, es decir, como elementos que producen y reproducen los estilos de vida, hábitos de consumo y prácticas sociales específicas que determinan el grado de prevención y auto cuidado, expresados en el estado de salud de una población.

Otro aspecto para señalar es la amplitud y el alcance de las políticas implementadas en materia de salud frente a la realidad social mexicana, con el fin de dimensionar las posibilidades y su efectividad de intervención, especialmente para mitigar el efecto de los contrastes sociales en el estado de salud de las poblaciones más vulnerables.

De acuerdo con ello, los resultados de esta investigación pueden ilustrar los procesos de relación dialéctica entre la dimensión política, social y sanitaria, así como los efectos que tuvieron los cambios políticos en la sociedad y las alteraciones consecuentemente en la salud, pero sin entenderla como una interacción puramente dependiente, sino también constitutiva del fenómeno social que produce dicha relación. De ahí la importancia del quehacer sociológico para desentrañar la amplitud de su relación, así como la dinámica que se ha dado históricamente entre los elementos que participan de ella para explicar el progresivo deterioro de la salud a nivel nacional y las diferencias regionales en salud que se observaron en el periodo de estudio.

La indagación, reflexión y análisis sobre las políticas en salud, la determinación social y el impacto de estas en la salud de los mexicanos, durante el periodo 1982 – 2018 están basadas en documentos oficiales, por tanto, los datos obtenidos cuentan con validez por el origen de las fuentes.

En resumen, desde la perspectiva de la Sociología de la Salud, esta investigación busca reflexionar, cómo las políticas públicas en salud y la determinación social han impactado en la salud y su relación con el contexto de la sociedad mexicana. Así, el conocimiento generado estará encaminado a proporcionar información para la elaboración de políticas públicas orientadas a prevenir enfermedades, disminuir su costo social y político, además de mejorar la calidad y la esperanza de vida de la sociedad mexicana.

4. ANTECEDENTES DEL SISTEMA SANITARIO MEXICANO

4.1. Periodo 1917 – 1980

La Constitución mexicana de 1917, como producto de la Revolución Mexicana, da paso a la creación del Consejo Superior de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública; responsables del control de enfermedades y de las políticas en salud en el estado mexicano.

Más tarde, en diciembre de 1937, se creó la Secretaría de Asistencia, que en coordinación con el Departamento de Salubridad Pública constituyeron la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), enfocada a “la definición de políticas como instrumentación de las acciones encaminadas a lograr de manera integrada e integrar la atención de la salud en el país” (Fajardo, 2018:15). La fusión de estas dos instituciones dio paso en 1943 al surgimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), “dependencia que realizó en lo sucesivo, las acciones médico-asistenciales y sanitarias marcando el rumbo de las actuaciones del Estado en el área” (Contreras, 2010:7).

Así, con el fin de hacer frente a la reconocida y preocupante situación, en términos de desigualdad en salud, que entonces se observó en la población mexicana, el presidente de la república, el general Manuel Ávila Camacho, determinó en su informe del H. Congreso de la Unión, el 1 de septiembre de 1943: La creación de la SSA establece que la primera misión del Estado mexicano es “proteger al ciudadano contra los males que puedan lesionar y aún destruir su existencia”, cómo se señaló en el decreto firmado el 15 de octubre de 1943 (Bustamante, 1983:467).

En diciembre del año anterior (1942), asociado a la creciente industrialización del país, se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), considerado como la institución de seguridad social más grande de América Latina, con el fin de afiliar y atender a la población asalariada, mientras que la SSA se hizo cargo de “todos aquellos que no tenían la cobertura del IMSS” (Fajardo, 2010:18). Por otro lado, el concepto de

asistencia venía a sustituir plenamente al antes imperante de beneficencia (Fajardo, 2018:18). Asimismo, en términos laborales, además de la cobertura en salud para los afiliados al IMSS, de acuerdo con Contreras (2010);

“Surgió la figura de seguridad social con la promulgación de la Ley del Seguro Social, pretendiendo garantizar, mantener y recuperar la fuerza de trabajo empleada en determinados sectores de la industria, dando cumplimiento al Artículo 123 Constitucional (...) planteándose la triada salubridad-asistencia-seguro social, marcando el inicio de la medicina institucional” (p.7).

De esta manera, aunque se “fragmentó la responsabilidad de la atención de la salud” (Fajardo, 2018:18), también “se dio un gran paso al institucionalizar el concepto de salud integral, incorporado en los objetivos establecidos para el nuevo Instituto, es decir, lo que se denomina actualmente, los determinantes sociales de la salud” (p.18).

Sin embargo, los sumados esfuerzos y logros mencionados, en torno a la organización del sistema de salud, la concepción de la salud no tuvo mayor alcance que “la universalización e implantación hegemónica de la atención médica como modelo de atención de los servicios de salud (...) se emplea como sinónimo de medicalización, actividad propia de los médicos” (Contreras, 2010:7).

Por otro lado, al creciente proyecto de salud, se le impuso una reducción presupuestaria; en 1947 los fondos para la asistencia pública provenientes de la Lotería Nacional, garantizados desde 1943 dejaron de ser efectivos, “sufriendo la reducción consecuente del presupuesto disponible” (Fajardo, 2018:19), y para 1954 el país pasó por una crisis económica que devaluó el peso mexicano, la cual inevitablemente se expresó en la reducción presupuestaria de la Secretaría de Salud y Asistencia. Ante esta situación, la estrategia estatal fue reformar el código sanitario en 1949, con el fin de otorgar las facultades necesarias al presidente del país, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de los estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a salud e higiene pública (Rodríguez, 1998).

Entre finales de los cincuenta y principios de los sesenta, la economía mexicana se repuso y creció de manera sostenida, lo cual permitió la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, lo cual representó una fragmentación gradual entre los servicios de salud, así como entre los usuarios que recibieron su respectiva atención. En ese sentido, para 1973, la tendencia de tal fragmentación se acentuó con la implementación del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que intentó integrar la seguridad social a la población rural y urbana no asegurada (Brachet, 2004:10).

Posteriormente, en el año 1977, el gobierno desarrolló dos grandes innovaciones en materia social, ambas destinadas a los “marginados”: la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que era un paquete de financiamiento de acciones que utilizaba la capacidad instalada de organismos estatales. Por otro lado, el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), a través del cual se estableció un convenio con el IMSS con el fin de ampliar la atención médica a grupos marginados y sin afiliación a ninguna institución de salud.

Finalmente, a finales del sexenio del presidente José López Portillo (1976 - 1982), la caída del precio internacional del petróleo provocó una de las crisis económicas más fuertes en la economía mexicana, y al carecer de fondos para costearla, el presidente que lo sucedió, Miguel de la Madrid Hurtado, recurrió al endeudamiento externo, financiamiento que fue otorgado a cambio de compromisos políticos con el Fondo Monetario Internacional (FMI), como fue la implementación de las reformas estructurales, las cuales consistieron en replantear el papel del Estado y su intervención en la vida social. Tales reformas radicaron en “la desregulación de los mercados financieros y de las relaciones laborales, la privatización y la desmonopolización (...) que prometían la recuperación y crecimiento económico y el bienestar de la sociedad” (Contreras, 2010:15).

5. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

La Maestría en Sociología de la Salud retoma las aportaciones propias del área social, y a partir de ellas, en la presente investigación se elaboró el Marco Teórico-conceptual, el cual está dividido en dos partes.

La primera parte considera aportaciones teóricas del campo social. Se retomó la teoría sociológica de Pierre Bourdieu, específicamente el concepto de habitus. Otra aportación recuperada fue la teoría de la complejidad de Edgar Morin, la cual permitió abordar la salud como una práctica social compleja, así como la relación que existe entre los factores involucrados que la determinan, su contexto y su devenir histórico. Finalmente, se retomó la perspectiva de un autor de la región latinoamericana que fue Jaime Breilh, quien en fechas recientes ha propuesto la teoría de la Determinación Social, orientada a comprender la manera en la que los procesos sociales (políticos, económicos y culturales) actúan sobre los procesos biológicos a través del proceso salud enfermedad.

Así, a través de estas aportaciones sociales se pretende explicar cómo, de qué manera y en qué grado las políticas en salud, así como las principales formas de determinación social, influyen en el habitus de los agentes sociales, y este en la salud.

La segunda parte de este capítulo se conforma de los conceptos necesarios, los cuales permitieron la definición de las categorías de análisis para la presente investigación.

Por último, se muestran resultados y aportaciones de investigadores que han abordado el tema presentado.

5.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

a. Pierre Bourdieu: Habitus

A través del constructivismo estructuralista, como modelo sociológico (1960), Pierre Bourdieu desarrolló el concepto de habitus como un elemento determinante para la comprensión de la realidad sociocultural. Así, a través de la interacción social y el intercambio de capitales, el habitus tiene lugar. Es previamente concebido, interiorizado o aprendido a partir de la interacción social, sin embargo, es también, a partir de la interacción de los agentes sociales que se pueden modificar el habitus, y a través de él, discutir las normas del campo social, y sin duda reestructurarlo.

"El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles - estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir" (Bourdieu, 1998:54).

De esta manera, los recursos o capitales de los que esté provisto, o no, el agente social, como son los saberes, medios o habilidades y los recursos materiales, determinarán la posibilidad de desarrollar prácticas que constituirán su existencia en la multiplicidad de contextos a los que este sujeto, es decir;

"Las características distintivas asociadas con la posición correspondiente en el espacio de los estilos de vida, sólo llega a ser una relación inteligible gracias a la construcción del habitus como fórmula generadora que permite justificar simultáneamente las prácticas (...), y los juicios, que constituyen a estas prácticas (...). Debido al hecho de que unas condiciones de existencia diferentes producen unos habitus diferentes, sistemas de esquemas generadores susceptibles de ser aplicados, por simple transferencia, a los dominios más diferentes de la práctica, las prácticas que engendran los distintos habitus se presentan como unas configuraciones sistemáticas de propiedades que expresan las diferencias objetivamente inscritas en las condiciones de existencia (Bourdieu, 1998:170).

Sin embargo, los capitales que se posean no son una simple suma de recursos, ni el campo social es un simple punto de referencia para ubicar a cada agente, si no que la interacción de todos estos elementos configura el habitus, que distingue a cada estrato social y las variables que existan entre los agentes que pertenezcan al mismo grupo social, expresado en formas de vida diferenciadas y estados de salud distintos.

Finalmente, a través de la interacción social y el intercambio de capitales entre los agentes sociales, los habitus tienden a ser modificados.

La dialéctica de las condiciones y de los habitus se encuentra en la base de la alquimia que transforma la distribución del capital, resultado global de una relación de fuerzas, en sistema de diferencias percibidas, de propiedades distintivas, es decir, en distribución de capital simbólico, capital legítimo, desconocido en su verdad objetiva (Bourdieu, 1998:172).

b. Edgar Morin: Complejidad

La idea de complejidad (1990), propuesta por Edgar Morin, se presenta como un sistema “epistemológico, metodológico, teórico, empírico” (Moron, 2013:45) que busca entender los fenómenos sin aislar los elementos que lo componen, es decir, entender la naturaleza del fenómeno a partir de la relación compleja de los elementos que la constituyen. Así pues, “es complejo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puede retrotraerse a una ley, aquello que no puede reducirse a una idea simple” (Morin, 2013:21).

Por otro lado, el modo de comprensión compleja, “aparece allí donde el pensamiento simplificador falla, pero integra en sí misma todo aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento” (Morin, 2013:22). También rompe con la idea de aislar los elementos que componen al fenómeno (para su estudio), porque al separarlos es destruido el fenómeno que se pretende conocer, es decir, “el reconocimiento de los lazos entre las entidades (...) debe necesariamente distinguir, pero no aislar, entre sí” (Morin, 2013:23), pues de ser así, los resultados tienden a ser “mutilantes, reduccionistas, unidimensionalizantes” (Morin, 2013:22).

De acuerdo con Morin (2013), entonces “la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico” (p.32). Así mismo, la complejidad, en tanto que es un adjetivo, describe un sistema constituido por elementos y conexiones que pueden cambiar entre sí, pero no “aislar un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir” (p.23).

Para la constitución de la complejidad, se consideró también a la teoría sistémica, en la que la idea de conjunto es concebida como “un «todo» que no se reduce a la «suma» de sus partes constitutivas” (Morin, 2013:42), y el carácter del sistema es abierto, el cual sustenta que “la inteligibilidad del sistema debe encontrarse no solamente en el sistema mismo, sino también en su relación con el ambiente, y esa relación no es una simple dependencia, sino que es constitutiva del sistema” (p.42).

Otra propiedad de la complejidad es la concepción de la auto-organización, ya que los elementos que la constituyen un fenómeno social pueden aumentar o disminuir, pueden cambiar sus relaciones entre sí, o presentarse en proporciones diferente, ya que “el orden de lo viviente no es simple, no depende de la lógica que aplicamos a todas las cosas mecánicas, sino que postula una lógica de la complejidad” (Morin, 2013:56).

Por su parte, la organización y reorganización de la salud, bajo la lógica de la complejidad, es producto “de la apertura y el intercambio que acompañan a todo progreso de la complejidad” (Morin, 2013:57) que se da entre los elementos ambientales (sociales) que la determinan (política, economía, cultura, etc.), es decir, “el sistema auto-ecoorganizador tiene su individualidad misma ligada a relaciones muy ricas, aunque dependientes con el ambiente” (p.57). Finalmente, su principio se funda en que “el orden de lo viviente no es simple, no depende de la lógica que aplicamos a todas las cosas mecánicas, sino que postula una lógica de la complejidad” (p.56).

Por otro lado, la complejidad posee tres principios que la fundamentan. El primero, el principio dialógico, consiste en unir nociones antagónicas involucradas en el fenómeno de estudio para pensar los procesos organizadores y creadores del mundo complejo de la vida y de la historia humana, ello “nos permite mantener la dualidad en el seno de la unidad. Asocia dos términos a la vez complementarios y antagonistas” (Morin, 2013:106).

El segundo principio es el de recursividad organizacional el efecto que un elemento genera puede a su vez afectar a ese mismo elemento positiva o negativamente. Menciona Morin, rompiendo con la noción lineal de la relación causa -efecto; “los individuos producen la sociedad que produce a los individuos” (Morin, 2013:107), es decir, es “un proceso recursivo es aquél en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce” (p.106).

Otro elemento que constituye la propuesta de la complejidad está basado en el principio hologramático, a partir del cual “trasciende al reduccionismo que no ve más que las partes, y al holismo que no ve más que el todo” (Morin, 2013:107). Es decir, no solamente la parte está contenida en el todo, sino que el todo está en la parte, de la misma manera que el individuo es una parte de la sociedad, pero la sociedad está presente en cada individuo, a través de las diversas formas sociales que lo constituyen, ya que el “principio hologramático está presente en el mundo biológico y en el mundo sociológico” (p.107). De esta manera, a través de una mirada hologramática se logrará dar una lectura al exterior e interior del fenómeno de estudio, así como la comprensión de “las cualidades emergentes del todo (...). Entonces podemos enriquecer al conocimiento de las partes por el todo y del todo por las partes, en un mismo movimiento productor de conocimientos” (p.107).

La complejidad nos permite entonces, articular la autonomía de las partes, así como identificar la relación que guardan entre sí las partes que componen el fenómeno de estudio, pues al mismo tiempo, las cualidades de uno de sus elementos juegan un papel complementario y antagónico. De acuerdo con ello, el autor menciona que:

“La realidad está, de allí en más, tanto en el vínculo como en la distinción entre el sistema abierto y su ambiente. Ese vínculo es absolutamente crucial desde el punto de vista epistemológico, metodológico, teórico, empírico. Lógicamente, el sistema no puede ser comprendido más que incluyendo en sí al ambiente, que le es a la vez íntimo y extraño y es parte de sí mismo siendo, al mismo tiempo, exterior” (Morin, 2013:44-45).

Finalmente, la complejidad no niega, ni sustituye la simplicidad, aún más la integra, sin embargo, la metodología de la simplicidad es superada por la metodología de la complejidad, en función de una mayor comprensión de la realidad de los fenómenos, pues, retomado por Lima (2017):

El principio de separación no está muerto, pero es insuficiente. Es necesario separarlo, distinguirlo, pero también es necesario ensamblarlo y enlazarlo. El principio de orden no está muerto, es necesario integrarlo en la dialógica orden-desorden-organización. Los principios de simplificación y reducción están ciertamente muertos porque no es posible llegar al conocimiento del todo a partir del conocimiento de los elementos de base (p.15)

c. Jaime Breilh: Determinación Social

Por último, la propuesta de la Determinación Social de la salud (1980), tiene sus orígenes a partir de la segunda mitad del siglo XX, en América Latina. Entre sus principales representantes destaca Jaime Breilh. En ese sentido, la propuesta de la Determinación Social de la Salud consiste en un análisis comprensivo, enfocado a superar los límites puramente médicos, para explicar e intervenir en los procesos sociopolíticos y económicos que históricamente determinan los estilos de vida y su efecto en la salud, el estudio de las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital como formas esenciales para “descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) (...) en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital” (Breilh, 2013:21) que se desarrolla en una “estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (Morales, 2013:800).

Desde dicha perspectiva, la primera es la de Determinación Social, y enfoca su análisis en los procesos salud-enfermedad “que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, así como las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (Morales, 2013;800).

Desde la perspectiva de Breilh, el estudio del proceso salud-enfermedad está fundamentado en el Materialismo Histórico, y parte de una postura basada en las condiciones materiales que determinan socialmente el proceso salud-enfermedad de los grupos sociales. Su análisis de estudio parte del desarrollo de tres categorías; la primera de ellas retoma el mismo nombre de su teoría, Determinación Social, enfocada en comprender el funcionamiento y de las estructuras políticas y económicas que configuran los modos de producción en torno a la lógica del sistema capitalista, y se vincula con la segunda categoría, Reproducción Social, cuyo enfoque se desarrolla en relación a la dimensión cultural, engendrada a su vez, por el funcionamiento y dinámicas del sistema capitalista. Mientras que la tercera categoría, Metabolismo Sociedad-naturaleza, permite revelar el impacto sociohistórico en los estilos de vida y en la salud de las sociedades.

Por su parte, el análisis de la Determinación Social considera imprescindible la comprensión del contexto social, es decir, reconoce la preeminencia del aspecto social que actúa sobre lo biológico a través de un proceso histórico de interacción dialéctica, el cual se desarrolla en función de las relaciones de producción y de acumulación de capital, que engendran la determinación social del proceso salud-enfermedad. En ese sentido, con base a Laurell (1986), el proceso salud enfermedad:

“no solo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo (...) intentan comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin embargo, la subsunción de este en aquel. Lo que plantea pues, es que esta interrelación no puede ser reducida a (...) “factores de riesgo” sino que tiene que ser pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos

biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo” (p.3).

Con relación a la comprensión de la Reproducción Social en torno al proceso salud enfermedad, esta se expresa en tres dimensiones jerárquicas, que han de analizarse bajo una dinámica engendrada por “una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (Morales, 2013:800). De esta manera “la determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general” (Breilh, 2013:20).

Metabolismo sociedad-naturaleza

Por último, la noción explicativa de la categoría Metabolismo sociedad-naturaleza se desarrolla en torno a la relación dialéctica social-natural-biológico, se enfoca en los procesos de producción de los entornos sociales. Los modelos de producción son abordados en función del impacto socio histórico, en la sociedad y en todas las formas de vida, expresado en exposiciones y vulnerabilidades sociales, las cuales juegan un papel importante sobre los procesos salud-enfermedad. Así, tanto las políticas, como las maneras de producir y de consumir históricamente impactan en la relación mutualista que existe entre la sociedad y el con el medio ambiente. De esta manera, retomando a Breilh (2013):

Por debajo de una intencionalidad social siguen reproduciéndose modos de producir y políticas que no afectan las raíces de una civilización que se sustenta en un complejo de irracionalidades (productivas, energéticas, ambientales), y que se reproduce y recicla gracias al imperio de un consumismo extremo, de un ordenamiento social dependiente de una matriz de derroche energético, de desperdicio de recursos vitales, y de una masiva e irreparable generación de desechos (p.16).

Finalmente las tres categorías interactúan en los procesos de salud-enfermedad para explicar de manera integral el funcionamiento de sus procesos y sus formas de

sucedier, he ahí la importancia de abordar la salud desde un pensamiento complejo, teniendo como ejes rectores, la determinación social, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza para entender, conocer, y especialmente transformar los procesos de salud-enfermedad, no solo en términos médicos, sino en materia social, pues de ella nacen importantes elementos que participan y determina la salud. En este sentido, Breilh (2013) puntualiza que:

El paradigma de la determinación social se plantea en la interface del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital (p.21).

5.2 FUNDAMENTO CONCEPTUAL

La política pública es un “conjunto de decisiones que se traducen en acciones, estratégicamente seleccionadas (dentro de un conjunto de alternativas, conforme a una jerarquía de valores y preferencia de los interesados). Su dimensión es pública por el tamaño del agregado social sobre el cual coinciden, pero sobre todo por su carácter imperativo, siendo este revestido de la autoridad legítima y soberana del poder público” (Graças, 1997).

De acuerdo con ello, la política pública es una decisión, entendida como una “elección que se hace entre varias alternativas” (Nutt, 1998), con el fin de determinar la implementación de una acción estratégica, es decir, llevar a cabo “una conducta (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo (Weber, 1996:5) y este tenga una dimensión pública por su “interés o utilidad común interés o de utilidad común a todos, lo que concierne al colectivo” (Rabotnikof, 2008:38) Además, en el seno de las políticas públicas debe imperar como un “deber o exigencia inexcusable”

(Pin, 2017) la decisión del poder público, el cual “se atribuye a la comunidad en su conjunto” (Kelsen, 1959).

Así, entonces, la soberanía popular contenida “esencialmente en la voluntad general” (Rousseau, 1999:89), a través de un pacto social, es como se determina un gobierno representativo dotado tanto de autoridad, “cuyo precepto ha de significar siempre forzosamente obediencia y respecto voluntario” (Bernal, 1993:54), así como de legitimidad, siempre “exclusiva de la colectividad y no del ordenamiento” (Cruz, 2008:79).

La política social aparece “como la forma que por medio de estrategias y políticas concretas tiene el Estado para construir una sociedad cohesionada y equitativa. En una perspectiva de mayor equidad e integración social, la política social tiene como fin principal facilitar la convergencia entre los intereses individuales y los intereses comunes de la sociedad” (Ceja, 2004:1). Así, entonces el objeto de la política social es fomentar dos aspectos centrales, el primero es la cohesión social, la cual “abarca los planos político, económico, social y cultural” (CONEVAL, 2015:22). Esta debe ser “entendida como fin, (...) para garantizar el aumento de los niveles de bienestar social (...) como proceso, alude al afán de destacar la dinámica entre la inclusión y exclusión social. Por último, (...), tiene la intención de identificar el estado de la situación de factores para la cohesión en un momento determinado” (p.23). El segundo aspecto es la equidad social como “valor que implica justicia e igualdad de oportunidades (...) respetando la pluralidad” (Alberti, 2016). De esta manera, la convergencia entre cohesión y equidad social fomentarán el bienestar general como objetivo común.

La política en salud consiste en proteger la salud pública; es decir;

tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico. La salud pública abarca todos los ámbitos de la acción social; por tanto, también se refiere al campo de la salud laboral y a las provisiones sanitarias necesarias para asegurar el bienestar en salud en el ámbito social y del trabajo. El reto

de la política sanitaria es conseguir la extensión universal de la red pública de asistencia en salud, garantizando la extensión de la cobertura sanitaria, todo ello mediante un sistema de gestión económica que sea sostenible (Ruiz, 2004:90).

Con base a ello, las políticas en salud deben proteger la salud pública a través de la práctica del sector salud con el fin de procurar la Integridad física y psíquica de la población, entendida como el “cuidado de todas las partes y tejidos del cuerpo (...) la conservación de las habilidades motrices, emocionales e intelectuales” (Gómez, 2016). Así, el primer nivel de atención médica es la atención primaria, “accesible a todos los individuos y familias de la comunidad (...) Es el núcleo del sistema de salud del país” (OMS, 2020). De igual manera la Prevención sanitaria se ocupa de evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. A nivel asistencial se aplica desde la atención primaria hasta la especializada Asociado a ambos aspectos, la cobertura sanitaria consiste en la “existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas, para lo cual deberá:

- 1. Proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,*
- 2. Detectar enfermedades tempranamente,*
- 3. Disponer de medios para tratar las enfermedades,*
- 4. Ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación” (OMS, 2012).*

Por otro lado, la seguridad se entiende como un “conjunto de sistemas, medios humanos y acciones dispuestas para eliminar, reducir o controlar los riesgos y amenazas que puedan afectar a una persona o a una entidad. (...) Seguridad es la minimización del riesgo” (Ballesteros, 2020)., mientras que, en términos de asistencia sanitaria, la Seguridad Social “tiene por objeto la prestación de los servicios médicos, farmacéuticos y complementarios necesarios para conservar o restablecer la salud de sus beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo” (Gómez, 2014). Finalmente, un concepto resultante de los dos anteriores es, bienestar, entendido como el “conjunto de factores que una persona necesita para gozar de buena calidad de vida. Estos

factores llevan al sujeto a gozar de una existencia tranquila y en un estado de satisfacción” (Pérez, 2009).

Por su parte, la salud, abordada desde la perspectiva de la determinación social, tanto por la Salud Colectiva, como por la Medicina Social Latinoamericana, a partir del estudio de las...

dinámicas de acumulación de capital como formas esenciales para entender los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, así como las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (Morales, 2013:797).

Para ampliar la concepción de Determinación social, en torno a la acumulación de capital, mediada a su vez por las relaciones de poder, de acuerdo con Foucault, “una relación de fuerzas es una relación de poder [...] Toda fuerza ya es relación, es decir, poder” (Moreno, 2006:2). En torno a ello, la acumulación capitalista tiene lugar, cuando “se efectúa la reproducción de las relaciones capitalistas de producción (...) Esto concierne, ante todo, al aumento del grado de explotación de los obreros, a la reducción de sus salarios por debajo del valor de la fuerza de trabajo” (Libman, 2009:4). De esta manera, como resultado de las relaciones de poder, surge la distinción de clases sociales, entendidas como “grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (...) por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo” (Lenin, 1919:479).

De acuerdo con ello, el impacto que tienen, las relaciones de poder, la acumulación capitalista y la clase social en las formas de determinación general, se ven expresadas en los patrones de trabajo, ya que “las formas concretas de consumir la fuerza de trabajo en el proceso laboral originan patrones de desgaste de los trabajadores que junto con sus patrones de reproducción determinan las características históricas

básicas del proceso salud enfermedad de una colectividad” (Laurell, 1986:7). De esta manera, el proceso salud-enfermedad como “forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en un momento dado. Como tal es un proceso que simultáneamente tiene carácter social y biológico” (Laurell, 1986:2).

Así entonces, la cultura aparece como resultado de la determinación social, la cual “incluye todas las manifestaciones de los hábitos sociales de una comunidad, las reacciones del individuo en la medida en que se vean afectadas por las costumbres del grupo en que vive, y los productos de las actividades humanas en la medida que se vean determinadas por dichas costumbres” (Boas, 1930). He ahí que los estilos o formas de vida se basen en “la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986:118) expresados en patrones de consumo, como la “forma en que las personas adquieren los alimentos ya sea por la influencia del mercado, la tecnología, los costos de producción o por los precios, los cuales tienen que ver con el ingreso de las personas y que a su vez la adquisición de este tipo de productos se homogeniza, en el sector urbano y rural” (Torres,1998:2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, una definición más social, desarrollada por la Salud Colectiva, considerada como vanguardia en Sociología de la Salud, indica que es “una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (Eslava, 2013:800). De esta manera, la dialéctica entre lo biológico y lo social consiste en “la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico, pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo” (Laurell, 1986:3).

Por su parte, la comprensión de la producción social supone que “el modo de producción de la vida material determina [bedingen] el proceso social, político e intelectual de la vida en general” (Marx, 2008:4 - 5). Mientras que la reproducción social consiste en “un proceso de reproducción de las condiciones generales de la sociedad (...) se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general” (Breilh, 2013:20).

Otra concepción del estado de salud de la población resulta como “el objeto de estudio de la salud pública, particularmente en epidemiología. Ello involucra el análisis de la carga de morbilidad y mortalidad, índices de sobrevivencia y esperanza de vida, entendidos como indicadores básicos de la situación sanitaria de una sociedad” (OPS, 2001).

Por su parte la carga de morbilidad es la “medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada” (OMS, 2021). Mientras que la carga de mortalidad es la “Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada” (OPS, 2017:3). Así mismo la esperanza de vida es “un indicador que mide el promedio de años que se esperaría que una persona viva, basado en el nivel de mortalidad de un determinado grupo de población” (Quiroga, 2020). En este sentido la esperanza de vida está “determinado fundamentalmente por aspectos como el sexo, el grado de educación, las condiciones sanitarias, la aplicación de medidas de prevención en salud y el nivel económico de la población” (Quiroga, 2020).

6. APORTACIÓN DE INVESTIGADORES

Desde comienzos de los años 70 del siglo XX han surgido nuevas propuestas para pensar la salud y los factores que participan de ella. La Medicina Social y la Salud Colectiva han avanzado significativamente en el terreno del debate sobre las posturas más eficaces, éticas y políticamente correctas de abordar la salud. En este sentido, se ha desarrollado una nutrida crítica en torno a los fundamentos epistemológicos bajo los cuales se ejercen la Epidemiología Clásica, la Epidemiología social y la Salud Pública, debido al impacto en desigualdad social, política, cultural y económica intrínseca, y bajo la cual no solo se ejerce la atención de la salud, sino también se extienden recomendaciones supranacionales a los países en materia de política pública en salud. Ambas propuestas, es decir, tanto la Medicina Social como la Salud Colectiva, se han desarrollado en torno al Materialismo Histórico.

Las reseñas que se presentan a continuación dan cuenta del desarrollo de este debate epistemológico, ya sea partir de reflexiones o investigaciones en torno al tema. Para ello se llevó a cabo una revisión de publicaciones realizadas entre el año 1985 a 2018 en los repositorios Redalyc y Scielo como únicas fuentes de recolección. Las palabras clave de búsqueda fueron determinantes sociales de la salud, desigualdades en salud, proceso salud-enfermedad, inequidades en salud, Medicina Social Latinoamericana, epistemología de la salud, determinación social. De los registros de ambos repositorios se seleccionaron aquellos artículos que informasen sobre los aspectos de interés para su análisis, de los cuales resultaron un total de 25 artículos.

En el presente estudio se rescatan artículos de carácter histórico, reflexivo e investigaciones, privilegiando enfoques que ilustren la forma en la que se relacionan la determinación social y la salud, así como la manera en la que se construye socialmente el proceso salud-enfermedad, y discusiones sobre las propuestas epistemológicas para transformar la vida a través de la praxis de la salud.

Medicina Social Latinoamericana.

Laurell publicó en México (1986) un artículo llamado “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, en el cual busca repensar el fundamento teórico y metodológico que sustenta a la Salud Pública, ya que ofrece una explicación multicausal y poco clara sobre la manera en la que se da el proceso salud enfermedad.

De acuerdo con la autora, la teoría multicausal utilizada por la Salud Pública concibe este proceso como un simple efecto biológico de actuación del individuo, sin problematizar el fenómeno, sin considerar los aspectos sociales más que como factores de riesgo y sin dar cuenta de la esencia u origen concreto de su causa. Mientras que, para la Medicina Social Latinoamericana, fundamentada en el Materialismo Histórico, el proceso de salud-enfermedad no solo está socialmente determinado, sino que tiene un carácter social, y consiste en comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico (el primero sobre el segundo), así como la manera en la que se reproduce socialmente esta relación en el proceso de trabajo. De esta manera el estudio del proceso salud enfermedad consiste en analizar la desigualdad entre las clases sociales, ya que en esta desigualdad radican las formas de reproducción social y biológica, a través de las maneras específicas en que una clase social se inserta en la economía capitalista, expresada en las condiciones laborales y en el desgaste biológico que supone el proceso de producción en el que se participa, y por consecuencia en su salud.

Más tarde, en 2003 (México) Brachet publicó un artículo titulado; “Reseña de “Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas” de Cristina Laurell”. En él reflexionó sobre la condición ética del Estado mexicano y su representatividad, ya que señaló una lógica neoliberal en las tendencias legislativas orientadas al deterioro progresivo de las instituciones públicas y un proceso paralelo de apertura a los mercados privados, tanto en salud como de jubilación, comprometiendo así las fuentes de bienestar social. Así mismo, propuso para garantizar la salud y la seguridad social, el reparto de pensiones universales, reivindicación de la mujer a través de una jubilación por sus labores domésticas,

reajuste en el sistema de cotizaciones, revisión de la flexibilidad de las leyes laborales y finalmente, un sistema de cobertura en salud universal.

Posteriormente, Vergara (Colombia, 2007) describió en su artículo titulado, "Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad", el cual partió de la concepción tradicional del proceso salud enfermedad basada en la superstición, y como logró trascender a concepciones propiamente biológicas, explicadas gradualmente en función de los avances tecnológicos hasta construir explicaciones más complejas y reflexivas, como la relación entre hospedero, huésped y ambiente; modelo clásico, sustituido por el modelo moderno que explicó la enfermedad en relación a lo social, pero a partir de un causalismo biomédico, el cual a su vez fue abandonado finalmente por el modelo posmoderno para comenzar a explicar el proceso salud enfermedad desde una perspectiva histórica, en donde las relaciones sociales definen lo biológico. De acuerdo con este recorrido, el proceso salud enfermedad ha estado históricamente sujeto no solo al desarrollo tecnológico y de las ciencias naturales, sino también sujeto al desarrollo de las ciencias sociales.

Por otro lado, en 2011 Laurell publicó un artículo sobre el servicio de salud estatal en México y el impacto de sus reformas políticas. En su artículo, "Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta", la autora reflexionó sobre los lineamientos del Seguro Popular y su efectividad en tanto a cobertura en salud universal. De acuerdo con los resultados de su análisis, subrayó que la cobertura universal en salud que ofreció el Seguro Popular se desvaneció en el discurso, pues en esencia, sus lineamientos limitaron la atención gratuita, a un reducido paquete de servicios básicos, cediendo la atención especializada en salud al sector privado. Así mismo, concluyó que el seguro Popular representó una serie de vulnerabilidades, no solo en términos en salud, sino sociales y económicas, además de acabar sistemáticamente con el derecho a la salud y forzar la demanda de servicios privados en salud.

Otro artículo, realizado por Contreras en 2011 (México) titulado; "El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México", tuvo como objetivo

analizar el proceso legislativo que se llevó a cabo para la implementación del Seguro Popular en el estado de México. Su análisis destacó que la implementación del Seguro Popular en dicho estado como política pública en salud, además de reducir su atención en salud a un pequeño paquete de servicios básicos, se incorporó sin el proceso legislativo correspondiente inscrito en el marco normativo legal, y sin lugar a la aprobación democrática. Concluyó que la implementación del Seguro Popular como política pública no fue legítima, además de no asegurar el derecho a la salud, por lo cual cuestionó la representatividad del Estado.

Posteriormente, Laurell publicó en 2014 (Brasil) un artículo titulado; “Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina”. Su análisis determinó que la manera en que los gobiernos reconciliaron la incompatibilidad entre el bienestar social, la legitimidad del gobierno y la acumulación del capital fue a través de estratégicos ajustes gubernamentales tendientes a mermar los sectores estatales de salud, y sustituyéndolos paulatinamente por mercados privados, justificados por la demanda y por la misma incapacidad y deterioro del sector estatal. De esta manera, fue posible desarrollar, posteriormente, políticas compatibles con las anteriores, a través de proyecto de cobertura universal, que en realidad fueron paquetes de servicios médicos limitados a servicios básicos en salud. Este simulado progresismo, expresado en las políticas neoliberales en salud, de acuerdo con la autora, cuestionó la autenticidad del pacto entre el Estado y la sociedad en el que se basa la legitimidad y la representatividad.

Para el año 2015 (Estados Unidos) también Heredia, Laurell, Feo, Noronha, González y Torres-Tovar realizaron una investigación titulada; “El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?”. En ella compararon los sistemas de cobertura universal y el sistema único de salud con respecto a la garantía de equidad e igualdad que ofrecieron en términos de acceso a servicios de salud en América Latina. El resultado de la investigación reveló que el modelo de Cobertura Universal en Salud no funcionó por que se configuró bajo principios de mercado, mientras que el sistema único de salud pública (SUSP), financiado con fondos públicos, fue el único que otorgó el

derecho a la salud en igualdad de acceso a los servicios necesarios en igualdad de necesidad. Se concluyó destacando la importancia de la participación social para gestionar un sistema de salud que garantice el derecho a la salud en igualdad de acceso e igualdad de necesidades.

Finalmente, en 2016 (Cuba) Laurell hizo una crítica a la avanzada neoliberal a través de su artículo; “Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina”, en el cual expuso la inviabilidad de la adopción del neoliberalismo en Latinoamérica como respuesta para el progreso social, económico y político, ya que, por su naturaleza de mercado, este tiende a acentúan cualquier desequilibrio que se intente corregir, especialmente la seguridad social, los derechos humanos, estilos de vida, y por lo tanto la salud. Sin embargo, se reconoció la ideología neoliberal ha tenido una importante presencia en las fuerzas políticas, incluso su legitimación se ha dado en los estratos más vulnerables a través del clientelismo. Así mismo, señaló que tendencia neoliberal solo puede ser cuestionada y revertida a partir de una correlación de fuerzas entre el bloque democrático y el popular, como opción para recuperar los derechos sociales, la seguridad en salud y los recursos que las constituyen.

Salud Colectiva

Un artículo de Murray, Gakidou y Frenk (2000) titulado, “Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué debemos medir?” se enfocó en ofrecer métodos para medir la desigualdad y las diferencias en salud, en poblaciones y entre poblaciones. La desigualdad en salud fue posible medirse a partir de factores como los genes, el medio ambiente y la interacción entre el gen y el medio ambiente, en el cual no se debe considerar la desigualdad en salud, sino la desigualdad de riesgo y resultados. Y para medir la diferencia en salud, se requirió a su vez solucionar la incompatibilidad de metodologías utilizadas en países pobres y ricos (para medir). La solución consistió en el estudio de poblaciones pequeñas basándose en tres factores: ingreso, riqueza y educación. De esta manera se concluyó que la desigualdad en salud y las diferencias en salud son igualmente importantes a la hora de medir, ayudan a enlazar los determinantes socioeconómicos distales y la salud, además el análisis en

zonas pequeñas permitió revelar desigualdades en salud desde un punto de vista interindividual.

Posteriormente, Bleda (España, 2005) en su artículo; “Determinantes sociales de la salud y la enfermedad” presentó algunas aportaciones teóricas que abordan la salud desde la sociología. El autor señaló que, desde los sociólogos clásicos hasta los posmodernos, la salud ha sido reflexionada desde diversas perspectivas; sobre el suicidio, el estado de salud de la clase obrera con relación al capitalismo, el papel que han jugado los enfermos en la sociedad, las construcciones simbólicas creadas entre el paciente y el médico, la desigualdad social como origen de la enfermedad, la salud enfocada a la desigualdad de género y la medicina como herramienta de manipulación social. De acuerdo con el artículo se concluyó que la salud no depende solo de recursos sanitarios, sino de factores sociales que la determinan, como clases sociales, género, relaciones de producción y proceso de trabajo, entorno social y estilos de vida. Por ello, reflexionar la salud con relación a la política sanitaria y la democracia desde una perspectiva sociológica, es fundamental.

Por otro lado, Bartra (México, 2008) reflexionó sobre el histórico peligro que la agroindustria como negocio ha representado para la vida. En su artículo; “Fin de fiesta. El fantasma del hambre recorre el mundo”, destacó la vulnerabilidad alimentaria, social y ecológica que devino con el surgimiento de la agroindustria, así como los efectos que ha supuesto su crisis como negocio, es decir, encarecimiento de los alimentos en función de su escasez, aunada a un campo abandonado que no podría resolver la demanda alimentaria. Aunque el autor señaló también que el problema no ha sido propiamente la producción, sino la rentabilidad del negocio que ha ido desacelerando las ganancias a partir del encarecimiento de los insumos que ocupa. Ante este caos ilustrado, concluye señalando la importancia de hacer frente a la modernidad capitalista, recuperando la soberanía alimentaria, pero fuera del paradigma de la lógica agroindustrial, así como invertir en el rescate del campo para reducir la erosión social y la migración del campesinado.

Al año siguiente, en 2009, Álvarez realizó en Colombia una investigación titulada; “Determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. Su estudio se centró en el análisis del objeto de tales determinantes, es decir, en torno a las desigualdades e iniquidades en salud. De acuerdo con su investigación, señaló que la OMS ha promovido el estudio de los determinantes sociales y económicos en salud; una de sus propuestas fue la cobertura universal en salud, y políticas públicas enfocadas a corregir las desigualdades económicas y en salud, pero no observó una postura clara frente al neoliberalismo que las ha generado, además de resultar ambiguos en los límites y alcances de los determinantes sociales de la salud. Frente a ello concluyó con tres puntos: 1) Lo realmente transformador es el estudio de aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y centrar su atención en esclarecer cómo las desigualdades se manifiestan en el estado de salud de los grupos sociales. 2) Los resultados de un estudio son diferentes cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace desde una perspectiva social. 3) El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, tiene su expresión en las condiciones de salud y, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud.

Una reflexión de Breilh (Brasil, 2010a) nos invitó a considerar el estudio de la salud desde el enfoque de la determinación social en su artículo; “Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y la salud”, partiendo de una distinción entre el enfoque funcionalista, que ha abordado la salud bajo una idea biologicista y causal, sin considerar la importancia al tiempo, contexto social y natural en el que se da la desigualdad económica, social y en salud. Mientras que la epidemiología crítica, concibe a la salud como un pensamiento complejo, además de un derecho, y debe ser abordado desde un contexto social complejo y dinámico. Solo a partir de estas rupturas, señaló el autor, la salud podrá ser pensada desde una política ética, ligada a los derechos humanos y no solos en defensa de la vida humana, sino también en defensa de la naturaleza, basada en la sustentabilidad, en la solidaridad y en una vida saludable

Otro artículo del mismo autor (Breilh, 2010) publicado en Argentina y titulado como; “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”, tuvo como objetivo una reflexión crítica al urbanismo en torno a la salud desde una perspectiva ecológica, epidemiológica y espacial. Su crítica partió de que el urbanismo dominante aun todavía se basa en la noción clásica del “espacio”, es decir, aquella que concibe al espacio como algo independiente y concreto, sin historia y sin relación dinámica con los sujetos que lo habitan. En contraste, su propuesta retoma la idea de Lefebvre, que reivindica el papel activo del “lugar”, así como la histórica relación dialéctica entre la sociedad y él, a partir de una relación simbiótica de mutualismo entre la sociedad y el entorno. Por tanto, concluyó señalando que en la medida en que se produzcan socialmente espacios sustentables y ecológicos determinará la salud y las condiciones de vida que los espacios puedan ofrecer a los que le habitan.

En 2013 se publicó en Colombia el artículo; “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas”. El fin de su artículo fue reflexionar desde un enfoque ético y político las formas de concebir el proceso de salud-enfermedad. De acuerdo Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda y Concha-Sánchez, existen dos líneas de pensamiento epidemiológico irreconciliables en torno al estudio de la salud; la epidemiología latinoamericana y la anglosajona. Por un lado, la postura anglosajona estudia la salud basándose en factores de riesgo sin historia, y sujetos a una vulnerabilidad biológica determinada por la probabilidad de exposición en un tiempo y un lugar, sin considerar la desigualdad, el conflictos de intereses y las relaciones de poder; en las que se basa precisamente el enfoque latinoamericano, ya que estas se expresan como determinación social, y a su vez actúan sobre lo biológico, engendrando así la desigualdad en salud, y son capaces de producir y reproducir históricamente este proceso. He ahí la importancia de una activa participación política en las relaciones de poder, ya que los autores señalaron que es esencial para identificar el sentido de los procesos de transformación social y poder actuar sobre ellos.

Un tercer artículo de Breilh, publicado en 2013 (Ecuador) titulado; “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública”, se enfatizó la relevancia del enfoque de la epidemiología crítica (Base de la Salud Colectiva), a fin de modificar las tendencias de desigualdad en salud, en comparación con el enfoque de la Epidemiología Social (base de la salud pública), ya que esta última solo explica el proceso salud-enfermedad a partir del causalismo, y su metodología consiste en analizar la exposición de la salud separa del contexto y el tiempo en el que sucede; es por ello que no puede explicar ni intervenir en los mecanismos para evitar la producción y reproducción de la desigualdad en salud. En contraste, la propuesta teórica de la Salud Colectiva va más allá de los límites puramente médicos, para explicar e intervenir en los procesos sociopolíticos y económicos que históricamente determinan los estilos vida y su efecto en la salud, a través del estudio de la determinación social como categoría de estudio, y su relación al funcionamiento del sistema capitalista a través del proceso de reproducción social, cuya relación exhibe la esencia malsana del sistema capitalista, expresada a través del metabolismo sociedad-naturaleza. De esta manera, señaló el autor que la propuesta de la Salud Colectiva permite ubicar la génesis de la determinación social, y como consecuencia, actuar sobre ella para transformarla de una civilización sustentable, soberana, solidaria y segura.

Por otro lado, Cardona publicó en 2016 (Colombia) un artículo titulado; "Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica" en el cual ofreció diversas concepciones sobre el proceso salud-enfermedad y propuestas para mejorar la condición de la salud. Entre ellas, el autor mencionó que la Determinación Social (Salud Colectiva) aborda el proceso salud-enfermedad como un proceso socioeco-biológico e incorpora el holismo social en el conocimiento de la salud-enfermedad. Mientras que los Determinantes Sociales de la Salud (Salud Pública) abordan la salud desde una perspectiva causalista. En cuanto a sus propuestas, la Salud Colectiva considera la desmercantilización de la salud, así como la sustitución del modelo económico neoliberal por uno más sano,

mientras que la propuesta de la Salud Pública radica en la incorporación de la cohesión y el capital social como elemento transversal entre los determinantes estructurales e intermedios de la salud, a partir de políticas públicas. Finalmente, se concluyó enfatizando la importancia de la determinación social y los determinantes sociales como un solo eje articulador de la epidemiología clínica.

En otro artículo titulado, "Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad", Eslava-Castañeda (Colombia, 2017) describió el sustento teórico-metodológico del proceso salud enfermedad de la determinación social, el cual está basado en el Materialismo Histórico y consiste en un proceso dialéctico en el que lo social actúa sobre lo biológico. Esta relación es producida y reproducida socialmente a través de los modos de producción que han estructurado históricamente los modos de vida y las condiciones de salud de la sociedad, tanto en dimensiones generales, particulares y singulares. Además de ser consistente su demostración a partir de investigaciones de campo. En conclusión, a partir de la determinación social es posible intervenir el proceso salud enfermedad y reorientarlo.

El penúltimo artículo fue publicado en el año 2017 por Casallas (Colombia), el cual se tituló; "La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional", en el cual reflexionó sobre los fundamentos epistemológicos de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, así como su relevancia ante el inadecuado paradigma epistemológico de Salud Pública con respecto a las necesidades en salud, en torno a enfermedades crónicas. En su análisis destaca una nueva consideración epistemológica de la salud, basada en el marxismo. De la mano aborda la íntima relación entre las ciencias sociales y la salud, a través de su enfoque asociado al contexto, a las relaciones de producción, a los modos de vida y a las estructuras sociales históricamente determinadas.

Por otro lado, desarrolla una crítica al modelo de la Salud Pública, que basa el cuidado de la salud en la carga de responsabilidades a las familias y al individuo, inmersos en una estructura social tendiente, por su naturaleza, a enfermarles. De esta

manera, el autor concluye reafirmando la vigencia de la Medicina Social y la Salud Colectiva como respuesta a la crisis de la salud pública y a las políticas tendientes a mercantilización de la salud, producto de un paulatino adelgazamiento del Estado y los derechos sociales.

Finalmente, Tobar publicó en Argentina (2019) un artículo titulado; “¿Qué significa Neoliberalismo en salud?”, en él se reflexionó sobre la función que ha tenido el enfoque biomédico, la Nueva Gestión Pública y la tecnocracia en torno a la salud, bajo la lógica neoliberal. A partir de esta postura se reveló que la salud en torno al neoliberalismo ha constituido un discurso de carácter económico y político, pues al abordarlo desde el ámbito sanitario se advierten tres aspectos principales: la concepción biomédica sobre una concepción de la salud científicamente cuestionable; la influencia del enfoque de la denominada Nueva Gestión Pública, tendiente a la mercantilización de la salud, así como la concepción tecnocrática del sistema de salud, el cual supone una gradual desaparición de la salud en la agenda de las políticas públicas. Por lo tanto, se concluye que la solución para revertir el efecto negativo del neoliberalismo en torno a la salud surgirá al replantearse la importancia de presencia de la salud en la agenda pública, como un derecho.

Salud pública.

En el año 2012 Muntaner, Rocha, Borrell, Vallebuona, Ibáñez, Benach y Sollar publicaron un artículo titulado; “Clase social y salud en América Latina”. Su objetivo fue analizar los estudios que relacionan la clase social con la salud desde una perspectiva neoweberiana y neomarxista. La búsqueda de estos estudios se realizó en la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME y en la base de datos SciELO, utilizando las palabras clave "clase social y salud", que permitió localizar 28 artículos. De su análisis se destacó una la escasa existencia de artículos asociando la clase social y salud en América Latina al considerar los altos niveles de desigualdad existentes, además de que algunos estudios usaron el término clase social para describir algunos indicadores socioeconómicos, alejados de una base teórica sólida. Finalmente concluyó que se necesitan construir criterios de medición de clase social basadas en

teorías, que deben utilizar criterios de medida fundamentados teóricamente en los mecanismos generadores de desigualdad; y que la mayoría de los estudios son transversales y se necesita que sean también longitudinales.

Por otro lado, Caballero, Moreno, Sosa, Mitchell y Vega realizaron en 2012 una investigación titulada; “Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos”. Dicha investigación tuvo como objeto conocer cómo se vinculan los determinantes sociales con el estado de salud, además de presentar varios modelos explicativos de los determinantes sociales de la salud en torno a un análisis de 70 artículos, de marzo y abril de 2012, los cuales abordaron temas como el de determinantes sociales, desigualdades e inequidades en salud. Los resultados revelaron que las políticas sociales y económicas influyeron en el estado de salud y determinan la desigualdad de las condiciones de vida, además de identificar los puntos estratégicos desde donde pueden actuar las políticas y la manera de hacerlo. El estudio concluyó que cada país tuvo particularidades en sus determinantes sociales de la salud, y ello dependió de su sistema social, ideología y cultura.

Otro artículo publicado por Salgado (México, 2014), titulado, “Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud 2005 – 2012” tuvo como objetivo conocer los resultados de la producción científica en torno a los determinantes sociales de la salud. De acuerdo con la investigación, en el periodo se publicaron 145 artículos sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyas temáticas más abordadas fueron "condiciones de salud", "sistemas de salud" y "nutrición y obesidad". Los resultados de su análisis subrayaron la importancia de fomentar políticas enfocadas a promover la igualdad y equidad en salud, así como la consideración de los efectos negativos de la globalización. Sin embargo, a pesar de que existe investigación científica sobre la importancia en políticas de salud, estas no se han implementado, además las estrategias que proponen para resolver el problema no van más allá del sector de salud.

Por su parte, la investigación de Dávila (México) realizada en 2014; "Panorama de la obesidad en México", describió los índices de obesidad en México y sus causas, así como las medidas que se han tomado para su atención. De acuerdo con la investigación, el 30% de la población adulta en México padeció obesidad, y las causas que la detonaron fueron los patrones dietéticos asociados al nivel socioeconómico. Para su atención, el gobierno mexicano implementó un plan de acción basado en 10 objetivos, de los cuales seis puntos dependieron de la voluntad individual y las condiciones sociales y económicas de la población para modificar los hábitos alimenticio y físicos. Los otros cuatro requirieron la intervención gubernamental en el sector social y en la industria alimentaria. De esta manera, el autor señaló que se requiere formular y coordinar estrategias multisectoriales con participación social para su control, que permitan modificar el comportamiento malsano individual, familiar y comunitario, a través de la actividad física, la disminución de estilos de vida sedentarios y dietas saludables, aspectos necesarios para la prevención del sobrepeso y obesidad.

Finalmente, Idrovo (Colombia, 2017) en su artículo; "Determinación social del proceso salud-enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI" reflexionó sobre el carácter científico de la Medicina Social Latinoamericana, que además de estudiar los proceso salud enfermedad a partir de posturas políticas de izquierda, señaló su enfoque cualitativo desestima la importancia del uso de los métodos estadísticos, lo cual da pie una serie de inconsistencias en su metodología. Ante este panorama, el enfoque cuantitativo que comparten la Epidemiología Moderna y la salud Pública destacan por su habilidad para identificar factores de riesgo en contextos generales y específicos, así como una mejor comprensión de lo individual. Por lo tanto, concluye que postura política de la Medicina Social puede entenderse como una forma de activismo político de izquierda en salud, pero no como un sustento teórico-metodológico para estudiar la salud.

De acuerdo con la recolección de artículos científicos presentados, ocho abordaron la salud desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana. Los temas que considerados fueron; el estudio del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva social, el neoliberalismo y su relación con las políticas públicas enfocadas al sector de salud, y la representatividad estatal vinculada a los diversos modelos latinoamericanos de cobertura universal en salud, así como al grado de bienestar social que dicha cobertura ha ofrecido. Al respecto, la salud, vista desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana, a través de la determinación social, ha implicado importantes fuentes de bienestar, así como derechos constitucionales en México. Así mismo, la producción científica recolectada consideró que tanto la representatividad del Estado como la activa participación social son necesarias para la implementación de políticas públicas sanitarias que garanticen los derechos humanos y por tanto la salud, de manera democrática y equitativa.

Otros doce artículos recolectados abordaron la salud desde la perspectiva de la Salud Colectiva, los temas partieron del proceso salud-enfermedad asociados a los procesos de acumulación y producción capitalista, así como a las diferencias y desigualdades sociales y en salud. De igual forma abordaron la cuestión de la agroindustria vinculada a la seguridad alimentaria y al deterioro ambiental, a la ética y al neoliberalismo asociados al carácter biomédico de la salud. En ese sentido, la Salud Colectiva considera que el proceso de salud enfermedad se ha dado a partir de las diversas formas de determinación social que han tenido lugar históricamente en el funcionamiento del sistema capitalista, el cual ha producido y reproducido las condiciones de vida y oportunidades de la sociedad, expresada en estilos de vida específicos y diversificados, y, por tanto, las diferencias y desigualdades en salud. Por su parte, la importancia que destacó la producción científica recolectada se enfocó en la relevancia del análisis sociológico sobre la epistemología de la salud, sobre los modelos económicos y políticos, los cuales históricamente han transformado la salud de la sociedad. Con todo esto, se propone repensar los modos tradicionalmente utilizados para conocer, entender y ejercer la salud de la manera más apropiada; ligada a los derechos humanos, al cuidado de la vida en general y al control de todas las

formas de determinación social, en función de una sociedad “sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura” (Breilh, 2013:23)

Finalmente, los cinco artículos restantes abordaron la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, es decir, la cuestión sanitaria vista desde la Salud Pública. Los temas considerados se desarrollaron en torno al estudio, tanto de la producción científica de los Determinantes Sociales vinculados a las clases sociales, a la desigualdad socioeconómica, así como a las políticas públicas y a la cobertura en salud. Por su parte, dichas aportaciones revelaron que cada país ha poseído particularidades con respecto a los determinantes sociales que han mermaron la salud de su población, y de ello hubo de depender la estrategia política de intervención estatal. Sin embargo, las propuestas de la producción científica no han sido implementadas, como en el caso de México, además no van más allá del sector de salud. Por otro lado, en la mayoría de las investigaciones se han utilizado herramientas estadísticas para identificar factores de riesgos generales y particulares, no obstante, en muchos casos su análisis ha sido limitado, ya que las categorías utilizadas para la medición de desigualdad entre clases sociales, carece de sustento teórico y de un complemento cualitativo.

7. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

El tipo de investigación fue cualitativa porque se realizó el análisis de diferentes documentos, lo que permite afirmar que también fue documental y reflexiva.

Fue transversal toda vez que las categorías que se identificaron se analizaron en una sola ocasión. De igual forma fue retrospectiva toda vez que las fuentes de información para el mencionado análisis fueron diversos documentos oficiales emitidos desde el año 1982 al 2018. Con lo anterior se puede afirmar que fue no experimental ya que solamente se realizaron diversos ejercicios de análisis reflexivo.

Ubicación de la investigación:

Dado que los documentos de análisis fueron los emitidos desde el ámbito nacional, se puede afirmar que estuvo ubicada en un plano nacional.

Unidades de análisis:

Diferentes documentos oficiales emitidos en el ámbito nacional desde el año 1982 hasta el año 2018, tales como: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Programas Nacional de Desarrollo, Programas sexenales de salud, Informes emitidos por la Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía entre otros. De igual forma se utilizaron documentos oficiales emitidos en el mismo periodo por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, etc.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión

Aquellos documentos oficiales que se refirieron a las políticas públicas, sociales y de salud mexicanas emitidas en el ámbito nacional durante el periodo de 1982 a 2018.

- Criterios de exclusión

Aquellos documentos no oficiales, que no refirieron sobre las políticas de salud mexicanas que no fueron emitidas en el ámbito nacional antes de 1982 y después del 2018.

Tipo de fuentes de información:

En la presente investigación para atender las diferentes categorías de análisis se utilizaron fuentes secundarias y oficiales, tales como:

- Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.
- Plan Nacional de Desarrollo (PND):1983-1988, 1989-1994, 1995-2000, 2001-2006, 2007-2012, 2013-2018, 2019-2024.
- Programa Nacional de salud (PNS): 1983-1988, 1989-1994, 1995-2000, 2001-2006, 2007-2012, 2013-2018, 2019-2024.
- Informes sobre salud emitidos por el Instituto Nacional de Salud Pública (INS): 1982-2018.
- Ley General de Salud (LGS):1982-2018.
- Informes del Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL):1994 - 2000, 2001 - 2006, 2007 - 2012 y 2013 - 2018.
- Informes del instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): 1982-2018.
- Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS): 1982-2018.
- Informes de la Organización panamericana de la Salud (OPS): 1982-2018.
- Informes sobre e panorama de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): 1982-2018.

7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para dar cumplimiento al Objetivo general, *“Determinar cómo las políticas públicas y la determinación social han impactado en el estado de salud de la población mexicana durante el periodo del año 1982 a 2018”*, se inició con la revisión de la Constitución

Políticas de los Estados Unidos Mexicanos, identificando en este documento, el artículo dónde se plantea a la salud como una garantía individual, esto es, como un derecho constitucional.

Posteriormente, se procedió a desarrollar cada uno de los objetivos específicos, partiendo de respuestas a cuestionamientos generados a partir de la conceptualización de cada categoría y sus respectivas subcategorías.

Para *“Describir las políticas públicas implementadas en México, durante el periodo del año 1982 al 2018”*, se elaboró un instrumento para la recolección de la información (anexo No. 1) a partir de las categorías centrales de análisis ubicadas en el estado del arte, asociadas a este primer objetivo específico (Política Pública, Política Social, Política Pública en Salud). En un primer momento, se obtuvieron las definiciones de cada categoría en diversas fuentes. En un segundo momento se rescataron los elementos conceptuales de cada definición, los cuales constituyeron una serie de subcategorías, de los cuales a su vez se obtuvieron sus respectivas definiciones. Así, las subcategorías obtenidas, surgieron de la definición de cada subcategoría. En un tercer momento las subcategorías mencionadas se definieron. En un cuarto momento, tanto las definiciones de las categorías como de las subcategorías permitieron desarrollar una serie de preguntas en torno a este Objetivo Específico, y al mismo tiempo ubicar las fuentes de consulta más adecuadas para su solución.

De esta manera, se llevó a cabo un recorrido sociopolítico apoyado en los Planes Nacionales de Desarrollo (PND), así como en como en sus respectivos Programas Nacionales de Salud (PNS) publicados entre el año 1982 y 2018, con el fin de observar las variaciones en la política pública implementadas en cada sexenio, los objetivos que tuvieron dichos cambios en cada periodo y el fundamento bajo el cual fueron implementadas, la revisión de la información se dividió de forma jerárquica para una recolección más ordenada y sistemática, en tres categorías; Política Pública Política Social y Política Pública en Salud.

Para desarrollar la concepción de Política Pública contenida en cada PND, se rescataron las definiciones de la primera categoría (Política Pública), así como las definiciones de cada subcategoría que surgió de ésta. Posteriormente se planteó una serie de preguntas, las cuales abarcaron los aspectos conceptuales (subcategorías de análisis) siguientes: “¿Bajo qué criterios se deciden las políticas públicas?” (decisión, acción), “¿Cuáles son los intereses que existieron en las políticas públicas implementadas?” (dimensión pública), “¿Cuáles fueron los criterios que existieron en las políticas públicas?” (soberanía y poder público), “¿Cuál fue la relación de las políticas públicas con el pacto social?” (carácter imperativo, sociedad) (anexo No.2).

En cuanto a la Política Social, de la misma manera, se tomaron como instrumentos de recolección los Planes Nacionales de Desarrollo del periodo en cuestión. Sobre cada uno de ellos se desarrollaron los siguientes cuestionamientos, los cuales abarcaron las diversas subcategorías que surgieron de la definición de Política Social: “¿Cuáles son los principales objetivos de la política social?” (convergencia, interés individual, interés común y sociedad); “¿De qué manera coinciden las políticas sociales con la construcción de una sociedad cohesionada y equitativa?” (sociedad cohesionada - integración social -, equidad) (anexo No. 3).

Por otra parte, para el desarrollo de la concepción de Política Pública en Salud que cada sexenio tuvo en cada sexenio, además de considerar el PND, se tomó como principal fuente el Programa Nacional de Salud (PNS). De igual forma, las preguntas fueron las siguientes: “¿Cuáles fueron los objetivos de la política en sanitaria?” y “¿Cuáles fueron las características de las políticas públicas en salud que se implementaron?”. La dimensión de la información recolectada se delimitó en función de las siguientes subcategorías: protección, salud pública, seguridad, integridad física y psíquica, atención primaria, salud pública, acción social, previsiones sanitarias, bienestar en salud, asistencia en salud y cobertura sanitaria (anexo No.4)

Para “*Caracterizar la determinación social de la población mexicana (a nivel nacional), durante el periodo del año 1982 al 2018*”, se llevó a cabo el mismo proceso de

instrumentación utilizada para el primer objetivo. Así, la categoría central para el desarrollo de este Objetivo Específico es la Determinación Social, cuya definición permitió recuperar los elementos conceptuales, entendidos como subcategorías (relaciones de poder, acumulación de capital, procesos salud-enfermedad, patrones de consumo, patrones de trabajo, formas culturales, formas de vida, clase social, género y etnia).

De acuerdo con ello, las fuentes de recolección inmediata fueron, el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Programa Nacional de salud (PNS), Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Organización panamericana de la Salud (OPS) y otros sitios de consulta complementarios que pudieron responder la siguiente pregunta: “¿*Cuáles son los principales factores sociales que determinaron la salud?*”. Así, el desarrollo de la búsqueda y recolección de información en las fuentes mencionadas (instrumentos de recolección) dio paso a una exploración sociohistórica sobre los principales elementos que determinaron las condiciones de vida de la población e ilustrar un panorama cronológico (sexenal) del desarrollo de la realidad sociocultural de la población mexicana, así como los factores sociales implícitos en dicha condición (anexo No.5).

Finalmente, para “*Mostrar el estado de salud de la población mexicana durante el periodo del año 1982 al 2018*”, se recuperó la definición de Salud; a través de ello surgieron las siguientes subcategorías: dialéctica, biológico, social, estructuras jerárquicas, subsunción, producción social, reproducción social. De acuerdo con la definición de las subcategorías mencionadas, se elaboraron los siguientes cuestionamientos: “¿*Cuáles son las principales causas de morbilidad en México?*” y “¿*Cuáles son las principales causas de mortalidad en México?*” “¿*Cuál ha es la esperanza de vida en México?*” (anexo No.6). Con base a dichos planteamientos, se ubicaron como fuentes de recolección principales los Planes Nacionales de Desarrollo y los Programas Nacionales de Salud emitido entre el año 1983 y el 2018, mismos que

permitieron ilustrar el panorama y el desarrollo histórico en salud que ha mostrado la población mexicana en torno al periodo de estudio.

Categorías de análisis

De igual forma, para el cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos se identificaron las categorías y subcategorías de análisis:

- a. Política pública
- b. Política social
- c. Política pública social en pública en salud
- d. Determinación social
- e. Salud

Instrumento recolector

El instrumento recolector (anexo No.7) se elaboró a partir de la conceptualización de las categorías de análisis. A raíz de dicha conceptualización, se identificó en la definición de cada categoría, una serie de elementos conceptuales que fueron recuperados para construir un orden de subcategorías, las cuales también fueron definidas para dimensionar el horizonte de cada objetivo específico.

Finalmente, a partir de dichas definiciones, se desarrollaron cuestionamientos dirigidos a cada uno de los objetivos específicos, lo cual permitió ilustrar la amplitud de búsqueda y recolección de información en cada una de las fuentes consultadas.

- a. Política pública

De la conceptualización de Política pública surgieron las siguientes subcategorías: decisión, acción, Estrategia, selección, alternativa, valores, dimensión pública, social, carácter imperativo, autoridad, legitimidad, soberana y poder público.

- b. Política social

Las subcategorías consideradas torno a la definición de Política Social fueron: sociedad cohesionada, equidad, convergencia, interés individual, interés común y sociedad.

c. Política pública en salud

Los elementos conceptuales que constituyeron la definición de Política pública en salud son: protección, salud pública, seguridad, integridad física y psíquica, atención primaria, salud pública, acción social, salud laboral, previsiones sanitarias, bienestar en salud, asistencia en salud y cobertura sanitaria.

d. Determinación social

En cuanto a las subcategorías que destacaron para ampliar la perspectiva del concepto de Determinación social, son: relaciones de poder, acumulación de capital, mientras que las formas culturales, las formas de vida, la clase social, género y etnia fueron consideradas a través de la dimensión académica, las carencias se servicios en la vivienda, acceso a servicios de salud, pobreza y poder adquisitivo.

e. Salud

La definición de Salud permitió recuperar las siguientes subcategorías: carga de morbilidad, carga de mortalidad y esperanza de vida.

Proceso de reflexión

Para cumplir cada uno de los Objetivos Específicos, y con ellos el Objetivo General, se identificó cada una de las categorías de análisis generales, y subcategorías correspondientes, mismas que permitieron dimensionar la amplitud del análisis. Así, en un primer momento, se sincronizaron las categorías de corte político bajo una lógica jerárquica en el siguiente orden: Políticas Públicas, Políticas Sociales y Políticas en Salud. Posteriormente, se estableció un punto de encuentro entre las categorías políticas, ya correlacionadas, con la de corte sociocultural, la categoría Determinación Social, utilizada para explicar el vínculo político y sociocultural con relación a la última categoría, estado de Salud.

De esta manera, fue posible establecer la asociación entre el panorama político, sociocultural y epidemiológico, acontecidos en la población mexicana durante el periodo de estudio, para después comparar la coincidencia entre los procesos explicativos ya mencionados, y las aportaciones consideradas en el marco teórico, como fueron, la configuración del habitus desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, la propuesta analítica de complejidad de Edgar Morin, y de manera a más amplia, la concepción de la determinación social de la salud, de Jaime Breilh

Aspectos éticos de la investigación

Al considerar las diferentes aportaciones internacionales y la legislación mexicana sobre la investigación, se concluyó que esta investigación no era necesario contar con el consentimiento informado por escrito toda vez que fue una investigación documental, sin embargo, se darán todos los derechos de autor a cada uno de los datos obtenidos de las fuentes oficiales.

Presentación de los resultados

Para la presentación de los resultados se reflexionó en torno a cada una de las categorías y se presentaron organizados en torno a ellas en forma de prosa.

8. RESULTADOS

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

8.1. PUBLICACIONES

a. **Diotima, Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria**

- **Estatus:** publicado
- **Título:** “Dos modelos explicativos para entender y atender las desigualdades sociales y en salud”
- **Fecha:** Octubre del 2020
- **Fuente:** <http://revista-diotima.org/documentos/02%20Dos%20modelos%20explicativos%20para%20entender%20y%20atender%20las%20desigualdades%20sociales%20y%20en%20salud.pdf>

**DIOTIMA, REVISTA
CIENTÍFICA DE
ESTUDIOS
TRANSDISCIPLINARIA**



Volumen 5 Número 15
septiembre-diciembre
ISSN 2448-5497.

Resumen

Introducción: A partir de la segunda mitad de la década del siglo XX, la Medicina Social Latinoamericana, así como la Salud Colectiva, desarrollaron la teoría de la Determinación Social en la región latinoamericana como alternativas para explicar la salud y atender las desigualdades sociales y en salud, desde una perspectiva social. Mientras que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, creada en 2005 por la OMS para explicar y atender las desigualdades sociales y en salud, parte de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, la cual, aunque considera factores sociales y biológicos, ambos son categorizados como factores de riesgo. Aunque ambas perspectivas buscan mitigar las desigualdades sociales en salud, difieren en la conceptualización de la salud, en las formas de explicar el proceso salud-enfermedad, así como en las propuestas de intervención.

Objetivo: Analizar los contrastes que existen entre las propuestas explicativas y de atención a las desigualdades en salud, entre la perspectiva de la Determinación Social y los Determinantes Sociales de la Salud, a partir de la producción científica entre 2000 y 2019.

Método e instrumento: Se realizó una revisión de artículos científicos publicados en los repositorios Redalyc y Scielo, entre el año 2000 y 2019. Los descriptores fueron: Medicina Social Latinoamericana (MSL), Salud Colectiva (SC), Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), desigualdades en salud, proceso salud enfermedad, y salud. De los documentos recolectados fueron seleccionados un total de 24.

Resultados: De los artículos recolectados, 15 se desarrollan en torno a la perspectiva de la Determinación Social, los cual sustentan que la salud es una expresión de una relación dialéctica de dependencia de lo biológico con respecto a los factores sociales y a su contexto histórico. Mientras que la propuesta en atención a las desigualdades sociales y en salud consisten en reorientar las estructuras políticas y económicas, que

configuran formas culturales socialmente desiguales, expresadas en estilos de vida y por tanto en estados de salud diferenciados. Mientras que los 9 restantes, son desarrollados en torno a la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales explican la salud como una suma de factores biológicos y sociales. Mientras que su propuesta, para reducir las inequidades sociales en salud y la exposición a factores de riesgo, es a través de la implementación de políticas públicas intersectoriales.

Conclusiones: Explicar la salud a partir de la determinación social, cobra relevancia porque el origen de las enfermedades contemporáneas con mayor carga tienen un carácter social, y como tal es posible explicar el proceso de dicho fenómeno a partir de categorías sociales, además de su capacidad para dar cuenta del impacto que tienen las estructuras políticas y económicas en la realidad sociocultural, es decir, como elementos que producen y reproducen los estilos de vida, hábitos de consumo y prácticas sociales que determinan las desigualdades sociales y en salud.

Palabras clave: Determinación Social de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Políticas públicas en salud, desigualdades en salud.

b. Memorias: III Jornada Nacional de Investigación en Salud. Durango 2020.

- **Estatus:** Publicado
- **Título:** “Devenir histórico de la determinación social de la salud de la población mexicana y sus efectos frente a la pandemia por covid-19”
- **Fecha:** Febrero del 2021
- **Fuente:** <https://drive.google.com/file/d/1d-nD0fspjAnbpJtB7GtIAm3wt4P5Lft/view>



Resumen

Antecedentes: Desde la perspectiva de la determinación social, la salud es abordada como “un proceso histórico (...) y multi-dimensional que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, (...) sometido a su vez a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura” (Casallas, 2017:404). En este sentido, para comprender la determinación social de la salud de la población mexicana y su vínculo con la vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid 19, se desarrolló un recorrido socio histórico que abordó la escolaridad, considerada como elemento para instrumentar de saberes y habilidades, tanto para el auto cuidado, como para la cualificación al insertarse al campo laboral; condición asociada a la cuestión salarial (poder adquisitivo), es decir, factor que determina el acceso a medios de subsistencia, servicios de la vivienda y de salud.

Objetivo: Caracterizar la determinación social de la salud de la población mexicana (a nivel nacional), durante el periodo 1980 - 2018, y su vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid-19.

Materiales y métodos: Se desarrolló un análisis histórico con perspectiva cuali-cuantitativa, retrospectiva y transversal. Para ello se privilegiaron fuentes secundarias y oficiales, así como artículos científicos y periodísticos que abordaron el periodo de estudio.

Resultados: Entre el año 1980 y 2018, la media nacional de escolaridad de la población mexicana pasó de 4.6 a 9.5 años (DGPPEE, 2019:46; INEE, 2017:124). No obstante, en 2018 los estados con mayor rezago educativo fueron, Chiapas (29.2%) y Oaxaca (27.1%) (Coneval, 2020). Así mismo, la población con algún tipo de carencia en el acceso a servicios de vivienda pasó del 51% al 19.7%, aunque los estados con mayores carencias en 2018 fueron, Oaxaca (58.3%) y Chiapas (57.1%) (DOF, 1984:9; CONEVAL, 2020). Por otro lado, la población sin acceso efectivo a servicios de salud disminuyó del 52% al 16.2%. Sin embargo, hasta 2018, entre los estados con mayores carencias de afiliación se encontraron, Chiapas (18%) y Oaxaca (17%) (DOF, 1994:10; INEGI, 2020). En contraste, el poder adquisitivo del salario, en este mismo periodo, disminuyó el 61.67% (Botello, 2020), aunque las entidades con mayor proporción de pobreza en 2018 fueron, Chiapas (94%) y Oaxaca (91.5%) (Coneval, 2020). Todos los indicadores señalados coinciden con la tendencia de letalidad por Covid 19 hasta agosto de 2020. En los 427 municipios más pobres de México, se registró una letalidad por contagio de Covid-19 del 14.1%, mientras que, en las 54 alcaldías más prósperas, solo el 8.1% (Reza, 2020).

Conclusión: Entre 1980 y 2018, se observó un progreso a nivel nacional en materia de escolaridad, acceso a servicios de vivienda y de salud, aunque no en el poder adquisitivo. No obstante, la distribución asimétrica de estas formas de determinación social, entendidas como fuentes de bienestar, configuraron estilos y calidad de vida diferenciados entre las regiones del país. Esta situación, en el contexto de la pandemia por Covid-19, ha ampliado las brechas de letalidad por contagio entre las entidades de la república mexicana.



Palabras Clave: Determinación social, desigualdad social, Covid-19.

c. Revista Salud Colectiva

- **Estatus:** Enviado
- **Título:** “Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI”
- **Fecha:** 14 de mayo del 2021

[SC] Confirmación de recepción Recibidos x  

Salud Colectiva <saludcolectiva@unla.edu.ar>
 para mí ▾

13:14 (hace 4 minutos)   

SALUD COLECTIVA
Revista científica de acceso abierto
Óscar Piñón:

Confirmamos la recepción de su artículo "Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI" presentado a la revista científica *Salud Colectiva*.

Es importante tener en cuenta que en la preevaluación se privilegia dar una respuesta rápida para que los trabajos no queden atascados en procesos que impidan su circulación. Si el artículo no es aceptado en esta etapa inicial, las y los autores serán notificados, y tal como es práctica habitual en otras revistas del área, no se emitirá un parecer, ni se detallarán las razones específicas del rechazo en la preevaluación.

La no aceptación del artículo en preevaluación no implica necesariamente que los artículos presenten inconsistencias o que el abordaje no sea de interés de la revista, sino que puede estar relacionada con muchas otras variables como, por ejemplo, que ya se hayan recibido muchos trabajos sobre la misma temática y que, para ampliar

Resumen

Introducción: La noción de vanguardia alude a una tendencia de posturas de choque y ruptura con el statu quo, es decir, nuevas formas de concepción. De esa manera, la salud colectiva, aparecen en la historia de América Latina como una corriente social constructivista, basada en nuevas concepciones teóricas, éticas, y políticas en torno a la salud, sujetas a los derechos humanos, a un carácter democrático y antineoliberal, frente a la política sanitaria hegemónica, fundamentada en principios funcionalistas, mercantilistas y neoliberales.

Objetivo: analizar la postura teórica, ética y política de la Salud Colectiva frente al modelo hegemónico de salud, en la producción científica en y entre el año 2000 2019.

Método: Se realizó una revisión de artículos científicos publicados en los repositorios Redalyc y Scielo, UABS, MEDICC y UDEA, entre el año 2000 y 2019. Los descriptores fueron: Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva, Derechos humanos y Política en salud. De los documentos recolectados fueron seleccionados un total de 20.

Resultados: De los 20 artículos consultados, todos realizados en América Latina, siete señalan que la Salud Colectiva, fundamentada en el Materialismo histórico, sustenta que la salud de la sociedad es una expresión de la relación dialéctica, en la que lo biológico depende de los factores sociales y su contexto histórico, de ahí el análisis de la vulnerabilidad diferencial y su génesis, y no a una simple suma de factores de riesgo (biológicos y sociales) a los que cada sujeto tiene la probabilidad de estar expuesto, sin contexto y sin historia, como señala el modelo hegemónico. Otros 3 artículos, analizan desde una perspectiva ética, las desigualdades e inequidades sociales, especialmente de género, etnia y clase social, que limitan la autonomía, las posibilidades de autocuidado y el acceso a los servicios sanitarios. Así, se rechaza la concepción hegemónica, basada en el entendido de una supuesta libertad bajo la cual los individuos se desarrollan decidiendo libremente sobre su salud, sin dar cuenta de los aspectos éticos en torno a las desigualdades sociales y los derechos a la salud. Finalmente, 10 artículos señalan la importancia de revertir el modelo salubrista hegemónico que ha delineado el neoliberalismo al margen de la mercantilización de la salud, ya que tiende a mermar la presencia de la salud como un derecho en la agenda pública, además de acentuar cualquier desequilibrio que se intente corregir, especialmente los aspectos asociados a las fuentes de bienestar social y a los derechos humanos.

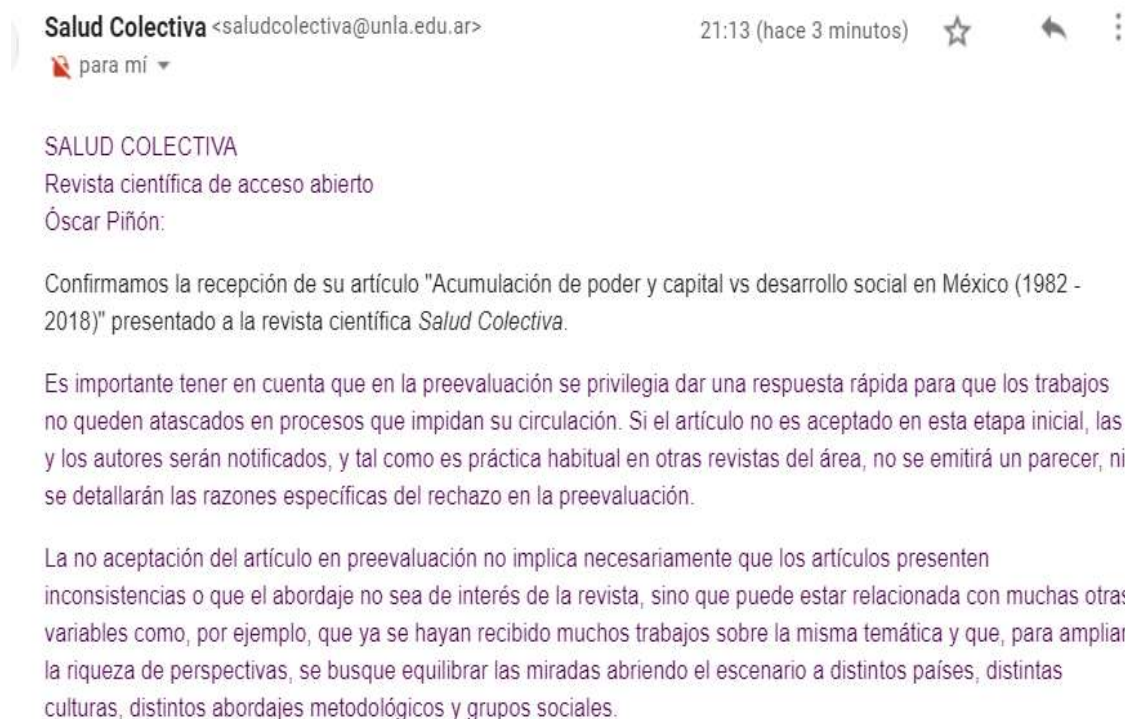
Conclusión: La producción científica permite reconocer la salud como producto de las transformaciones ideológicas, éticas y políticas. De esta manera, la génesis de la salud radica en la construcción sociohistórica de las condiciones sociales y materiales que determina los estilos de vida, mientras que los principales aspectos éticos radican en concebir las desigualdades e inequidades sociales, como producto de la contradicción

entre los intereses a los que responde la política y el bienestar social. De ahí la propuesta de instaurar una política en salud basada en la justicia social.

Palabras clave: Determinación social; Desigualdad en salud; Bioética; Política sanitaria.

d. Revista Salud Colectiva

- **Estatus:** Enviado
- **Título:** “Acumulación de poder y capital vs desarrollo social en México (1982 - 2018)”
- **Fecha:** 14 de mayo del 2021



Resumen

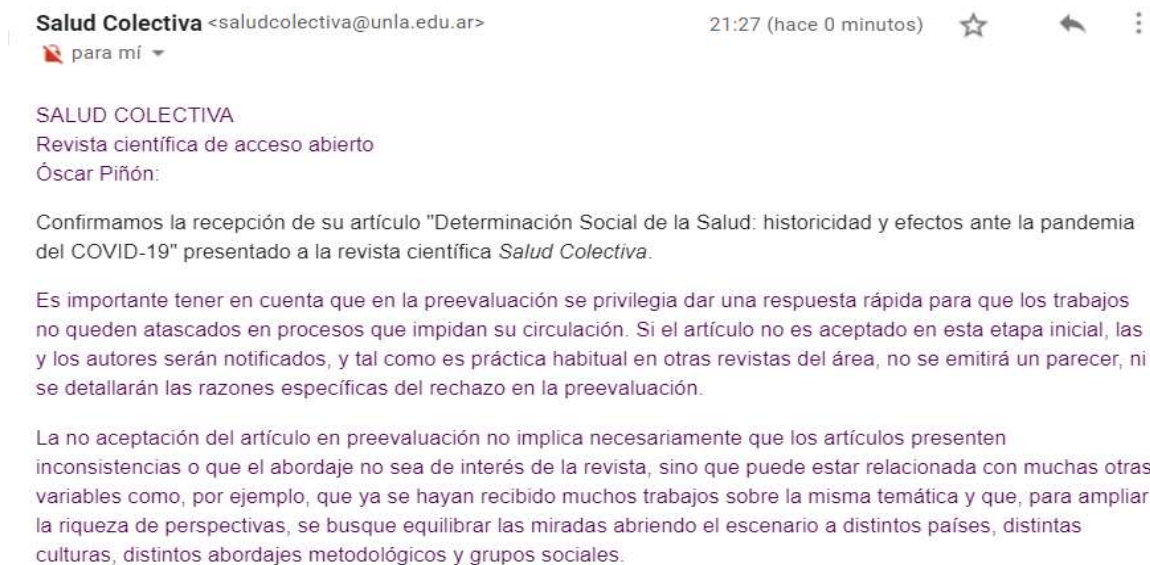
El objetivo de esta investigación se enfoca en el proceso de acumulación de poder y capital derivado de la adopción del modelo neoliberal en México, y sus implicaciones en el desarrollo socioeconómico de la población mexicana entre 1982 y 2018. El método consistió en un análisis documental, retrospectivo y cualitativo, a payado tanto

por los Planes Nacionales de Desarrollo y los Programas Nacionales de Salud emitidos entre 1982 y 2018, así como de informes emitidos por CONEVAL e INEGI, además de artículos científicos y periodísticos emitidos en el mismo periodo. Resultados: A partir de la adopción del modelo neoliberal como estrategia política para la recuperación económica se incluyó al sector privado en la política económica nacional, lo que dio paso al adelgazamiento de la intervención estatal, y a una nueva etapa de acumulación de capital que mermó el desarrollo social y económico de la población mexicana.

Palabras clave: Acumulación de poder; Acumulación de capital; Desigualdades sociales; Vulnerabilidad Social.

e. Revista Salud Colectiva

- **Estatus:** Enviado
- **Título:** “Determinación Social de la Salud: historicidad y efectos ante la pandemia del COVID-19”
- **Fecha:** 14 de mayo del 2021
-



Resumen

Antecedentes: Desde la perspectiva de la determinación social, la salud es abordada como “un proceso histórico (...) y multidimensional que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, (...) sometido a su vez a las relaciones productivas y

sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura” ⁽⁶⁾. En este sentido, para comprender la determinación social de la salud de la población mexicana y su vínculo con la vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid 19, se desarrolló un recorrido socio histórico que abordó la escolaridad, considerada como elemento para instrumentar de saberes y habilidades, tanto para el auto cuidado, como para la cualificación al insertarse al campo laboral; condición asociada a la cuestión salarial (poder adquisitivo), es decir, factor que determina el acceso a medios de subsistencia, servicios de la vivienda y de salud.

Objetivo: Caracterizar la determinación social de la salud de la población mexicana (a nivel nacional), durante el periodo 1980 - 2018, y su vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid 19.

Materiales y métodos: Se desarrolló un análisis histórico con perspectiva cuali-cuantitativa, retrospectiva y transversal. Para ello se privilegiaron fuentes secundarias y oficiales, así como artículos científicos y periodísticos que abordaron el periodo de estudio.

Resultados: Entre el año 1980 y 2018, la media nacional de escolaridad de la población mexicana pasó de 4.6 a 9.5 años (19,28). No obstante, en 2018 los estados con mayor rezago educativo fueron, Chiapas (29.2%) y Oaxaca (27.1%) (9). Así mismo, la población con algún tipo de carencia en el acceso a servicios de vivienda pasó del 51% al 19.7%, aunque los estados con mayores carencias en 2018 fueron, Oaxaca (58.3%) y Chiapas (57.1%)(9). Por otro lado, la población sin acceso efectivo a servicios de salud disminuyó del 52% al 16.2%. Sin embargo, hasta 2018, entre los estados con mayores carencias de afiliación se encontraron, Chiapas (18%) y Oaxaca (17%)(9). En contraste, el poder adquisitivo del salario, en este mismo periodo, disminuyó el 61.67% (1), aunque las entidades con mayor proporción de pobreza en 2018 fueron, Chiapas (94%) y Oaxaca (91.5%)(9). Todos los indicadores señalados coinciden con la tendencia de letalidad por Covid 19 hasta agosto de 2020. En los 427

municipios más pobres de México, se registró una letalidad por contagio de Covid-19 del 14.1%, mientras que, en las 54 alcaldías más prósperas, solo el 8.1%(48).

Conclusión: Entre 1980 y 2018, se observó un progreso a nivel nacional en materia de escolaridad, acceso a servicios de vivienda y de salud, aunque no en el poder adquisitivo. No obstante, la distribución asimétrica de estas formas de determinación social, entendidas como fuentes de bienestar, configuraron estilos y calidad de vida diferenciados entre las regiones del país. Esta situación, en el contexto de la pandemia por Covid-19, ha ampliado las brechas de letalidad por contagio entre las entidades de la república mexicana.

Palabras Clave: Determinación social, desigualdad social, Covid-19.

8.2. PONENCIAS

a. II Simposium Internacional en Salud Intercultural y I Congreso Internacional en Sociología de la Salud

- **Título:** “Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI”
- **Fecha:** Febrero del 2020



b. II Simposium Internacional en Salud Intercultural y I Congreso Internacional en Sociología de la Salud

- **Título:** “Devenir histórico de la determinación social de la salud de la población mexicana y sus efectos frente a la pandemia por Covid-19”
- **Fecha:** 12 de noviembre del 2020



c. I Congreso Internacional en Salud Colectiva : “Pandemia Covid-19”

- **Título:** “Vanguardia contrahegemónica en salud en el siglo XXI”
- **Fecha:** 27 de noviembre del 2020



d. I Congreso Internacional en Salud Colectiva : “Pandemia Covid-19”

- **Título:** “Devenir histórico de la determinación social de la salud de la población mexicana y sus efectos frente a la pandemia por Covid-19”
- **Fecha:** 28 de noviembre del 2020



9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con los dictados de la propuesta neoliberal, el Estado abandonó sus responsabilidades, a partir de la reducción del gasto público y a partir de la privatización de las empresas estatales, y de apertura comercial, esperando que ellos generasen más oferta de trabajo y mayores salarios. De esa manera, la despresupuestación del gasto público no tendría impactos negativos en la población pues esta tendría abundante trabajo y mayores salarios para mejorar por si mismos sus respectivas condiciones de vida. Sin embargo, la apertura comercial no representó ningún progreso en los salarios ni en las condiciones de vida de la población mexicana, sino todo lo contrario, pues a partir de la consolidación de la apertura comercial, con la firma del Tratado de Libre Comercio, muchas de las empresas mexicanas quebraron ante la competencia asimétrica que representaron las empresas extranjeras, mientras que por otro lado, si el motor del crecimiento económico tuvo como eje la oferta laboral, tras la adhesión de México al Consenso de Washington, el modelo keynesiano que impulsaba la creación de empleos, fue sustituido por un modelo de desempleo enfocado a desacelerar la inflación. En ese sentido, otra contradicción de raíz surgió con la búsqueda del fomento del sector privado en función del bienestar social, ya que, bajo la lógica neoliberal, el fomento del sector privado adelgazó al Estado, y este a su vez, redujo el gasto público que llevó a mermar las intervenciones enfocadas al bienestar social, es decir, el carácter focalizador y las medidas asistencialistas de los programas sociales, instrumentados al margen del neoliberalismo,

Por otro lado, si bien, se consideró en los programas sociales la integralidad, los recursos no fueron suficientes, ni en términos de cobertura, ni en términos de calidad, puesto que si los programas buscaron a través del componente alimentario, sanitario y educativo formar capital humano sano y preparado para desarrollar capacidades y habilidades, considerando que al insertarse en el campo laboral podrían contar con mayores dividendos salariales, al cabo de los sexenios no existió la oferta laboral que estos llegaron a demandar. Es decir, los programas sociales no representaron una real

inclusión social, sino una administración de la pobreza pues, aunque la escolaridad de la media nacional pasó de 4.6 años a 9.5 años entre 1980 y el año 2018, se observaron amplias brechas entre entidades hasta el año 2018, como Chiapas (7.7 años), Oaxaca (7.9 años), Veracruz (8.5 años) y Guerrero (8.1 años), con relación a Baja California Sur (10.2 años), Sonora (10.3 años), Nuevo León (10.5 años) y CDMX (11.4 años) (SEP, 2019:46).

Dicha situación vinculada al desarrollo de saberes y habilidades expresadas en el campo laboral y reflejadas en forma de salario y poder adquisitivo, coincidió con las brechas de población pobre, entre los estados con mayor y menor escolaridad entre los que destacaron, Guerrero, Chiapas y Oaxaca con 94%, 92% y 91% de población pobre, en contraste con Nuevo León con 55% (CONEVAL, 2020). Cabe agregar que el ingreso observado en las familias del decil más próspero fue hasta de 27 veces mayor con relación al ingreso de las familias del decil más pobre entre 1982 y el año 2018 (Cortés, 2013:19; INEGI, 2019:17), lo cual se expresó en una amplia desigualdad en torno al acceso a bienes y servicios asociados a la salud, pues con base a los parámetros de pobreza multidimensional, durante el periodo de estudio, más del 50% de la población no contó con capacidades económicas para acceder a una vivienda digna y saludable, del cual el 20% no cubrió siquiera el costo para acceder a una canasta básica (Székely, 2005:294; CONEVAL, 2018). De hecho, las desigualdades económicas ampliaron la brecha en torno a la proporción de población con carencias por acceso a servicios de vivienda entre estados pobres y ricos, pues hasta 2018 la población de Chiapas, Guerrero y Oaxaca con este tipo de carencia fue 24 veces mayor que en entidades como Nuevo León, el estado con menor proporción de pobres hasta 2018 (CONEVAL, 2020). Tal fue el caso, que prácticamente la proporción de población pobre entre 1982 y 2018 fue la misma, y aún más, lo realmente preocupante, radicó en que la población pobre extrema fue mayor en 2018, en comparación con la de 1982, aun considerando que fue un año de crisis económica (Székely, 2005:294; CONEVAL, 2018). Así entonces, ni el fomento de la iniciativa privada, ni el Estado fueron alternativas para superar la condición de pobreza, que padeció más de la mitad de la población mexicana, entre 1982 y el año 2018, prácticamente.

Por su parte, aun con la despresupuestación de la política sanitaria como uno de los sectores sociales, y entendida como elemento de la determinación social de la salud, se decretó en 1983 el derecho a la salud (DOF, 1983a:1), y al año siguiente (1984) la modificación a la Ley General de Salud dio paso a la descentralización del sector sanitario (LGS, 1984:24), lo que implicó una brecha aún mayor en materia de salud entre regiones, pues los estados más pobres vieron mermar el acceso y la calidad de los servicios de salud recibidos con respecto a los estados más ricos, situación que se observó hasta el año 2018 en materia de presupuesto (Brachet, 2004:26).

Posteriormente tras la crisis de diciembre de 1994 el gobierno mexicano realizó un nuevo recorte al presupuesto sanitario (del 30%) lo que condujo a la instrumentación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el cual solo incluyó 12 intervenciones, las que tuvieran mayor impacto en la población. Dicho programa, consistió en un paquete básico de servicios esenciales en respuesta a las necesidades prioritarias de la población (SSA,1995:10). Posteriormente, la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tuvo una fase inicial que consistió en el desarrollo de un plan piloto en 5 estados del país, desde febrero de 2002 y hasta 2003, con el nombre de Seguro Popular de Salud (SPS) (Contreras, 2011:21). El proyecto radicó en garantizar “la atención médica de primer y segundo nivel, los medicamentos, los estudios de laboratorio y las cirugías de las enfermedades agudas más comunes. Así, a finales de año 2003 se llevó a cabo la modificación a la Ley General de Salud (LGS, 2003:19) misma que por un lado dio paso a la implementación del SPSS como política nacional, mientras que por otro lado, aunque el Estado continuó reconociéndose como garante del acceso a dichos servicios para la población abierta, este dejó de figurar en la prestación de los servicios, para limitarse a financiarlos a través de subsidios, no obstante también se inscribió el concepto de federalismo cooperativo, noción que consistió en corresponsabilizar del coste de los servicios médicos otorgados a la federación, la entidad y al usuario, aun considerando que la población objetivo fue la más pobre.

Al margen del contexto señalado, las enfermedades respiratorias y diarreicas se mantuvieron ubicadas en el primero y segundo lugar, respectivamente entre 1984 y 2018, representando el 79.99% de las 20 principales enfermedades en 1984 y el 68.88% en 2018 (SSA, 2020a). No obstante, pese a su marcada incidencia, su impacto en la carga de mortalidad tuvo una tendencia descendente entre 1982 y el año 2000, la cual se mantuvo más o menos estable hasta el año 2018 como se puede observar en la tabla No.35 (CONAPO, 2018; SSA, 2020). Cabe señalar que tanto las enfermedades respiratorias y diarreicas, coincidieron en importante medida, principalmente con carencias en materia alimentaria y condiciones insalubres en la vivienda a causa de la carencia de servicios básicos, como agua entubada y drenaje.

En contraste, el acelerado crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas, como el sobrepeso y la obesidad, que tan solo hasta el año 2006 mantuvo una prevalencia del 66.9% y para el año 2018 aumento al 72.5%, (SSA, 2012a:178-179; SSA, 2018a:41), lo cual respondió en importante medida a la pobreza alimentaria, pero no ya por la ausencia de alimentos, sino por el alto grado de calorías que ofrecieron las opciones más económicas de alimentación, en la mayoría de los casos (Dávila, 2014). No obstante, aunque el sobrepeso y la obesidad no representaron una carga de mortalidad directa, sus complicaciones incidieron en la creciente tendencia de enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial, responsables de la primera y segunda causa de muerte a partir del año 2006 (SSA, 2020, CONAPO, 2018).

Por otro lado, como parte de la transición epidemiológica, las muertes a nivel nacional a causa de enfermedades infectocontagiosas, diarrea, neumonía e influenza, disminuyeron del 25% en 1982 al 3% aproximadamente en el año 2000, y se mantuvieron así hasta el año 2018 (SSA, 2020). No obstante, la carga de mortalidad por infecciones intestinales, anemias y desnutrición, coincidió con el grado de desarrollo social observado en cada una de las entidades. Es decir, los estados con mayor rezago, históricamente observado en los capítulos anteriores, tanto en materia de escolaridad, acceso a servicios de salud y vivienda, así como con mayor proporción

de pobreza (CONEVAL, 2020) fueron aquellos con la mayor carga de mortalidad: Estado de México, Oaxaca, Chiapas, Puebla y Veracruz. Por su parte, con relación a las neumonías e influencias, que además de registrar altos índices en esos estados, también figuraron las principales ciudades del país como Monterrey, Guadalajara y Ciudad de México que, a diferencia, históricamente registraron un alto desarrollo económico y social, aunque en su caso la alta contaminación, producto del grado de su desarrollo industrial podría suponer dicha situación (CONAPO, 2018; SSA, 2020).

Por otro lado, los índices de mortalidad a causa de enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del corazón y cerebrovasculares, respondieron a una lógica de mayor complejidad, puesto que los índices de mortalidad no coincidieron ni a un orden de factores, ni a una relevancia concreta. En ese sentido, entre el Estado de México y Ciudad de México el índice de mortalidad fue similar, aunque, existieron marcados contrastes en materia de accesibilidad a servicios de salud, carencias por acceso a servicios de vivienda, escolaridad y económicos, no obstante, la vecindad implicó relevantes factores, como el de compartir diversas dinámicas en materia de hábitos sociales y de consumo, sin embargo, el tercer estado con mayor mortalidad fue Veracruz, el cual no compartió la condición de vecindad. Así mismo, estados que compartieron prácticamente los niveles más altos de pobreza a nivel nacional, como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, prácticamente coincidieron con la media nacional en términos de mortalidad (SSA, 2020; CONAPO, 2018). He ahí la relación compleja entre factores como el nivel educativo, el poder adquisitivo, el grado de concientización, las decisiones informadas, el nivel educativo, el entorno rural o urbano, el nivel de sedentarismo desarrollado a partir de las dinámicas y estilos de vida, así como la notable ausencia de políticas enfocadas al fomento de la promoción de la salud, y el grado de eficiencia de los programas sociales, que engendraron la determinación social del índice de mortalidad diferencial entre los estados (Dávila, 2014).

La esperanza de vida de los mexicanos aumentó de 67.69 años a 75 años entre 1982 y el año 2018, es decir 7.31 años, no obstante, la ganancia de los primeros 7 años, fue

entre 1982 y el año 2000. Así mismo, se observó una esperanza de vida en las mujeres, mayor a 6 años con relación a la de los hombres, de manera constante durante todo el periodo (CONAPO, 2018). Por su parte, la esperanza de vida a nivel regional registró una brecha de 6 años:

- 70 años: Quintana Roo y Ciudad de México.
- 69 años: Chiapas y Aguascalientes.
- 68 años: Edo.Méx, Jalisco, Nuevo León, Baja California, Querétaro, Coahuila, Chihuahua, Colima, y Sonora.
- 67 años: Baja California Sur, Campeche, Morelos, Tabasco, Durango, Guanajuato, Nayarit, Tamaulipas y Zacatecas.
- 66 años: Michoacán, Sinaloa, San Luis Potosí, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Guerrero.
- 65 años: Hidalgo y Yucatán.
- 64 años: Oaxaca (CONAPO, 2018).

Posteriormente, hacia el año 2018, se redujo la brecha de la esperanza de vida entre las entidades a 4 años. No obstante, para ello, hubo entidades que tuvieron una ganancia hasta de 9 años entre 1982 y 2018, mientras que otros solo tuvieron una ganancia de 4 años. Cabe señalar que casi todos los estados con mayor esperanza de vida en 1986 fueron los que menos años de ganancia tuvieron. Así entonces, la evolución en la esperanza de vida en los estados se observó en el año 2018 de la siguiente manera:

- 76 años: Ciudad de México.
- 75 años: Quintana Roo, Aguascalientes, Edo. México, Jalisco, Nuevo León, Baja California, Querétaro, Coahuila, Chihuahua, Colima, Sonora, Baja California Sur, Morelos, Guanajuato, Nayarit, Tamaulipas y Tlaxcala.
- 74 años: Chiapas, Campeche, Tabasco, Durango, Zacatecas, Michoacán, Sinaloa, San Luis Potosí, Puebla, Veracruz, Hidalgo y Yucatán.
- 73 años: Guerrero y Oaxaca (CONAPO, 2018).

Así entonces, con base a dicha evolución, aunque Sinaloa, Veracruz, Guerrero, Hidalgo, Yucatán y Oaxaca, fueron los estados que tuvieron ganancias entre 8 y 9 años en materia de esperanza de vida, fueron a su vez, también los estados con la esperanza de vida más baja (CONAPO, 2018).

Desde la perspectiva de Bourdieu, los alcances del desarrollo estructural en materia económica y en materia política, no representaron en ningún momento la posibilidad de dotar de un capital económico o cultural para ser interiorizados como elementos estructurantes del desarrollo integral de la población en forma de habitus, a fin de que pudieran reestructurar su realidad social, es decir, como medios de emancipación, y reivindicación para más del 50% de la población mexicana durante el periodo de estudio. Así, de acuerdo con Breilh, los ajustes estructurales representaron la génesis de las condiciones para la producción y reproducción, tanto de riqueza por parte de las elites empresariales, como de pobreza de la población mexicana. Así, la reducción del gasto público, el adelgazamiento estatal e insuficiencia e ineficacia de las políticas públicas, representaron cierta complejidad en su integralidad para producir y reproducir el funcionamiento excluyente del orden neoliberal.

Por su parte el asistencialismo y la focalización de la atención de los programas sociales, al menos en materia de salud, alimentación y educación, no representaron ninguna distribución de capitales a la altura de las necesidades, por consecuencia fueron incapaces de dotar a la población objetivo de capitales que estructuraran un habitus capaz de reestructurar su realidad social, es decir la posibilidad de desarrollar disposiciones (saberes y habilidades) para obtener mejores salarios, mismos que a la postre pudieron aperturar el acceso a otros capitales y reubicar su posición en la escala social, cultural, económica y política.

Con todo esto, las condiciones de vida delineadas al margen del habitus, producido y reproducido por las carencias sociales, no le permitió a la población más vulnerable incidir en la realidad social, sino atender los dictados que la lógica neoliberal impuso,

sea desde las políticas sociales marginales o desde el aumento de la plusvalía, expresado en la ampliación paulatina observada entre el incremento salarial y la productividad. En este sentido, la estructura social y su lógica neoliberal, económica y política, determinaron la realidad cultural de más del 50% de la población, es decir, un habitus diferenciado a través de la distribución diversificada de capitales (culturales y económicos) a los que tuvieron acceso (en calidad y en cantidad), determinando así, sus respectivas formas de producir y consumir bienes y servicios (sean alimentos, servicios médicos o de vivienda). Así entonces, a través de los estilos de vida, expresados en la pobreza multidimensional o compleja, fue que se reconoció la determinación social de la vulnerabilidad de la población mexicana, razón que le llevó a enfermar y morir de manera diferencial, al menos en términos de estrato socioeconómico y de etnia.

10. CONCLUSIONES

El declive del Estado benefactor, fundamentado en la tradición posrevolucionaria y vinculado a los dictados de la Constitución de 1917, culminó con el abandono de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales, salvo los mínimos de bienestar para los más pobres, a través de las reformas estructurales, de las cuales devino la despresupuestación y la implementación de la atención focalizada de los sectores contemplados en la política social. He ahí que los alcances de la intervención asistencialista no lograron reparar la vulnerabilidad o pobreza multidimensional observada en más del 50% de la población mexicana durante el periodo de estudio.

Por su parte, el impacto de la política sanitaria iniciada en 1983 con el proceso de descentralización llevó a ampliar las brechas tanto de calidad como de acceso a los servicios de salud entre entidades pobres y ricas. Mientras que derivado de la despresupuestación general de los sectores sociales, el gobierno mexicano instrumentó reducidos paquetes de atención, como fue el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), integrado por 12 intervenciones, en su mayoría de carácter remedial y dirigido a la población abierta, que entre 1982 y el año 2000 fluctuó en el 50% de la población. Mientras que desde inicios del nuevo siglo y hasta el año 2018, la implementación del programa piloto Seguro Popular, el cual dio paso al Seguro de Protección Social en Salud (SPSS) como política nacional, dirigido a los más pobres, incrementó el número de intervenciones (de 78 a 294), mismo que a través de un acelerado proceso de afiliación redujo la población sin acceso a servicios de salud al 16%. Es decir, el derecho del acceso a la salud decretado desde 1983 no se garantizó para este porcentaje de población. Además, los afiliados al SPSS solo recibieron una quinta parte de los servicios otorgados a los derechohabientes de los institutos de seguridad social, reduciendo así la concepción de cobertura universal a limitados parámetros de suficiencia o mínimos aceptables. Cabe agregar que, durante la vigencia del SPSS, el gobierno mexicano dejó de otorgar los servicios médicos, y se limitó a financiarlos, pero no en su totalidad, sino bajo la concepción de un federalismo cooperativo, basado en la corresponsabilidad del coste de los servicios médicos tanto por parte de la federación, las entidades y los usuarios del SPSS.

En cuanto al impacto de la Determinación Social en la salud de los mexicanos, destacaron elementos como fueron, la escolaridad, que sí bien la media nacional pasó de 4.6 años a 9.5 años de escolaridad entre 1980 y el año 2018, se observaron amplias brechas entre entidades como Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Guerrero, con relación a Baja California Sur, Sonora, Nuevo León y CDMX. Dicha situación vinculada a la capacidad de autocuidado, como al desarrollo de saberes y habilidades expresadas en el campo laboral y reflejadas en forma de salario y poder adquisitivo, coincidió con las brechas de población pobre, entre los estados con mayor y menor escolaridad.

Cabe agregar que el ingreso observado en las familias del decil más próspero fue hasta de 27 veces mayor con relación al ingreso de las familias del decil más pobre entre 1982 y el año 2018, lo cual se expresó en una amplia desigualdad en torno al acceso a bienes y servicios asociados a la salud, desde la capacidad económica para cubrir el costo de la canasta básica, hasta el acceso a viviendas dignas y saludables. De hecho, las desigualdades económicas ampliaron la brecha en torno a la proporción de población con carencias por acceso a servicios de vivienda entre estados pobres y ricos, pues hasta 2018 la población de Chiapas, Guerrero y Oaxaca con este tipo de carencia fue 24 veces mayor que en entidades como Nuevo León, el estado con menor proporción de pobres hasta 2018.

La relevancia que tuvieron dichas formas de determinación social radicó en la construcción social de los perfiles epidemiológicos, por la exposición a los riesgos sanitarios que engendró la vulnerabilidad social. Tal fue el caso que las entidades con menos años de escolaridad, con mayor población pobre y mayor población con carencias por acceso a servicios de salud y de vivienda fueron aquellas con mayor carga de morbilidad y mortalidad a causa de problemas de desnutrición y anemias, así como de infecciones intestinales y neumonías. Mientras el desproporcionado crecimiento de enfermedades crónicas a nivel nacional respondió a la ausencia generalizada de políticas sociales y sanitarias eficaces, no por la falta de intersectorialidad, sino por la nula efectividad del carácter extremadamente focalizador

y asistencialista bajo el cual se desarrollaron las políticas sociales, incluyendo la creciente afiliación a servicios de salud por el SPSS, aunque solo en apariencia, pues sus inconsistencias fueron graves en materia de acceso efectivo, ya que la cantidad de intervenciones consideradas en los catálogos del SPSS fue extremadamente reducida en comparación con las que recibieron aquellos usuarios afiliados a servicios de salud por vínculo laboral.

Así, a partir del panorama señalado, principalmente las entidades como Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Chiapas, representaron a las poblaciones con mayor vulnerabilidad en la salud, sea por el impacto negativo de las políticas sanitarias en materia de cobertura como en materia de acceso efectivo hasta 2018 (CONEVAL, 2020), mientras que el impacto negativo en materia de determinación social se vio reflejado en el poder adquisitivo de la población, registrando las mayores proporciones de pobreza, así como en las tasas más bajas de años de escolaridad, y las mayores proporciones de población con carencia por acceso a servicios básicos de vivienda (CONEVAL, 2020, SEP, 2019:46). En ese sentido, dichas variables sociales fueron las que determinaron tanto el perfil epidemiológico de la población mexicana, pues la mayor carga de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades infectocontagiosas estuvieron ampliamente vinculadas a las carencias sociales, así como a la esperanza de vida. Mientras que las enfermedades crónicas, aunque de manera generalizada dependieron de la ausencia de políticas enfocadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. También se observó que, aun compartiendo la misma carga de morbilidad, la esperanza de vida continuó siendo mayor en las entidades con menores vulnerabilidades sociales, es decir, tanto la carga de mortalidad y la esperanza de vida radicó, más que en la carga de morbilidad, crónica o infectocontagiosa, en las políticas sanitarias a través de la afiliación a servicios de salud, así como en la distribución de las formas de determinación social consideradas en la investigación (CONAPO, 2018, CONEVAL, 2020a).

Con todo esto podemos afirmar la relevancia que tuvieron las formas de determinación social para engendrar el perfil epidemiológico de cada entidad federativa, así como su

exposición a riesgos sanitarios diferenciados, a partir del impacto de las políticas sanitarias, así como de la escolaridad, el ingreso y condiciones de la vivienda entendidas como formas de determinación social distribuidas de manera diferencial en la población mexicana, y expresadas en la desigualdad carga de morbilidad, y mortalidad, así como en esperanza de vida.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrantes, R. (1997). La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación. *História, Ciências, Saúde*, 4(2), 1-19.
https://www.researchgate.net/publication/250028702_La_reforma_de_los_servicios_de_salud_en_Mexico_y_la_dinamizacion_y_politizacion_de_los_intereses_una_aproximacion
2. Alberti, P. (2016). Objetivo general de COLPOS. ¿Qué es equidad? *Colegio de Posgrados*. <http://www.colpos.mx/wb/images/Meg/pdf/tripticomeg.pdf>
3. Alcántara, A. (2008). Políticas educativas y neoliberalismo en México: 1982-2006. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48(1), 147-165.
<https://rieoei.org/historico/documentos/rie48a07.pdf>
4. Almanza, A. (2019). Evolución de los servicios de tercerización de personal en México. *Adecco*. <https://blog.adecco.com.mx/2019/05/02/evolucion-de-los-servicios-de-tercerizacion-de-personal-en-mexico/>
5. Alvarado, L. (2015). La inmunización es un tema de vida o muerte. *Medium*. <https://medium.com/desarrollo-social-y-economico/la-inmunizaci%C3%B3n-es-un-tema-de-vida-o-muerte-2240b0aa7773>
6. Álvarez, S. (2009). Determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Ángel, A. (2017). ¿Por qué detuvieron a Javier Duarte? Estos son los delitos por los que lo acusa la PGR. *Animal Político*.
<https://www.animalpolitico.com/2017/04/duarte-delitos-detenido-veracruz/>
8. Aristegui, C. (2012). Caso Monex: el recuento. *Aristegui Noticias*.
<https://aristeguinoticias.com/1607/lomasdestacado/caso-monex-el-recuento/>
9. Audley, J. (2003). La Promesa y la Realidad del TLCAN. *Carnegie Endowment for International Peace*, 4-89.
https://carnegieendowment.org/pdf/files/NAFTA_Spanish_fulltext.pdf

10. Baldomero, L. (2012). Los programas sociales en México como sustento de la economía social y solidaria. *Senado de la república*, 9-156. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/1826/programas_sociales_mexico.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Balderas, O. (2012). El sexenio cierra con 876 mil más desempleados que en 2006. *ADN Político*. <http://static.adnpolitico.com/2012/2012/10/08/felipe-calderon-la-promesa-rota-del-presidente-del-empleo>
12. Ballesteros, A. (2020). Seguridad de instalaciones. Conceptos de Seguridad. *Escuela Penitenciaria Nacional*. http://epn.gov.co/elearning/distinguidos/SEGURIDAD/1_conceptos_de_seguridad.html
13. Banco Mundial (2020). Índice de Gini – México. *Banco Mundial*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=MX>
14. Barajas, Gabriela (2002). Las políticas de atención a la pobreza en México, 1970-2001: de populistas a neoliberales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 7(20), 553-578. <https://www.redalyc.org/pdf/290/29002004.pdf>
15. Bartra, A. (2008). Fin de fiesta: El fantasma del hambre recorre el mundo. *Nueva Época*, 21(57), 15-31. https://www.researchgate.net/publication/40999167_Fin_de_fiesta_El_fantasma_del_hambre_recorre_el_mundo
16. Bernal, C. (1993). Teoría de la autoridad aplicada a las naciones modernas. *Playor*. En Hermida, C. (2005). Poder y autoridad. *Teoría y Filosofía del Derecho*, 13(1), 179-190. <http://www.cervantesvirtual.com/obra/poder-y-autoridad-0/>
17. Bleda, J. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria*, 1(7), 149-160. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>
18. Boas, F. (1930). Antropología, Transmisión Cultural, Educación (Social), Relato de vida. Definiciones de cultura. *Antropologies*. <https://antropologies.wordpress.com/2013/10/13/definiciones-de-cultura/>
19. Botello, M. (2020). Evolución del salario mínimo en México de 1935 a 2019. *México Maxico*. <http://www.mexicomaxico.org/Voto/SalMinInf.htm>

20. Botello, M. (2020a). México, principales causas de mortalidad 1938 – 2017. *México Maxico*. <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>
21. Bourdieu, P. (1998). La distinción, bases y criterios sociales del gusto. *Taurus*, 9-594. <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/01/Bourdieu-Pierre-La-distinci%C3%B3n.pdf>
22. Brachet, V. (2003). Reseña de "Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas" de Cristina Laurell. *Estudios Sociológicos*, 3(21), 747-752. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806310>
23. Brachet, V. (2004). La pobreza en México y en el mundo; realidades y desafíos. El Estado benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822-2000). *Siglo Veintiuno*, 1-108. <https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/historico-social/historia-universal-2/HUMCII/referencias4.htm>
24. Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Breilh, J. (2010a). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 87-125. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh%2c%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
26. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
27. Bustamante, M. (1983). Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Salud Pública de México*, 5(25), 465-482. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/579/567>
28. Caballero, E., Gelis, M., Cruz, S., Figueroa, M., Hernández, V., y Pérez, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos

- explicativos. *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud*, 1(15), 1-9. <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>
29. Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1), 183-191. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452019/html/index.html>
30. Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
31. Castillo, M. (2017). La distribución y desigualdad de los activos financieros y no financieros en México. *CEPAL*, 7-123. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41833/1/S1700548_es.pdf
32. Castillo, M. (2020). Estafa maestra. *Animal político*. <https://www.animalpolitico.com/estafa-maestra/#creditos>
33. Ceja, C. (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza. *Geografía y ciencias sociales*, 173(8), 157-180. <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-176.htm>
34. Cámara de Diputados. (2018). Caracterización del Mercado Laboral en México. *Centro de Estudios y Finanzas Publicas*, 1-68. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/presentaciones/2018/precefp0112018.pdf>
35. Cámara de Diputados. (1983a). Reformas por Artículo. Artículo 4º. 3a Reforma. *Diario Oficial de la Federación*, 1-2. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm
36. Cámara de Diputados. (2015). Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*, 1-236. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_d_el_Trabajo.pdf
37. Cámara de Diputados. (2020). Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 1-417. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

38. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2018) Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050. Conjuntos de Datos (formato Excel). *Consejo Nacional de Población*. <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050>
39. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2019a). El Progreso-Oportunidades-Prospera. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, 5-636. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf
40. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020a). Resultados y Diagnostico de cierre SPSS. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, 1-93. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_20_20.pdf#search=salud%202020
41. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2015). Cohesión social: balance conceptual y propuesta y propuesta teórico-metodológica. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, 1-202. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/COHESION_SOCIAL_BALANCE_CONCEPTUAL.pdf
42. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2013). Balance de la Cruzada Nacional contra el Hambre 2013-2016. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, 1-77. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ECNCH/Documents/Balance_Cruzada_2013_2016.pdf
43. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). Medición de la pobreza. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>
44. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Vivienda Digna y Decorosa 2018.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, 1-91.
https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Vivienda_2018.pdf
45. Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). medición de la pobreza. Glosario. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*.
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
46. Contreras, G. (2010). EL Seguro Popular de Salud en el marco de las reformas a las políticas de salud en México en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México (Tesis de doctorado). *Universidad Autónoma Metropolitana*, 1-273. <https://biblioteca.xoc.uam.mx/repositorios.html>
47. Contreras, G., Tetelboin, C. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el Estado de México. *Revista Política de Salud*, 10(21), 10-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a02.pdf>
48. Cortés, F. (2013). Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México. *Economía UNAM*, 29(10), 12-34.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v10n29/v10n29a2.pdf>
49. Cordera, R. (2002). La cohesión social en tiempos mutantes: algunos desafíos. *Revista Economía Informa*, 303(1), 5-2.
<https://biblat.unam.mx/es/revista/economia-informa/articulo/la-cohesion-social-en-tiempos-mutantes-algunos-desafios>
50. Cruz, L. (2008). El concepto de legitimidad en la autoridad: elementos de análisis para comprender la relación autoridad-subordinación en el comportamiento administrativo. *Academia*, 40(1), 68-82.
<https://www.redalyc.org/pdf/716/71612100006.pdf>
51. Dabat, A. (1978). Evolución de los salarios de la clase obrera mexicana en la década de los setenta. *Problemas de Desarrollo*, 33(9), 90-115.
<https://probdes.iiec.unam.mx/index.php/pde/article/view/40935/37260>
52. Dávila, J., González, J., Barrera, A. (2014). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-

249. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54
53. Dávila, P. (11 de agosto de 2020). Lozoya declara sobornos de Odebrecht por 100 millones de pesos para la campaña de Peña Nieto: FGR. *Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/2020/8/11/lozoya-declara-sobornos-de-odebrecht-por-100-millones-de-pesos-para-la-campana-de-pena-nieto-fgr-247523.html>
54. Deloitte. (2020). Esta es la situación del trabajo en México. *Deloitte*. <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/dnoticias/articulos/situacion-del-trabajo-en-Mexico.html>
55. Eslava, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300396
56. Esquivel, G. (2015). Desigualdad extrema en México. *Oxfam*, 1-44. http://rendiciondecuentas.org.mx/wp-content/uploads/2015/06/desigualdadextrema_informe.pdf
57. Fajardo, D. (2018). Ritmo y rumbo de la salud en México: Conversaciones con los secretarios de Salud 1982-2018. *Fondo de Cultura Económica*.
58. Fernández, C. (02 de agosto de 1999). Beneficiarios del FOBAPROA. *La jornada*. <https://www.jornada.com.mx/1999/08/02/expediente.html>
59. Flamand, L. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular (2006-2012). *Foro Internacional 2019*, 1(55), 217-261. <http://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v55n1/0185-013X-fi-55-01-00217.pdf>
60. Flores, L. (2020). Oficialmente, el Pacto por México costó 8.8 millones. 2.1% de lo que, según Lozoya, se dio en sobornos. *Sin Embargo*. <https://www.sinembargo.mx/31-08-2020/3850204>
61. Fuentes, G. (2019). SAT perdonó 567.8 mdp a empresas de 6 ricos: Aramburuzabala, Slim, Salinas, Gonda, Hank y Bechmann. *Sin Embargo*. <https://www.sinembargo.mx/02-10-2019/3654825>

62. Fuentes, G. (2019b). El SAT de EPN y Calderón perdonó las fábricas de chatarra en años que México se hundió en obesidad. *Sin Embargo*. <https://www.sinembargo.mx/05-10-2019/3655016>
63. Fujii, G. (1999). Flexibilización laboral y empleo en México. *Revista de Investigación Económica*, 1(59), 121-160. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ineco/v59n229/0185-1667-ineco-59-229-121.pdf>
64. Fundación Nacional de Salud (FUNSALUD). (2019). FUNSALUD. ¿Quiénes somos? *Fundación Nacional de Salud*. <https://funsalud.org.mx/funsalud/>
65. Frenk, J. (1997). Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. *Fundación Nacional de Salud*, 39(13), 1-54. <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/797>
66. García, C. (2011). Políticas públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. *Salud y Sociedad*, 2(3), 194-209. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v3n2/v3n2a06.pdf>
67. Guerrero, F. (2015). Factores de riesgo para la enfermedad vascular en México. *Secretaría de Salud Guanajuato*. <https://slideplayer.es/slide/7327045/>
68. Gilly, A. (1985). La caída salarial. *Nexos*. <https://www.nexos.com.mx/?p=4454>
69. Gómez, M. (2014). Recursos y prestaciones. Reclama tus derechos. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*. <https://www.segg.es/ciudadania/2014/01/10/recursos-y-prestaciones-reclama-tus-derechos>
70. González, A. (27 de noviembre de 2006). Grandes empresarios frenan el crecimiento en México: BM. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2006/11/27/index.php?section=economia&article=030n1eco>
71. Graças, M. (1997). Análisis de Políticas Públicas: conceptos básicos. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. *Instituto Interamericano para el Desarrollo Social*. En Molina, C. (2002:2), Modelo de formación de políticas y programas sociales -Notas de clase-. Banco *Instituto Interamericano para el Desarrollo Social*, 1-24. <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Politicass>

[Publicas/modelo%20de%20formacion%20de%20politicas%20y%20programas%20sociales%20carlos%20gerardo%20molina.pdf](#)

72. Heredia, N., Noronha, J., Laurell, A. C., González, R., Torres, M., Feo, O. (2015). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *MEDICC*, 17(1), 16-18. http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_442_es.pdf
73. Hernández, A. (2012). Diagnóstico del trabajo en el contexto de la globalización económica: el caso de México, *Economía Informa*, 375(1), 27-54. <http://www.economia.unam.mx/publicaciones/econinforma/375/02trabajo.pdf>
74. Hernández, T. (2006). La élite de la alternancia. El caso del Partido Acción Nacional. *Revista Mexicana de Sociología*, 68(4), 617-666. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v68n4/v68n4a1.pdf>
75. Idrovo, J. (2017). Determinación social del proceso salud enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 404-408. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00404.pdf>
76. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2017). Panorama educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional 2017 Educación básica y media superior. *Secretaría de Educación Pública*, 1-576. <https://historico.mejoredu.gob.mx/wp-content/uploads/2018/12/P1B116.pdf>
77. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (1989). Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 1er. Trimestre de 1984. Formatos (ZIP 702825450441_2.pdf). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 1-56. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825450441>
78. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (1991). Información estadística. *Sector salud y seguridad social*. Cuaderno número 7. Formatos. XLS. III. 1 veinte principales. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825470241>
79. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2001). Estadística del sector de salud y seguridad social. Cuaderno núm.18. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 1-114. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/conteni

dos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825470371/702825470371_1.pdf

80. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2006). BDSOCIAL. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 1998. Documentos adicionales. Historia. enigh_14. Hogares por grandes rubros del gasto corriente monetario trimestral por deciles de hogares 1992 a 2006. P006. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/enigh-37/17-acervo/acervo/19-encuesta-nacional-de-ingresos-y-gastos-de-los-hogares-enigh-1998>
81. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018 Nueva serie. Tabulados predefinidos, Tabulados básicos. Tabulados 2018. XLSX. enigh2018_ns_basicos_tabulados. Cuadro 4.2. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/default.html#Tabulados>
82. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018a). Consumo de alimentos. *Cámara de Diputados*, 1-19. <http://www.cedrssa.gob.mx/files/b/13/74ENIGH2018-Investigaci%C3%B3n.pdf>
83. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 1-35. <https://elsoberano.mx/wp-content/uploads/2019/07/INEGI.pdf>
84. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019a). Porcentaje del gasto del hogar en alimentos según decil de ingresos. Derecho a la alimentación adecuada. Igualdad y no discriminación. Datos y recursos. Descarga. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/porcentaje-del-gasto-del-hogar-en-alimentos-segun-decil-de-ingresos-derecho-a-la-alimentacion-a>
85. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2017b). Salario relativo por hora de los trabajadores. *Secretaría de Educación Pública*

<https://historico.mejoredu.gob.mx/evaluaciones/panorama-educativo-de-mexico-isen/re02c-salario-relativo-trabajadores/>

86. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2019). Panorama educativo de México 2018. Indicadores del sistema educativo nacional. Educación básica y media superior. *Secretaría de Educación Pública*, 1-160. <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/P1B117.pdf>
87. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). (2005). Manual de organización para Coordinaciones Municipales. *Secretaría de Salud*, 1-140. http://ddsisem.edomex.gob.mx:82/isem/documentos/atencion_c/bienes_muebles/normatividad/login.htm
88. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). (2008). Manual de organización para Coordinaciones Municipales. *Secretaría de Salud*, 1-120. <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2008/dic193.pdf>
89. Juan, M. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 1(55), 1-64. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001
90. Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales*, 1(37), 1-10. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
91. Laurell, A. (2011). Los seguros de salud mexicanos: Cobertura universal incierta. *Saúde Coletiva*, 16(6), 2795-2806. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/18.pdf
92. Laurell, A. (2014). Contradicciones en salud: Sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, 38(103), 853-871. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>
93. Laurell, A. (2016). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina. *Revista Cubana Salud Pública*, 42(3), 489-502. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n3/spu17316.pdf>

94. Leal, G. (2004). Discutiendo las instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). *Universidad Autónoma Metropolitana*, 1-115. <https://www.worldcat.org/title/discutiendo-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises/oclc/60717868>
95. Leal, G. (2016). Sobre la propuesta de "universalidad" en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*, 38(1), 117-141. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162016000200117
96. Lenin. (1919). Una gran iniciativa, en Marx, Engels, marxismo. *Progreso*, 479-482. En Harnecker, M. (1972:6). Clases sociales y lucha de clases. CLACSO, 1-42. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/otros/20111026110018/clases.pdf>
97. Libman, G. (2009). Diccionario de Economía Política. *Grijalbo*, 1-270 <http://mijangos.byethost5.com/biblioteca/001diccionario.pdf?i=1>
98. Lima, G. (2017). Sociología de la Complejidad. *Propuesta Educativa*, 47(1), 14-37. <https://www.redalyc.org/pdf/4030/403052805003.pdf>
99. Luyando, J. (2013). Desigualdad salarial: antes y durante la apertura comercial mexicana. *Labret*, 5(1), 29-50. <http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/LEBRET/article/view/812>
100. Marx, K. (2008). Contribución a la crítica de la economía política. *Siglo Veintiuno*, 1-220. http://ecopol.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/202/2013/09/Marx_Contribuci%C3%B3n-a-la-cr%C3%ADtica.pdf
101. Mayorga, E. (2012). Marihuana y Narcotráfico. *Periodista Digital*. <https://www.periodistadigital.com/hermosillo/20170613/marihuana-y-narcotrafico-parte-1-689403935542/>
102. Montesinos, R. (2000). Empresarios, neoliberalismo y las miserias de la transición. *El Cotidiano*, 100(16), 90-104. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32510011.pdf>
103. Morales, C; Borde, E; Eslava, J; Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones

- praxeológicas. *Salud Pública*, 15(6), 797-808. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
104. Moreno, H. (2006). Bourdieu, Foucault y el poder. *Voces y Contextos*, 1(2), 1-14. <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/09/BOURDIEU-FOUCAULT-Y-PODER.pdf>
105. Moreno, J. (2014). El Salario Mínimo en México. *Economía UNAM*, 33(11), 78-92. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v11n33/v11n33a4.pdf>
106. Morin, E. (2013), Introducción al Pensamiento Complejo. *Dossier*, 9-167. http://grupal.reletran.org/wp-content/uploads/2013/09/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo.pdf
107. Mosso, R. (2019). Van tras 5 exfuncionarios cercanos a García Luna por enriquecimiento ilícito. *Milenio*. <https://www.milenio.com/policia/caso-genaro-garcia-luna-luis-cardenas-palomino>
108. Munguia, I. (2018). Productividad, Salarios y trabajo digno en México. *Fundación Friedrich Ebert*, 1(1), 1-28. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/15508.pdf>
109. Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J. y Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 166-175. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n2/166-175/>
110. Murray, C. (2000). Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿Qué debemos medir? *Revista Internacional de Salud Pública*, 1(2), 10-15. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57578>
111. Nutt, P. (1998). Cómo los tomadores de decisiones evalúan las alternativas y la influencia de la complejidad. *Ciencias de la Gestión* 44(8) 1148-1166. <https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/mnsc.44.8.1148>
112. Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). (2017). Panorama de la Salud 2017. Indicadores de la OCDE. *Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo*, 1-218. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-2017_9789264306035-es

113. Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). (2019). Panorama de la Salud 2019, Indicadores de la OCDE. *Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo*, 1-220. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
114. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1999). Trabajo decente. *Conferencia Internacional del Trabajo, 87° reunión*, 1-90. <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09651/09651%281999-87%29.pdf>
115. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Atención primaria de salud. *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud,la%20comunidad%20y%20el%20pa%C3%ADs.
116. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
117. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012a). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Organización Mundial de la Salud*, 1-3. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
118. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Fundamental respuesta a enfermedades no transmisibles para el cumplimiento de la Agenda 2030. *Organización Panamericana de la Salud*. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1349:fundamental-respuesta-a-enfermedades-no-transmisibles-para-el-cumplimiento-de-la-agenda-2030&Itemid=499
119. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Constitución. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

120. Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2014). El primer día de la cobertura universal de salud urge a la “salud para todos, en todas partes”, 12 de diciembre. *Organización Panamericana de la Salud*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10278:2014-first-ever-universal-health-coverage-day-urges-health-for-all-everywhere&Itemid=1926&lang=es
121. Pérez, J. (2009). Definición de bienestar social. *Definiciones*. <https://definicion.de/bienestar-social/>
122. Pérez, R. (2013). Privatizaciones, fusiones y adquisiciones: las grandes empresas en México. *Espacios Públicos*, 37(16), 113-140. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67628073007.pdf>
123. Quintana, L. (2016). Crisis neoliberal y reforma laboral en México. Cuadernos del *CENDES*, 93(33), 113-123. <https://www.redalyc.org/pdf/403/40352382007.pdf>
124. Raboutnikof, N. (2008). Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas. *Iconos*, 32(1), 37-48. <https://www.redalyc.org/pdf/509/50903205.pdf>
125. Reyes, M. (2011). Los salarios en México. *Análisis político*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/08742.pdf>
126. Ríos, D. (2009). Programas sociales con motivos políticos: impacto en salud y votos del programa IMSS-Oportunidades. *Instituto Tecnológico Autónomo de México*, 1(4), 1-25. https://www.researchgate.net/publication/327185129_Programas_sociales_con_motivos_politicos_impacto_en_salud_y_votos_del_programa_IMSS-Oportunidades
127. Ríos, G. (2005a). La educación, las remuneraciones y los salarios en México. *Comercio Exterior*, 5(55), 402-417. https://www.researchgate.net/publication/316464562_La_educacion_las_remuneraciones_y_los_salarios_en_Mexico
128. Reyes, J. (4 de octubre de 2012). Cinco estados con mayor sobrepeso y desnutrición severa. *El Economista*.

- <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Cinco-estados-con-mayor-sobrepeso-y-desnutricion-severa-20121004-0120.html>
129. Riquelme, R. (20 de abril de 2017). ¿Cuánto dinero robó Javier Duarte de Ochoa en Veracruz? *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Cuanto-dinero-robo-Javier-Duarte-de-Ochoa-en-Veracruz-20170420-0106.html>
130. Rodríguez, R. (1998). Historia de la Salud Pública en México: siglos XIX y XX. *História. Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2(5), 293-310. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000200002&script=sci_abstract&tlng=es
131. Rodríguez, E. (30 de julio de 2015). Los 10 estados más obesos de México. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/rankings/los-10-estados-con-las-mayores-tasas-de-obesidad>
132. Rodríguez, O. (22 de marzo de 2017). El PRD en la coyuntura. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2007/03/22/index.php?section=politica&article=027a2pol>
133. Rousseau, J. (1999). El contrato social. *Aleph*, 1-133. https://www.secst.cl/upfiles/documentos/01082016_923am_579f698613e3b.pdf
134. Ruiz, C. (2004). Políticas sociolaborales. Un enfoque pluridisciplinar. *UOC*, 1-611. <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/source/politicas-sociolaborales-1259>
135. Salas, A. (2014). Las élites neoliberales en México: ¿cómo se construye un campo de poder que transforma las prácticas sociales de las élites políticas? *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 222(59), 279-312. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v59n222/v59n222a12.pdf>
136. Salgado, N., & Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México*, 56(4), 393-401. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342014000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

137. Santiago, J. (16 de febrero de 2020). Consecuencias políticas de la corrupción. *Crónica*. https://www.cronica.com.mx/notas-consecuencias_politicas_de_la_corrupcion-1145981-2020
138. Secretaría de Bienestar. (2016). Conoce todo sobre Prospera. *Secretaría de Gobernación*. <https://www.gob.mx/bienestar/es/articulos/conoce-todo-sobre-prospera>
139. Secretaría de Educación (SEP). (2019). Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional. *Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa*, 1-130. https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2018_2019_bolsillo.pdf
140. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (1983). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1983-1988. *Diario Oficial de la Federación*, 1-121. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
141. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (1989). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1989-1994. *Diario Oficial de la Federación*, 1-152. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
142. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (1995). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1995 – 2000. *Diario Oficial de la Federación*, 9-96. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
143. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2001). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001–2006. *Diario Oficial de la Federación*, 2-126. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
144. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2007). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007–2012. (2007). *Diario Oficial de la Federación*, 2-128. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
145. Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2013). Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 3-128. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
146. Secretaría de Salud (SSA). (1984). Programa Nacional de Salud (PNS) 1984–1988. *Diario Oficial de la Federación*, 1-33.

- http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984
147. Secretaría de Salud (SSA). (1991). Programa Nacional de Salud (PNS) 1991–1994. *Diario Oficial de la Federación*, 1-26. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991
148. Secretaría de Salud (SSA). (1996). Programa Nacional de Salud (PNS) 1996–2000. *Diario Oficial de la Federación*, 1-43. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996
149. Secretaría de Salud (SSA). (2001). Programa Nacional de Salud (PNS) 2001–2006. *Diario Oficial de la Federación*, 15-205. . http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
150. *Secretaría de salud (SSA.)* (2003a). Ley General de Salud (LGS). *Diario Oficial de la Federación*, 1-143. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
151. Secretaría de Salud (SSA). (2003a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-292. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo1.pdf
152. Secretaría de Salud (SSA). (2006a). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-132. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/informes.php>
153. Secretaría de Salud (SSA). (2007). Programa Nacional de Salud (PNS) 2007–2012. *Diario Oficial de la Federación*, 1-188. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNaSalud-2007-2012.pdf>
154. Secretaría de salud (SSA). (2012a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-192.

- <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
155. Secretaría de Salud (SSA). (2013). Programa Nacional de Salud (PNS) 2013–2018. *Diario Oficial de la Federación*, 2-141. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>
156. Secretaría de salud (SSA.) (2014a). Ley General de Salud (LGS). *Diario Oficial de la Federación*, 1-233. <https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>
157. Secretaría de salud (SSA). (2016a). Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2016. Informe final de resultados. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 5-145. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>
158. Secretaría de salud (SSA). (2018a). Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados. *Instituto Nacional de Salud Pública* 1-42. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
159. Secretaría de Salud (SSA) (2018). Catálogo universal de servicios de salud 2018. *Comisión Nacional de Protección en Salud*, 1-955. http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf
160. Secretaría de Salud (SSA). (2019a). Boletín epidemiológico. Secretaría de Salud. *Dirección General de Epidemiología*, 3-65. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439394/sem07.pdf>
161. Secretaría de Salud (SSA). (2020a). Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos 1984. *Dirección General de Epidemiología*, 1-1. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/1984/principales/nacional/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_edad.pdf
162. Secretaría de Salud (SSA). (2020b). Anuario de Morbilidad 1984-2019. 20 principales causas de enfermedad. Nacional. *Dirección General de*

Epidemiología.

https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_nacional.html

- 163.** Senado de la República. (2014). Participación de la Secretaría de Salud, Mercedes Juan López, en la Semana de Seguridad Social 2014. *Senado de la República*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/versiones/12336-participacion-de-la-secretaria-de-salud-mercedes-juan-lopez-en-la-semana-de-seguridad-social-2014.html>
- 164.** Secretaría de Salud (SSA). (2020). Sistema de información de la Secretaría de Salud. *Secretaría de Salud*. http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/?fbclid=IwAR1e0c8J3XHMAvHGZzcDBK2zHkeqIDqL91jhwP_MM-NMIkTombNvwMyY1o
- 165.** Solís, A. (2019). La Reforma Energética solo benefició al sector privado: CRE. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/exclusiva-reforma-energetica-solo-beneficio-al-sector-privado-cre/>
- 166.** Steve, O. (2020). Van cuatro casos confirmados de sarampión CDMX, mientras en México cada vez nos vacunamos menos. *Xataka*. <https://www.xataka.com.mx/medicina-y-salud/van-cuatro-casos-confirmados-sarampion-cdmx-mexico-cada-vez-nos-vacunamos>
- 167.** Székely, M. (2005). Pobreza y desigualdad en México entre 1950 y 2004. *El Trimestre Económico*, 283(4), 913-931. <https://doi.org/10.20430/ete.v72i288.566>
- 168.** Tobar, F., & Molina, C. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *Ciencias Sociales y Humanidades*, 12(12), 65-73. <http://www.redalyc.org/jatsRepo/5535/553557482007/index.html>
- 169.** Torres, F. (1998). Alimentación y economía en México: disyuntivas del tercer milenio. *Revista de la Universidad de México*, 54(576), 50-55. <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/69af6df4-d5ee-4098-883e-0921110a96a9/alimentacion-y-economia-de-mexico-disyuntivas-del-tercer-milenio>
- 170.** Ulrich, L. (1998). Educación y desigualdad salarial en México. *Perfiles*, 81(1), 1-25. <https://www.redalyc.org/pdf/132/13208105.pdf>

171. Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>
172. Warman, A. (1994). La política social en México 1989-1994. *Fondo de Cultura Económica*, 1-579. https://books.google.com.mx/books/about/La_Pol%C3%ADtica_social_en_M%C3%A9xico_1989_1994.html?id=rB98QgAACAAJ&redir_esc=y
173. Weber, M. (1996) Economía y sociedad. *Fondo de Cultura Económica*, 5-1237. <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/08/max-weber-economia-y-sociedad.pdf>
174. World Health Organization (WHO). (1986). Life-Styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22(1), 117-124. En Wong, C. (2012) Estilos de vida. *Salud Pública*, 1(1), 1-4. <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
175. Salazar, C. (2014). Flexibilidad y precarización del mercado de trabajo en México. *Política y Cultura*, 1(42), 185-207. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n42/n42a9.pdf>
176. Zambrano, J. (2016). Puebla, entre 5 estados con mayor tasa de males cardiovasculares. *E-consulta*. <https://www.e-consulta.com/nota/2016-08-20/salud/puebla-entre-5-estados-con-mayor-tasa-de-males-cardiovasculares>
177. Zamora, P. (7 de diciembre de 2018). En 15 años creció 18.7% la tasa de muertes por cáncer. *Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/562835/en-15-anos-crecio-18-7-la-tasa-de-muertes-por-cancer>

12. ANEXOS

Anexo No.1

CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
OPERACIONALIZACIÓN					
POLÍTICAS PÚBLICAS	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO		
POLÍTICAS SOCIALES	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO		
POLÍTICAS PUBLICAS EN SALUD	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO		
DETERMINACIÓN SOCIAL	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO		
SALUD	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO		

Anexo No. 2

OPERACIONALIZACIÓN					
CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
<p>Describir las políticas públicas implementadas en México, durante el periodo del año 1982 al 2018.</p>					
POLÍTICAS PÚBLICAS	MARCO TEÓRICO	Decisión	MARCO TEÓRICO	Cuales son los intereses que existieron en las políticas públicas implementadas?	Plan Nacional de Desarrollo 1982-1989 Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018
		Social		1.2¿Cuáles fueron los criterios que existieron en las políticas públicas?	Programa Nacional de Salud 1982-1989 Programa Nacional de Salud 1989-1994 Programa Nacional de Salud 1994-2000 Programa Nacional de Salud 2000-2006 Programa Nacional de Salud 2006-2012 Programa Nacional de Salud 2003-2018 Constitución Mexicana de 1917
	MARCO TEÓRICO	Autoridad	MARCO TEÓRICO	1.3¿Cuál fue la relación de las políticas públicas con el pacto social?	
		Legitimidad			
		Poder Publico			
		Soberanía			

Anexo No. 3

OPERACIONALIZACIÓN					
CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
<p>Describir las políticas públicas implementadas en México, durante el periodo del año 1982 al 2018.</p>					
<p>POLÍTICAS SOCIALES</p>		Cohesión social		¿Cuáles fueron los principales objetivos de la política social?	<p>Plan Nacional de Desarrollo 1982-1989 Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018</p>
		Equidad	MARCO TEÓRICO	¿De qué manera coincidieron las políticas sociales con la construcción de una sociedad cohesionada y equitativa?	<p>Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1982-1989 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1989-1994 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1994-2000 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2000-2006 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2006-2012 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2012-2018</p>
		Convergencia			
		Interés común			

Anexo No. 4

OPERACIONALIZACIÓN					
CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
<p>Describir las políticas públicas implementadas en México, durante el periodo del año 1982 al 2018.</p>					
POLÍTICAS SANITARIAS		Acción social		¿Cuáles fueron los objetivos de la política en sanitaria?	Plan Nacional de Desarrollo 1982-1989 Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018
	MARCO TEÓRICO	Seguridad	MARCO TEÓRICO	Cuáles fueron las características de las políticas públicas en salud que se implementaron?	Programa Nacional de Salud 1982-1989 Programa Nacional de Salud 1989-1994 Programa Nacional de Salud 1994-2000 Programa Nacional de Salud 2000-2006 Programa Nacional de Salud 2006-2012 Programa Nacional de Salud 2003-2018
		Bienestar			

Anexo. No. 5

OPERACIONALIZACIÓN					
CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
Caracterizar la determinación social de la población mexicana (a nivel nacional), durante el período del año 1982 al 2018.					
DETERMINACIÓN SOCIAL		Relaciones de poder			Programa Nacional de Desarrollo 1982-1989 Programa Nacional de Desarrollo 1988-1994 Programa Nacional de Desarrollo 1994-2000 Programa Nacional de Desarrollo 2000-2006 Programa Nacional de Desarrollo 2006-2012 Programa Nacional de Desarrollo 2012-2018 Programa sexenal de salud 1982-1989 Programa sexenal de salud 1989-1994 Programa sexenal de salud 1994-2000 Programa sexenal de salud 2000-2006 Programa sexenal de salud 2006-2012
		Acumulación de capital		¿Cuáles fueron las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital que existieron?	Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1982-1989 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1989-1994 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1994-2000 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2000-2006 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2006-2012 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2012-2018
		Formas culturales	MARCO TEÓRICO	¿Cuáles fueron los modelos de producción que existieron y su influencia en los modos de vivir entre 1982 y 2018?	Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1982-1989 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1989-1994 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 1994-2000 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2000-2006 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2006-2012 Informe del Consejo Nacional de Evaluación 2012-2018
		Estilo de vida		¿Cuáles fueron las vulnerabilidades de la población mexicana en materia de distribución de riqueza entre 1982 y 2018?	Informes del Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía entre el período 1982-2018 Informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos entre el período 1982-2018
		Clase social, género y etnia		¿Cuáles fueron las vulnerabilidades de la población mexicana en materia de vivienda entre 1982 y 2018?	
				¿Cuáles fueron las vulnerabilidades de la población mexicana en materia de educación, durante el período entre 1982 y 2018?	

OPERACIONALIZACIÓN					
CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS	FUENTES
Mostrar el estado de salud de la población mexicana durante el periodo de 1982 al 2018.					
ESTADO DE SALUD	MARCO TEÓRICO	Integridad física y psíquica	MARCO TEÓRICO	¿Cuáles fueron las principales causas de morbilidad en México?	Programa Nacional de Desarrollo 1982-1989 Programa Nacional de Desarrollo 1988-1994 Programa Nacional de Desarrollo 1994-2000 Programa Nacional de Desarrollo 2000-2006 Programa Nacional de Desarrollo 2006-2012 Programa Nacional de Desarrollo 2012-2018
				¿Cuál fue la esperanza de vida de los mexicanos comprendida ene periodo 1982-2018?	Programa sexenal de salud 1982-1989 Programa sexenal de salud 1989-1994 Programa sexenal de salud 1994-2000 Programa sexenal de salud 2000-2006 Programa sexenal de salud 2006-2012

Anexo No. 7

CATEGORÍA	CONCEPTO	SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	PREGUNTAS
POLÍTICAS PÚBLICAS	MARCO TEÓRICO	Decisión Social Autoridad Legitimidad Poder Público Soberanía	MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los intereses que existieron las políticas públicas implementadas? - ¿Cuáles fueron los criterios que existieron en las políticas públicas? - ¿Cuál fue la relación de las políticas públicas con el pacto social?
POLÍTICAS SOCIALES	MARCO TEÓRICO	Cohesión social Equidad Convergencia Interés común	MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los principales objetivos de la política social? - ¿De qué manera coinciden las políticas sociales con la construcción de una sociedad cohesionada y equitativa?
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	MARCO TEÓRICO	Seguridad Bienestar Cobertura sanitaria	MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el objetivo de la política en salud? - ¿Qué estrategias políticas en salud se implementaron?
DETERMINACIÓN SOCIAL	MARCO TEÓRICO	Relaciones de poder Acumulación de capital Formas culturales Patrones de consumo Formas de vida Clase social	MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles fueron las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital que existieron? - ¿Cuáles fueron las relaciones de producción que existieron y cómo influyeron en los salarios? - ¿Cuáles fueron las expresiones de vulnerabilidad que se produjeron en materia de distribución de ingresos? - ¿Cuáles fueron las expresiones de vulnerabilidad que se produjeron en materia de vivienda? - ¿Cuáles fueron las expresiones de vulnerabilidad que se produjeron en materia de educación?
SALUD	MARCO TEÓRICO	Morbilidad Esperanza de vida Mortalidad	MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico de la morbilidad de la población mexicana ? - ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico de la mortalidad de la población mexicana? - ¿Cuál ha sido la esperanza de vida de la población mexicana?

13. OFICIO ITHENTICATE



Universidad Autónoma del Estado de México
Maestría en Sociología de la Salud



Amecameca, Edo. Méx. 17 de mayo de 2021
Asunto: Carta certificado de no plagio.

A QUIEN CORRESPONDA PRESENTE:

Sirva este medio para enviarle un cordial saludo, e informo por este medio que a partir del 2019 la Comisión Académica de la Maestría en Sociología de la Salud por indicación de la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, se acordó someter los trabajos finales de tesis de posgrado al software *ithenticate*, esto para detectar similitud o plagio de los trabajos, siendo el mínimo de similitud permitidos de 35% y un 0% de plagio. Es así, que me permito indicar que el trabajo de tesis del alumno **Oscar Armando piñón Aviles** con título de tesis **"las políticas públicas en salud, la determinación social y su impacto en el estado de salud de la población mexicana: periodo 1982 a 2018"** obtuvo un 3% de similitud y 0% de plagio. Se anexa evidencia:

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD, LA DETERMINACIÓN SOCIAL Y SU IMPACTO EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN MEXICANA: PERIODO 1982 A 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

Reiteramos nuestro compromiso, para garantizar la autenticidad y correcta procedencia de la información de tesis generadas en este posgrado. Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"

2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México

Dra. Ofelia Márquez Molina
Coordinadora de la Maestría en
Sociología de la Salud



Maestría en Sociología de la Salud
COORDINACIÓN

ccp. Archivo.

Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayajajango
Amecameca, Estado de México
Tel. (9971) 9782253 / 55
www.uaemex.mx

CU Amecameca