

## **Determinación Social en México y su efecto ante la pandemia por Covid-19**

Social Determination in Mexico and its effect in the face of the Covid-19 pandemic

### **Oscar Armando Piñón Avilés**

Universidad Autónoma del Estado de México  
Mtro. en Sociología de la Salud  
[Oscar.pinonaviles@gmail.com](mailto:Oscar.pinonaviles@gmail.com)  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1523-8196>

### **Georgina Contreras Landgrave**

Universidad Autónoma del Estado de México  
Dra. en Ciencias de la Salud Colectiva  
[gcontrerasl@uaemex.mx](mailto:gcontrerasl@uaemex.mx)  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>

### **Donovan Casas Patiño**

Universidad Autónoma del Estado de México  
Dr. en Ciencias de la Salud Colectiva  
[capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Recibido: 18.06.2021

Revisado: 21.07.2021

Aceptado: 15.08.2021

Cómo citar este artículo: Piñón, O.; Contreras, G. y Casas, D. **Determinación Social en México y su efecto ante la pandemia por Covid-19**. Salud y Bienestar Colectivo. 2021; 5 (3): 21-45.

**Resumen:** Este artículo nos ayuda a comprender la determinación social de la salud en la población mexicana y su vínculo con la vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid 19, se desarrolló un recorrido socio histórico que abordó 5 categorías de análisis: *escolaridad, pobreza, acceso a servicios de salud y servicios básicos de vivienda*, todos estos campos de análisis nos ayudan a comprender la distribución asimétrica en la cual la población mexicana enfrenta a la pandemia, una determinación social que nos ayuda a develar las escasas fuentes de bienestar social y la calidad de vida diferenciados entre las regiones del país, situación que en el contexto de la pandemia por Covid-19 amplió las brechas de letalidad por contagio entre las entidades en toda una República Mexicana que se ahogó entre sus propias decisiones histórico sociales.

**Palabras Clave:** Determinación Social, Desigualdad Social, Covid-19, Escolaridad, Pobreza, Servicios de Salud, Vivienda, Pandemia, Salud, Enfermedad.

**Abstract:** This article helps us understand the social determination of health in the Mexican population and its link with vulnerability to the Covid 19 pandemic, a socio-historical journey was developed that addressed 5 categories of analysis: schooling, poverty, access to services health and basic housing services, all these fields of analysis help us to understand the asymmetric distribution in which the Mexican population faced the pandemic, a social determination that helps us to reveal the scarce sources of social welfare and quality of life differentiated between the regions of the country, a situation that in the context of the Covid-19 pandemic widened the lethality gaps due to contagion between entities in an entire Mexican Republic that drowned between its own historical social decisions.

**Key Words:** Social Determination, Social Inequality, Covid-19, Schooling, Poverty, Health Services, Housing, Pandemic, Health, Disease.

## 1. INTRODUCCIÓN

A finales de la década de 1970, la caída del precio internacional del petróleo provocó una de las crisis económicas más fuertes en la historia de México, y al carecer de fondos para costearla, el gobierno mexicano 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”<sup>(1)</sup>

Si bien, los fundamentos discursivos de las reformas estructurales poseyeron un carácter modernizador del Estado, también implicaron su adelgazamiento, además del recorte del gasto público, argumentado por la crisis económica. De esta manera la política social se desarrolló a partir de entonces al margen de “tres estrategias: privatización, descentralización y focalización”<sup>(1)</sup> y dirigida exclusivamente a los más pobres. Ello radicó en el supuesto de que la apertura comercial iniciada en 1986 con la incorporación de México al GATT y al Tratado de Libre Comercio de América de Norte (TLCAN), reactivarían la economía, absorbiendo la demanda de trabajo, además de mejorar los salarios, situación que mejoraría automáticamente las condiciones de vida de la población mexicana, y por consecuencia el Estado ya no habría que instrumentar mecanismos de redistribución, a través de la política social, salvo para los más pobres<sup>(2,3)</sup>. No obstante, ni los salarios, ni el poder adquisitivo de la sociedad mexicana mejoró<sup>(4)</sup>, lo cual implicó un histórico deterioro educativo, de vivienda y sanitario; aspectos considerados como formas de determinación social de la salud, responsables en gran medida de los índices de contagio y mortalidad en el contexto de la pandemia por Covid-19 en México<sup>(5,6)</sup>.

Ante este contexto, resulta relevante cuestionar la vigencia de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 en la cual se encuentra inscrito el artículo 3°, que

establece el derecho a la educación, y el 4° el derecho a la vivienda y a la salud, ambas garantías individuales, así como el artículo 123°, el cual determina el derecho al trabajo y a la seguridad social<sup>(7)</sup>.

## 2. OBJETIVO

Caracterizar las principales formas de determinación social de la salud de la población mexicana durante el periodo 1980 - 2018, y su vulnerabilidad frente a la pandemia por Covid 19.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un análisis sociohistórico con base a 5 categorías de análisis: escolaridad, pobreza, acceso a servicios de salud y servicios básicos de vivienda entre 1980 y 2018, así como del estado de salud registrado en la población mexicana en 2018, privilegiando tres morbilidades: obesidad, hipertensión y diabetes mellitus; enfermedades vinculadas a la mayor proporción de complicaciones y letalidad por contagio de Covid-19. La perspectiva de la investigación fue cuali-cuantitativa, retrospectiva y transversal, basada en fuentes de información documental.

## 4. RESULTADOS

### - Escolaridad

La reconfiguración del papel estatal con relación a la vida social de la población tuvo un fuerte impacto en materia de financiamiento en los diversos sectores de la política social. De acuerdo con García (2003), a partir de la crisis “se cierra un ciclo de crecimiento sostenido del gasto educativo iniciado en los años cincuenta”<sup>(8)</sup>. De esta manera, el saldo que ilustra dicho ajuste presupuestal se expresó en el aumento de niños que se quedó sin escuela; de 34,000 en 1982 a 330,000 en 1987, y el porcentaje de terminación en primaria fue del 50%, mientras que la deserción en secundaria pasó del 16.1% en 1980 al 26.1% en 1989<sup>(8)</sup>. En este contexto, la falta de acceso a la educación, entendida como un medio para la instrumentación de saberes y habilidades, se tradujo no solo en términos culturales, sino también en desigualdad salarial determinada por el nivel de estudios alcanzado por la población económicamente activa (PAE).

**Tabla 1.** Índice de salarios reales en México

Nivel escolar	Sueldos y salarios			% de trabajadores	
	1984	1994	Diferencia	1984	1994
<b>Primaria inconclusa</b>	3.17	3.08	-2.8%	48.1%	35.7%
<b>Primaria completa</b>	5.23	4.42	-15.5%	26.3%	25.4%
<b>Secundaria completa</b>	6.55	5.83	-11.0%	13.3%	21.3%

<b>Preparatoria</b>	9.62	11.68	21.4%	7.8%	11.1%
<b>Universidad</b>	14.93	21.96	47.1%	4.5%	6.6%

Fuente: (Ulrich, 1998:4).

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 1991-1994, el acceso a la educación secundaria estuvo solo al alcance de cuatro por cada cinco egresados de primaria en 1990, situación que coincidió con la media nacional<sup>(9)</sup>, que para entonces se estimó en 6.5 años<sup>(10)</sup>. No obstante, se observó un grado de analfabetismo del 41% en la población indígena de más de catorce años. Asociado a ello, 83% de los trabajadores de este grupo social, recibió menos de dos salarios mínimos<sup>(11)</sup>. Cabe señalar que el artículo 123° constitucional establece que, “los salarios mínimos generales deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos”<sup>(12)</sup>.

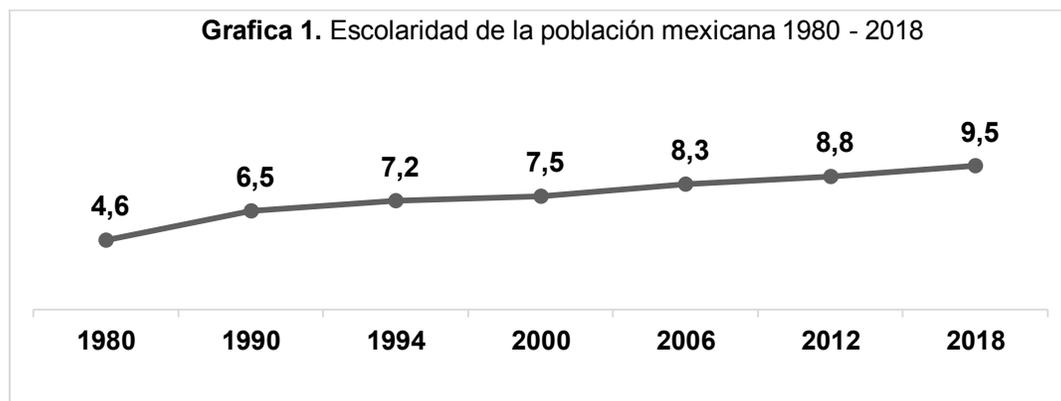
Posteriormente, la media nacional del grado de escolaridad de la PAE paso de 7 años en 1995<sup>(13)</sup>, a 7.5 años en el año 2001, no obstante, solo uno de cada cinco jóvenes tuvo acceso a una educación universitaria<sup>(14)</sup>. Mientras que el 29.9% de las mujeres mayores de 15 años no recibieron algún tipo de instrucción académica, situación que limitó su salario al integrarse al mercado laboral<sup>(14)</sup>.

**Tabla 2.** Salarios en México para el año 2000

Escolaridad	Salario mínimo
Primaria	3.91
Secundaria	2.79
Preparatoria	4.94
Universidad	5.92
Posgrado	12.66

Fuente: (Almodóvar, 2005a:415)

Para 2007 los años de escolaridad promedio de las personas entre 15 y 24 años fue de 9.7<sup>(15)</sup>, pese a que el rezago y la deserción educativa se encontró ampliamente vinculada la necesidad de trabajar en el 42% de los casos, incluso a edades muy tempranas; el 21.8% de los estudiantes de 12 a 14 años, el 37.5% de estudiantes entre 15 y 17 años, y el 25% de estudiantes entre 18 y 20 años<sup>(16)</sup>. Por otro lado, en el año 2012 la eficiencia terminal de cada 100 niños que ingresaron primaria, solo el 76% continuaron y concluyeron la secundaria<sup>(17)</sup>. En cuanto a nivel medio superior, la cobertura fue del 66.3%, mientras que la matrícula universitaria no superó los 3.3 millones de alumnos, equivalente al 29.2% de cobertura, situación que limitó la posibilidad de acceder a mejores oportunidades laborales<sup>(17)</sup>.

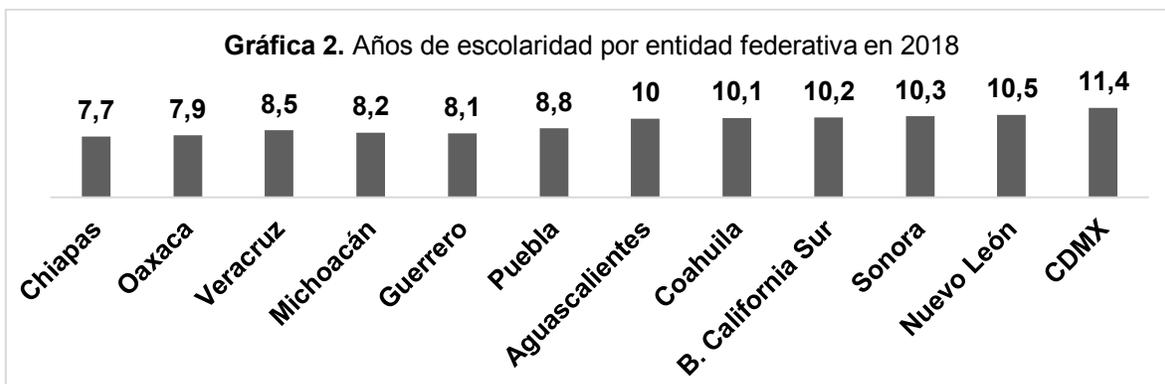


**Fuentes:** DGPPEE, 2019:46; INEE, 2019: 124

Para el año 2016, la escolaridad a nivel nacional fue de 9.2 años, es decir, la tendencia reflejó una ganancia de 1.3 años por década desde la década de 1970. <sup>(10)</sup>. Sin embargo, a nivel estatal, Sonora y la Ciudad de México presentaron un nivel de escolaridad de 10 y 11.1 años respectivamente, mientras que Chiapas y Oaxaca presentaron una escolaridad de 7.6 y 7.5 años respectivamente<sup>(10)</sup>, es decir entre estos dos estados existió un atraso de 25 años, o bien, un atraso de 17 años en comparación con la media nacional de escolaridad del año 2000, que fue de 7.5 años<sup>(28)</sup>. Cabe señalar que solo el 81% de las personas en condición de pobreza extrema ingresaron a secundaria, y el 51.4% a nivel medio superior, mientras que los estratos que no padecieron vulnerabilidad ni pobreza mostraron un porcentaje de continuación del 92% para secundaria y 91% para medio superior<sup>(10)</sup>.

*“En 2017 el salario promedio por hora de los adultos ocupados fue 23.9 pesos sin educación básica, 26.9 pesos con básica, 34.1 pesos con educación media superior y 61.8 con estudios superiores. En términos relativos, esto significa que el salario promedio de los adultos sin educación básica fue equivalente a solo 70% del salario que recibieron sus pares con educación media superior” <sup>(18)</sup>.*

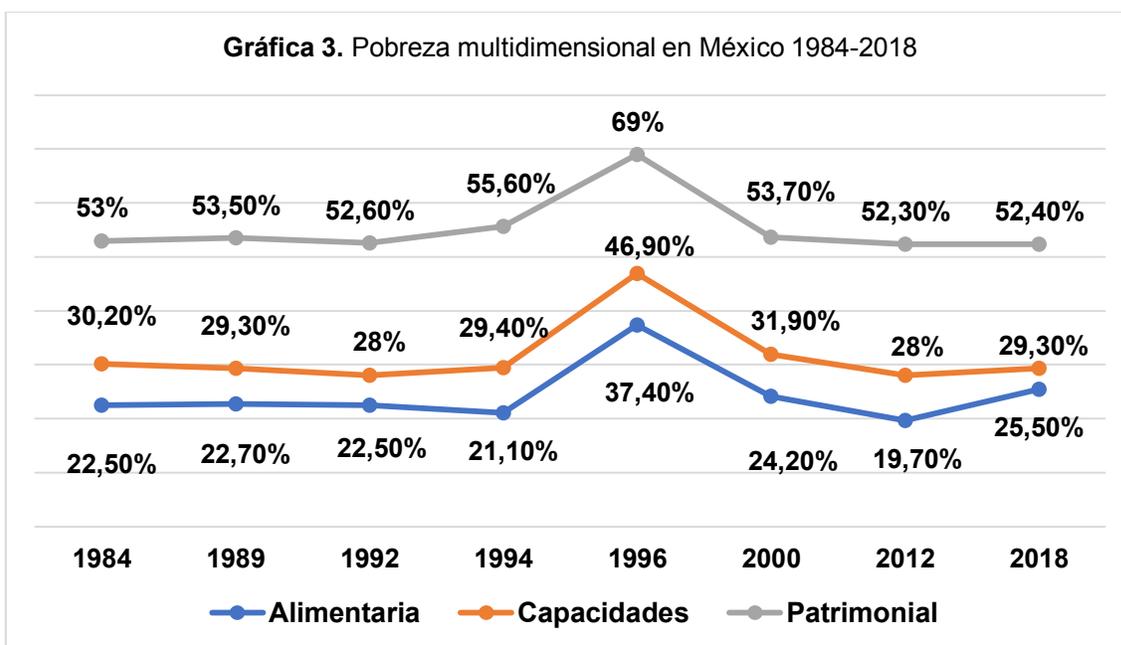
Finalmente, para el año 2018 la brecha en materia de escolaridad entre las entidades federativas mostró importantes contrastes, tal es el caso de Chiapas que mostró una escolaridad similar a la media nacional de México en el año 2000. De la misma manera Michoacán registró una escolaridad similar a la media nacional del año 2006, así como Puebla con respecto a la media nacional del año 2012<sup>(19)</sup>.



Fuente: Elaboración propia (DGPPEE, 2019:46 60-123)

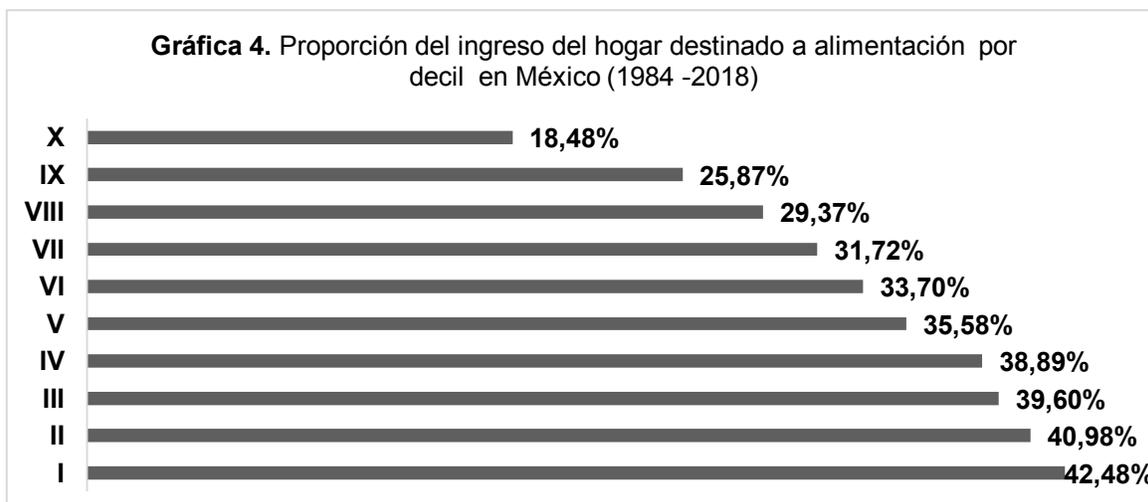
**- Pobreza y poder adquisitivo**

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), la pobreza alimentaria en México, expresada como insuficiencia económica para obtener una canasta básica alimentaria<sup>(20)</sup> en torno a la crisis económica de la década de 1980 fue menor que en el año 2018<sup>(21,22)</sup>. Mientras que la pobreza de capacidades, entendida como la insuficiencia del ingreso para adquirir la canasta alimentaria y acceder a servicios de salud y educación<sup>(20)</sup> solo mostró una reducción en un 1% en 2018 con relación a 1984<sup>(21,22)</sup>. Así mismo, la pobreza patrimonial, concebida como la “Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, realizar los gastos en salud, vestido, vivienda, transporte y educación”<sup>(20)</sup> prácticamente no cambió, pues solo descendió 0.6% en 2018 con relación a 1984<sup>(21,22)</sup>.



Fuente: (Székely, 2005:294; Coneval, 2018).

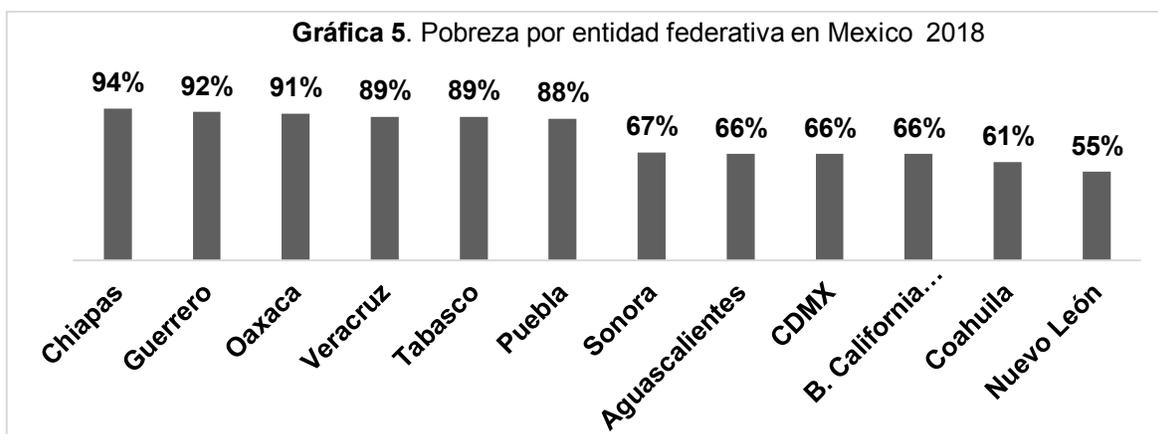
De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 1990-1994, durante la década de 1980, la crisis financiera de los países en desarrollo reafirmó la estrecha relación entre el bienestar económico y el estado de la salud, además de considerar entre los principales determinantes de la salud, después del factor económico a la educación, la vivienda, así como la disponibilidad de los servicios de salud<sup>(9)</sup>. Tal fue el caso que las familias del decil X, aquellas que percibieron ingresos 27 veces mayores a los del decil I, destinaron menos del 20% de sus ingresos en alimentos, mientras que el decil I destinó más del 40%<sup>(23,24,25)</sup>.



**Fuente:** Elaboración propia (ENIGH, 1989:83; INEGI, 2019; CEDRSSA, 2019:9).

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, en el año 2000 el 20% de la población de más alto nivel económico concentró 58% del ingreso total del país, mientras que el 20% más pobre recibió solo 3.7%. Así mismo la PAE en general, el 55% percibió un ingreso inferior a dos salarios mínimos mensuales; 47.5%<sup>(14)</sup>.

Posteriormente, para el año 2007, la pobreza, tanto de capacidades, como alimentaria en regiones predominantemente indígenas, prácticamente fue la misma proporción. En primer lugar, se encontró Chiapas con 55.9%, el estado de Guerrero con 50.2% y Oaxaca con 46.9%. Así mismo, los estados con mayor pobreza de patrimonio fueron Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con 75.7, 70.2 y 68%, respectivamente<sup>(15)</sup>. Además, los niveles de pobreza con relación a la década de 1990 mantuvieron amplias similitudes<sup>(15)</sup>. De la misma forma, para el año 2018, la pobreza en términos generales se concentró en regiones con mayor presencia indígena, como fueron, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, los cuales reportaron una proporción de pobreza mayor al 90%, es decir, casi 40% mayor a Nuevo León, el estado con menos proporción de pobreza (55%)<sup>(20)</sup>.



**Fuente:** Elaboración propia (Coneval, 2020b).

Finalmente, para la segunda década del siglo XXI, el 46.2% de la población vivió en condiciones de pobreza, es decir, casi la mitad de la población mexicana no dispuso de ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades, mientras que para el año 2018, más de 4 millones tuvieron que mendigar para comer<sup>(2)</sup>. En este contexto la fuerza de trabajo de los asalariados se devaluó un 66.5% (entre 1980 y 2018)<sup>(4)</sup>.



**Fuente:** Elaboración propia (Botello, 2020)

En resumen, a lo largo de los 37 años comprendidos entre 1981 a 2018, el poder adquisitivo de las familias del decil más pobre fue 27.92 veces menor al de las familias del decil más rico<sup>(18,26)</sup>.

**Tabla 3. Distribución promedio del ingreso por decil en México 1981 - 2018**

I	II	III	VI	V	VI	VII	VIII	XI	X
1.4%	2.6%	3.5%	4.5%	5.6%	7.0%	8.8%	11.3%	15.9%	39.1%

**Fuente:** (INEGI, 2019b:17; Cortés, 2013:19).

#### - **Carencia por acceso a servicios de salud**

Como antecedente general, las reformas a la salud de primera generación se dieron con la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), a través de un decreto constitucional firmado en 1943, en el que se determinó como primera misión del Estado mexicano “proteger al ciudadano contra los males que puedan lesionar y aún destruir su existencia”<sup>(27)</sup>. Mientras que 40 años después, en el año 1983 sucedieron las reformas a la salud de segunda generación, al decretarse el derecho a la salud como garantía individual, el cual quedó inscrito en el Artículo 4º constitucional: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”<sup>(20)</sup>. En ese mismo año el secretario de salud, Guillermo Soberón Acevedo, inscribió en el Programa Nacional de Salud 1983-1989 la adopción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmada en la Declaración de Alma-Ata, la cual tuvo lugar en la extinta Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en septiembre de 1978<sup>(29)</sup>:

*“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental, (...) cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”*<sup>(29)</sup>.

En este contexto, en 1983 solo el 45% de la población mexicana (34.3 millones) se encontró afiliada a alguna institución de seguridad social<sup>(30)</sup>, mientras que la población abierta, representó “un total de 38 millones de personas, de este se estimó que en 1983 la SSA cubrió a 13 millones de personas, (...) en tanto que el IMSS-COPLAMAR atendió a otros 11 millones”<sup>(30)</sup>. Por su parte, la atención médica privada atendió al 5%. Es decir, 14 millones de mexicanos carecieron de acceso efectivo a cualquier servicio institucional de salud<sup>(30)</sup>.

Posteriormente, según el diagnóstico realizado por el Programa Nacional de Salud 1989-1994, el 94% de la población mexicana contó con algún tipo de cobertura por parte de los servicios de salud en el año 1989, es decir, la población usuaria creció el 50% (54.6% de alguna institución de seguridad social, 35.1% atendida por instituciones para población abierta y 4.3% por los servicios privados), no obstante, también señaló que un 6% de la población no tuvo acceso a servicios de salud<sup>(31)</sup>. Cabe mencionar que el sector médico privado, representó ya desde 1983, aproximadamente el 20% de las instituciones hospitalarias del país y el 25% del total de camas del sector público<sup>(30)</sup>. Además de mencionar que la medicina privada atendió aproximadamente al 5% de la población total<sup>(30)</sup>.

Posteriormente, el Programa Nacional de Salud 1990-1994, en concordancia con la concepción de salud propuesta por la OMS, buscó desarrollar una coordinación intersectorial de los servicios del Sistema Nacional de Salud con los demás sectores de la vida social a fin de incidir en “los componentes biológicos de los individuos, los efectos del medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, los factores del comportamiento humano y la capacidad de respuesta social a los problemas de aquella”<sup>(31)</sup>. En este sentido figuró el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) y los comités de Solidaridad

como un programa integrado por diversos sectores y estrategias de acción en materia de nutrición, salud, educación, becas, vivienda, acceso a los servicios públicos y empleo productivo. Sin embargo, además de focalizar o limitar su atención exclusivamente a grupos en condiciones de pobreza, sus intervenciones no precisaron más que asegurar niveles básicos o mínimos de bienestar<sup>(1)</sup>.

Al finalizar este sexenio, se observó que el acceso a servicios médicos por parte de los afiliados a la seguridad social ascendió a 45 millones (56%), y los no asegurados alrededor de 35 millones (44%), así como 10 millones de mexicanos desprovistos de este servicio<sup>(13)</sup>, para quienes, la medicina privada fue la única opción. De hecho, la medicina privada brindó hasta 41% del total de contactos médicos a nivel nacional, misma que empleó al 34% de los médicos en el país<sup>(16)</sup>.

Por otro lado, en materia presupuestaria, tras la nueva crisis financiera en diciembre de 1994, el gobierno de Zedillo inició con importantes recortes, en el de salud fue del 30%<sup>(32)</sup>. Pese a ello, en el Programa Nacional de Salud 1996 – 2000, destacó la intención de incentivar, “la calidad y la eficiencia en beneficio de los usuarios, ampliar la cobertura de la seguridad social, (...) y lograr una mayor equidad a través de instrumentos claros de ampliación de la cobertura”<sup>(16)</sup>, situación que se vinculó a la introducción de esquemas que permitieran a los usuarios elegir a sus médicos en el primer nivel de atención<sup>(16)</sup>. No obstante, dicha elección terminó descansando sobre la capacidad económica de los usuarios<sup>(1)</sup>, pues se incorporaron formalmente las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como prestadoras de servicios de salud “a cambio de un pago. Con ello se inicia oficialmente el universo de la medicina prepagada”<sup>(33)</sup>.

Por su parte las personas sin capacidad de pago podrían asistir a los centros de salud para población abierta, “pero solamente tendrían derecho a los servicios incluidos en un "Paquete Básico de Servicios de Salud" (PB) constituido por 12 intervenciones seleccionadas bajo el principio del peso de la enfermedad y costo-efectividad”<sup>(34)</sup>. Así, al final de sexenio, solo el 38% de la población estuvo afiliado por alguna institución de seguridad social, 1.30% por instituciones para población abierta y 1% privadas, así como una proporción del 58.90% de la población desprovista de acceso efectivo a servicios de salud<sup>(35)</sup>.

Posteriormente, la nueva administración foxista (2000-2006), no solo dio continuidad a las políticas neoliberales, sino que además acentuó su lógica a través de una tercera generación de reformas sanitarias al incorporar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual operó entre 2004 y 2018.

Entre las estrategias contenidas en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, se destacó el objetivo de vincular la salud con el desarrollo económico y social, bajo la concepción de salud de la OMS, a través de la promoción de actividades “multisectoriales sobre los determinantes de la salud, especialmente en materia de educación, alimentación, acceso a agua potable y, vivienda”<sup>(36)</sup>. También precisó reducir los rezagos en salud, a través de la

garantía el acceso efectivo de la población más pobre a servicios básicos de salud, educación y nutrición a través del programa OPORTUNIDADES<sup>(36)</sup>.

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) buscó garantizar “la atención médica de primer y segundo nivel, los medicamentos, los estudios de laboratorio y las cirugías de las enfermedades agudas más comunes”<sup>(36)</sup>. No obstante, el Estado como garante del acceso a dichos servicios, dejó de figurar como prestador de los servicios, para limitarse a financiarlos a través de subsidios, con base a un paquete básico de 78 intervenciones<sup>(36)</sup> el cual creció al finalizar el sexenio a 294 intervenciones<sup>(37)</sup>. De acuerdo con el SPSS consistió en “un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos carente de aseguramiento”<sup>(37)</sup>. Sin embargo, el artículo 77 bis11 de la Ley General de Salud, modificada en 2003, determinó que la responsabilidad del coste del acceso a los servicios de salud sería compartida entre la Federación, los estados y el beneficiario<sup>(38)</sup>, bajo el concepto de un federalismo cooperativo<sup>(14,38)</sup>.

Finalmente, la población afiliada a alguna institución de salud por vínculo laboral pasó del 38.8% en el año 2000 al 34.40% en 2006, mientras que la población sin acceso a servicios de atención médica pasó del 58.90% al 48.50% en el mismo periodo <sup>(35,39)</sup>. Mientras que, aunque en materia de financiamiento, “entre 2000 y 2006 el gasto de la Secretaría de Salud se incrementó 72.5% en términos reales”<sup>(37)</sup>, dicho incremento no tuvo el impacto suficiente en materia de cobertura para los más pobres, pues solo el 20% de los indígenas se encontraron afiliados al SPSS, y solo 9% contó con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades<sup>(16)</sup>.

Para el siguiente sexenio (2006-2012), además de continuar con los esquemas del SPSS, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 consideró entre sus objetivos, “garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud”<sup>(16)</sup>. Para dichos efectos el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó de 33,000 millones en 2003 a 150,000 millones en 2011<sup>(32)</sup>. Sin embargo, pese al incremento presupuestal, el 52% de los hogares mexicanos tuvieron gastos de bolsillo en salud en 2012<sup>(41)</sup>. Situación que coincidió con las 10,000 farmacias que ofrecieron consultas médicas en 2012, el equivalente al 43% de las farmacias. De hecho, entre 2010 y 2012, las farmacias con consultorios crecieron 130%, mismas que atendieron al 7% de la población mexicana mensualmente<sup>(9)</sup>.

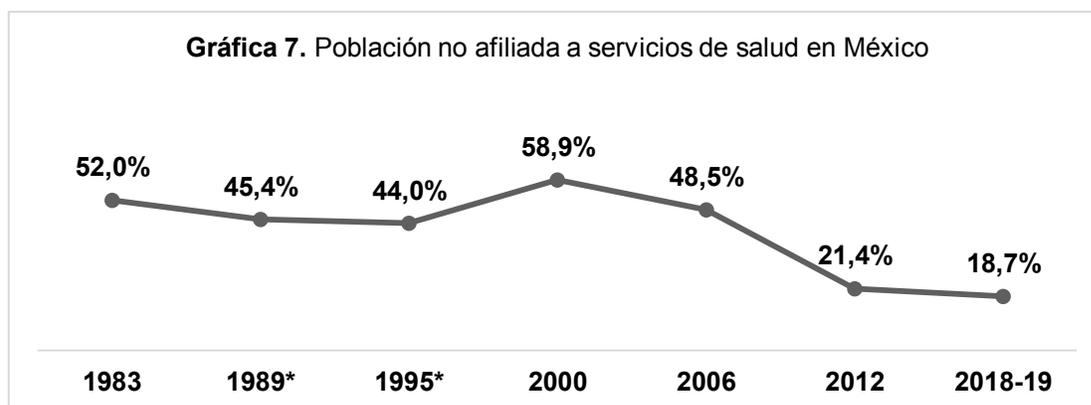
En cuanto a la continua búsqueda de una cobertura universal en salud, se observaron importantes avances, pues el número de afiliados pasó de 30 millones en 2006 a más de 50 millones al finalizar el sexenio <sup>(32)</sup>, incluso el número de intervenciones a la que tuvieron los afiliados al SPSS pasó de 249 a 284<sup>(37)</sup>, no obstante, hasta el año 2012 el 21 % de los mexicanos permanecieron desprovistos del acceso a servicios médicos<sup>(41)</sup>.

Con relación al 2013 – 2018, se consideraron estrategias encaminadas a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales en el país, así como en el control del rezago, y atender a grupos en condición de vulnerabilidad <sup>(9)</sup>. Para ello, vinculó al SPSS con otras estrategias intersectoriales, como fue la Cruzada contra el Hambre, compuesta por

diversos programas, entre los cuales se consideró el Programa PROSPERA (Salud, alimentación y educación). No obstante, de los 7.4 millones de mexicanos inscritos en la Cruzada Nacional contra el Hambre, 3.8 millones no contaron con afiliación al SPSS<sup>(9)</sup>.

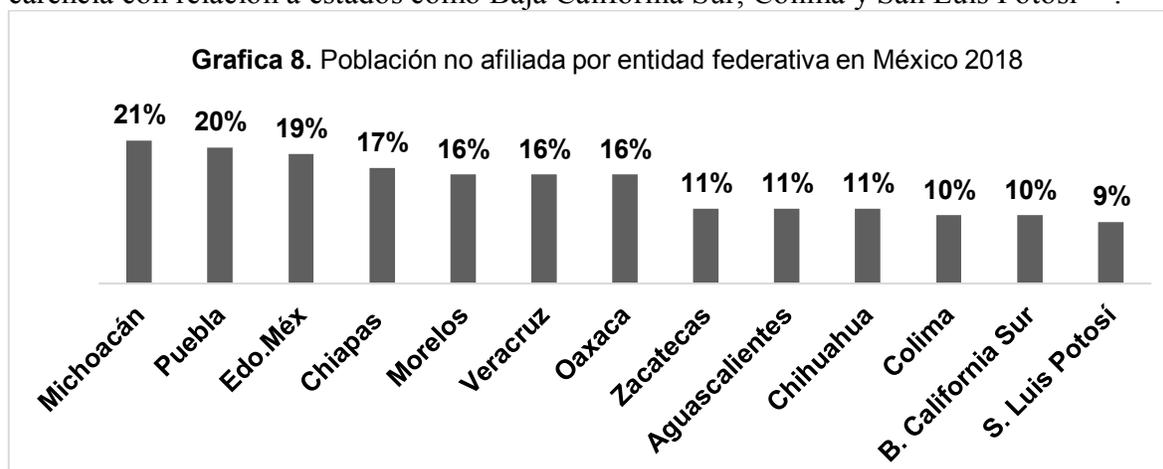
Por su parte, la atención a la salud se sujetó finalmente a la reducida concepción de los llamados parámetros de suficiencia, promovidos por las definiciones de cobertura sanitaria universal de la OMS<sup>(42)</sup> y de la OPS<sup>(44)</sup>, degradando entonces el derecho a la salud que constitucionalmente se les otorgó a los ciudadanos mexicanos desde 1983.

Al finalizar el sexenio los afiliados al SPSS representaron el 37.4% de la población, mientras que solo el 42.4% de la población tuvo acceso a servicios otorgados por parte de instituciones de seguridad social, así como un 18.7% sin acceso a alguna institución y un 1.2% asistiendo permanentemente a servicios privados<sup>(37)</sup>.



**Fuente:** Elaboración propia (SEGOB, 1984, SEGOB, 1995; SEGOB, 2001; SEGOB, 2000; ENSANUT, 2006, ENSANUT, 2012, ENSANUT, 2020).

Cabe señalar que, para el año 2018 las entidades con mayor proporción de carencia por acceso a servicios de salud se registraron en la zona centro y sur de país, en la que Edo.Méx., Michoacán y Puebla, duplicaron la proporción de población con este tipo de carencia con relación a estados como Baja California Sur, Colima y San Luis Potosí<sup>(20)</sup>.



**Fuente:** Elaboración propia (Coneval, 2020b).

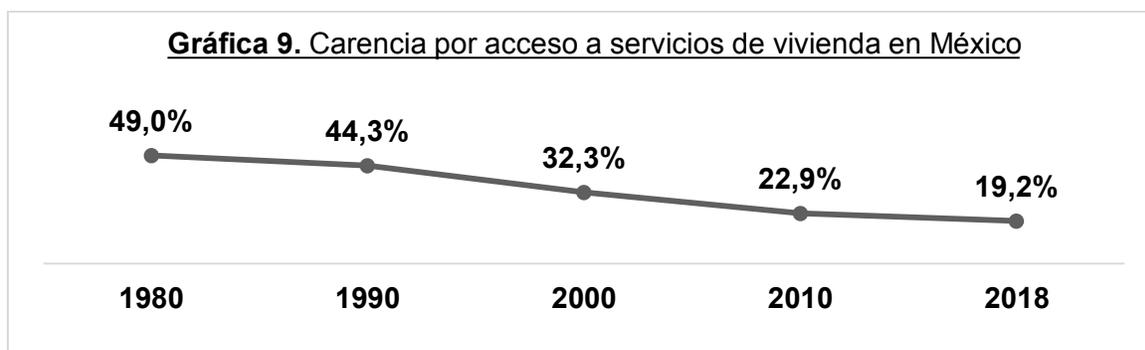
**- Carencia por acceso a servicios básicos de vivienda**

La vivienda, a nivel nacional en 1980, de los 12 millones de casas habitación existentes, solo el 71% tuvo agua entubada, el 49% contó con drenaje, mientras que solo el 75% con energía eléctrica. Sin embargo, solo en 10 estados el 50% de las viviendas contaron con servicio de drenaje, es decir, los 22 estados restantes contaron con una situación crítica en la vivienda <sup>(30)</sup>. Así mismo, para 1987 solo 7 entidades tuvieron una cobertura hasta del 90% de agua potable (la mayoría de las viviendas ubicadas en el norte del país), mientras que, en estados del sureste, este servicio fue cubierto en menos del 65% (Tabasco 53.8%, Chiapas 53.7%, y Guerrero 45.5%)<sup>(31)</sup>.

Por otro lado, aunque en promedio una de cada cinco viviendas del país tuvo piso de tierra, en la región sur fue una de cada dos, misma desigualdad que se observó entre estados con acceso a excusado de agua corriente: Distrito Federal (93%), Aguascalientes (83%), Jalisco (79%), Baja California (76%) y Chihuahua (74%), en contraste con Oaxaca (24%), Guerrero (28%) y Chiapas (32%)<sup>(31)</sup>.

Durante el periodo 1990-1994, aumentó la cobertura de agua entubada y drenaje dentro de las viviendas del 79% al 84% y del 63% al 77% respectivamente, así como las viviendas con energía eléctrica del 81% al 91% en el mismo periodo<sup>(46,50)</sup>. Mientras que hacia el año 2000, de acuerdo con el Programa Nacional de Salud, la carencia por acceso a agua potable disminuyó al 15.7%, aquella sin servicios de drenaje al 21.9% y aquella con piso de tierra el 13.2%. Sin embargo, la distribución de las carencias no fue homogénea, es decir las entidades con mayores carencias de acceso a servicios de agua potable continuaron siendo la miasma: Chiapas 32.0%, Guerrero 40.1%, Oaxaca 34.5%, Tabasco 30.7%, Veracruz, 33.9%, en contraste con Aguascalientes con 3.3%, Distrito Federal 3.1%, Coahuila 6.1%, Colima 6.0% y Nuevo León 6.5%. Así mismo, la mayor población sin servicio de drenaje en su vivienda se ubicó en Chiapas (37.7%), Guerrero (46.4%) y Oaxaca (54.4%), a diferencia de Nuevo León (9.2%), Colima (6.8%), Aguascalientes (5.1%) y Distrito federal (1.8%)<sup>(14)</sup>.

Posteriormente, entre el año 2000 y 2005 la reducción de la marginalidad de la vivienda mostró importantes avances, por ejemplo, en la proporción de viviendas con carencias por acceso a agua potable pasó de 15.7% al 11.5%, así mismo, las viviendas sin drenaje pasaron del 21.9% al 12.2% en el mismo periodo<sup>(15)</sup>.

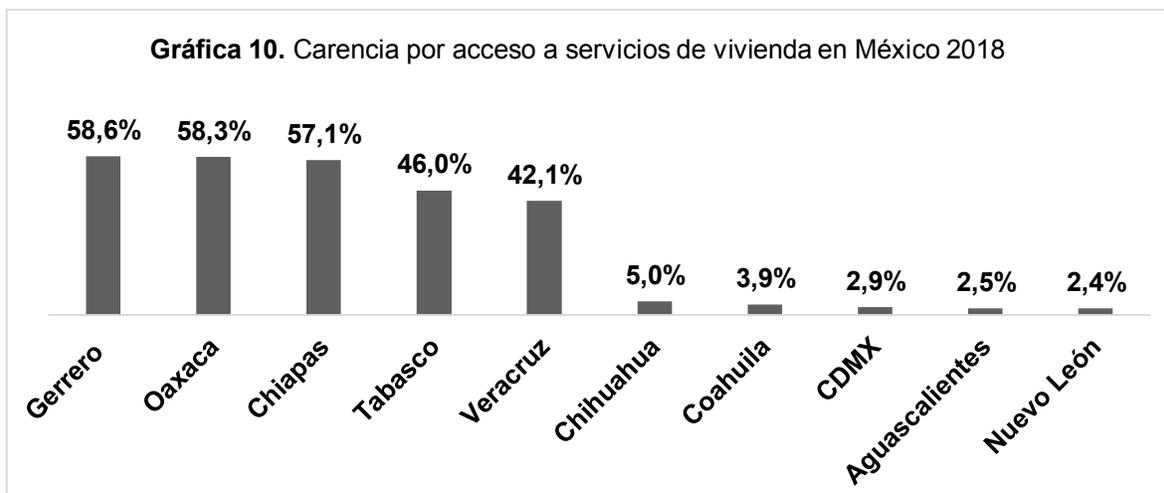


**Fuente:** (CONEVAL, 2020; SSA, 1984)

Para 2010, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la población desprovista de servicios básicos en la vivienda a nivel nacional representó el 9.4% de las viviendas en localidades urbanas, mientras que en relación con las zonas rurales fue el 50.4%.

Finalmente, de acuerdo con el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Vivienda Digna y Decorosa 2018, en 2016 el 57.9% de las viviendas ubicadas en los cuatro primeros deciles de ingreso presentaron rezago<sup>(45)</sup>, además de encontrarse por debajo de la línea de pobreza. Esta situación se observó particularmente en las viviendas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, en contraste con Ciudad de México y Nuevo León, entidades con menor porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza<sup>(45)</sup>.

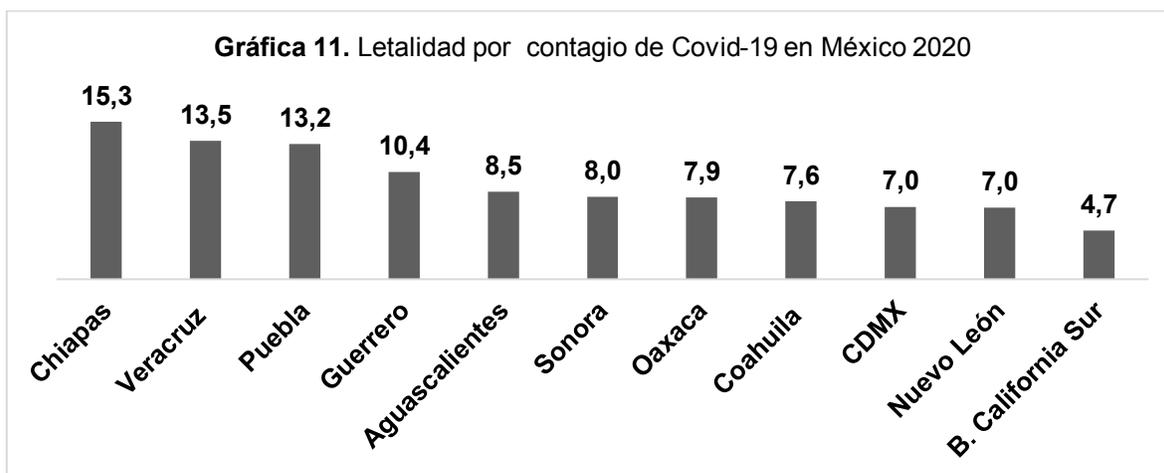
Con relación a la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos en la vivienda, en 2016, solo el 19.3% de las viviendas urbanas presentaron carencia por acceso a los servicios básicos, mientras que en las viviendas rurales fue el 53.1%<sup>(45)</sup>. Así mismo, el índice de casas en las que se usó leña o carbón para cocinar tuvo una mayor carga en entidades como Chiapas (69.2%), Guerrero (67.4%) y Veracruz (65.2%), especialmente en hogares habitados por personas de lengua indígena, el uso de leña o carbón fue de del 58.8%, frente a la media nacional, que fue de 14.8%.<sup>(11)</sup> Así, para finales del sexenio (2018), aunque el porcentaje de población con acceso a servicios básicos en la vivienda fue de 80.2%<sup>(45)</sup>. No obstante, los hogares con mayores carencias continuaron observándose en estados como Guerrero (58%), Oaxaca (58%) y Chiapas (57%), en comparación con estados como Aguascalientes (2.5%) y Nuevo León (2.4%)<sup>(20)</sup>.



Fuente: (CONEVAL, 2020b)

**- Estados de salud y letalidad por contagio de Covid-19**

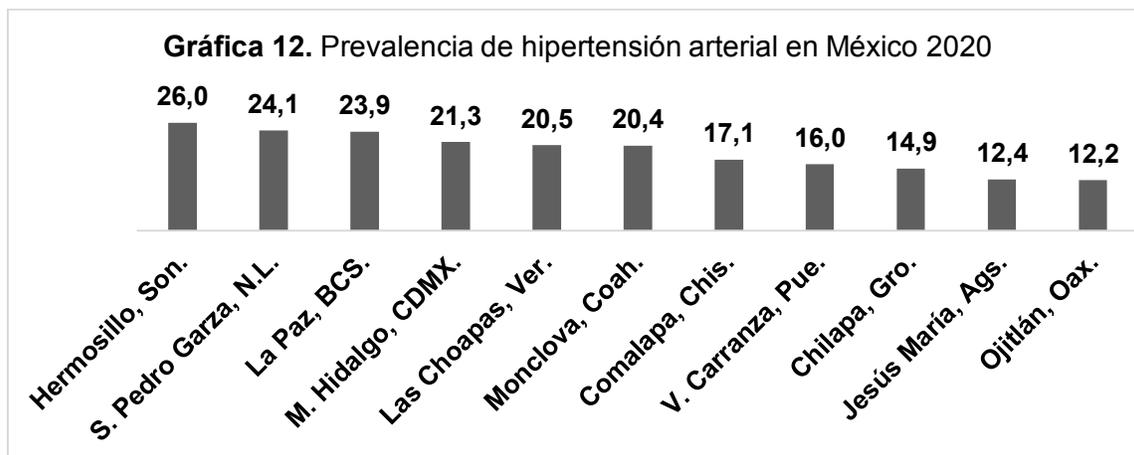
De acuerdo con los datos registrados hasta el día 18 de noviembre del 2020, contenidos en el “COVID-19 Tablero México” de CONACyT, las entidades con la mayor proporción y menor proporción de pobreza consideradas en la gráfica 5 mostraron una importante brecha en materia de letalidad, entendida esta, a partir de la relación entre el acumulado de contagios con relación al acumulado de muertes asociadas a dicho contagio. En este sentido se pudo observar que los estados con mayor proporción de pobreza también registraron una mayor letalidad Frente al contagio por Covid-19. Por su parte Chiapas, Veracruz y Puebla duplicaron la letalidad de casi todos los estados más ricos (ver en el Mapa 1).



Fuente: Elaboración propia (CONACyT, 2020; CONEVAL, 2020<sup>a</sup>)

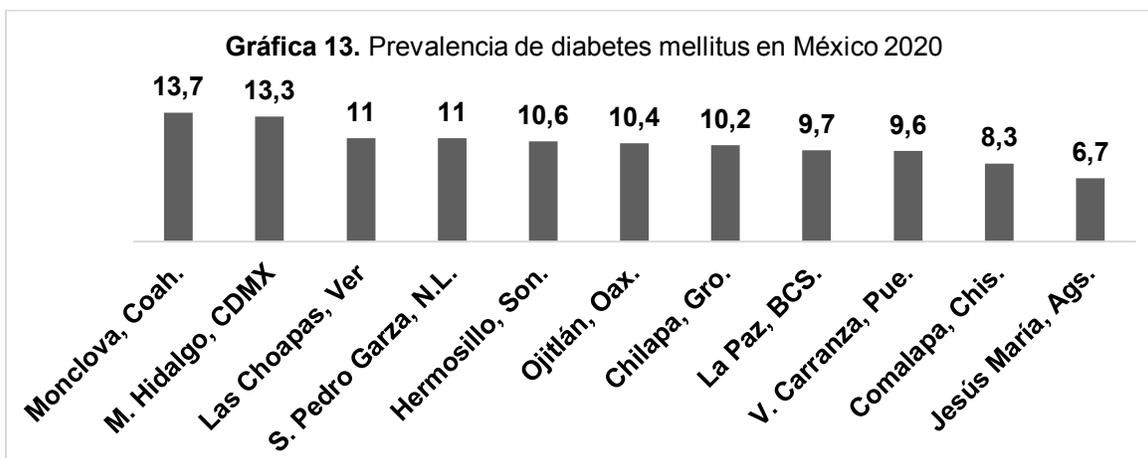
Con base a los datos del tablero COVID-19, la hipertensión arterial es, a nivel nacional, la primera comorbilidad asociada a las complicaciones por contagio de Covid-19, de las cuales la mayoría concluyen en muerte. En este sentido, la prevalencia de los municipios seleccionados, ubicados en los estados con mayor y menor proporción de pobreza,

revelaron que su respectiva condición socioeconómica no guardó alguna coincidencia con la prevalencia de dicha comorbilidad. Tal fue el caso del municipio las Choapas, Veracruz (20.5%) y el municipio de Monclova, Coahuila (20.4%), así como en municipio de Jesús María, Aguascalientes (12.4%) y Ojitlán, Oaxaca (12.2%)<sup>(5,6)</sup>.



Fuente: Elaboración propia (INEGI, 2020).

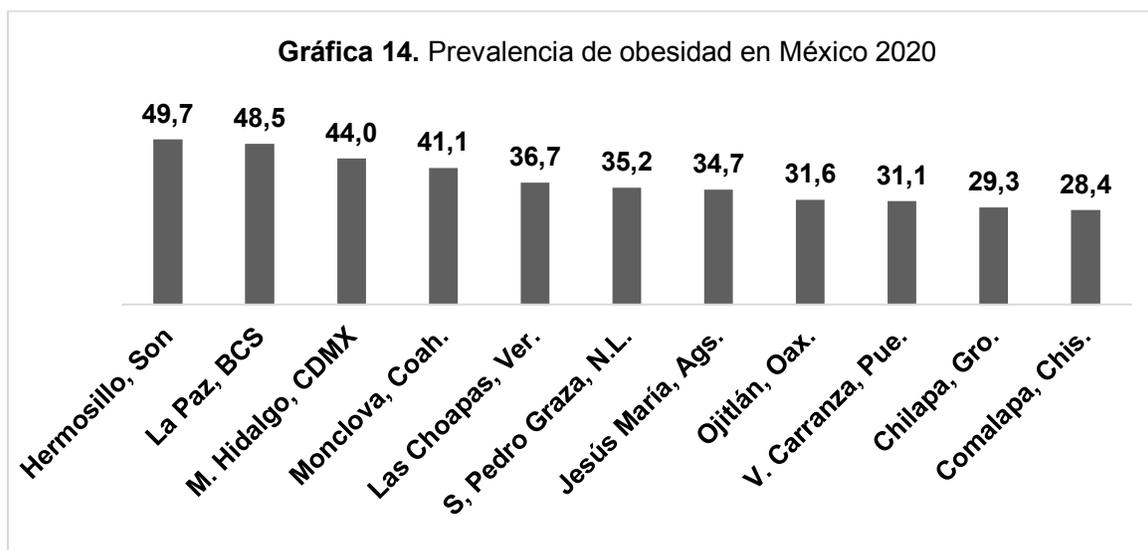
Como segunda comorbilidad asociada a las complicaciones tras el contagio por Covid-19, la prevalencia de diabetes mellitus tampoco coincidió con la proporción de pobreza en los municipios seleccionados, ya que como se puede ver en la gráfica 13, el municipio más rico del país, San Pedro Garza García (Nuevo León), registró la misma proporción de diabetes que uno de los municipios más pobres de México, las Choapas (Veracruz). De igual forma, esta comorbilidad se registró en la misma proporción en el municipio de Hermosillo (Sonora) que en Ojitlán (Oaxaca). Así mismo, el municipio de La Paz (Baja California Sur) registró una prevalencia similar a la de Venustiano Carranza, (Puebla)<sup>(5,6)</sup>.



Fuente: Elaboración propia (INEGI, 2020).

Por último, la prevalencia de obesidad en los municipios seleccionados no representó algún tipo de coincidencia con su respectivas condiciones económica, tal fue la similitud que hubo

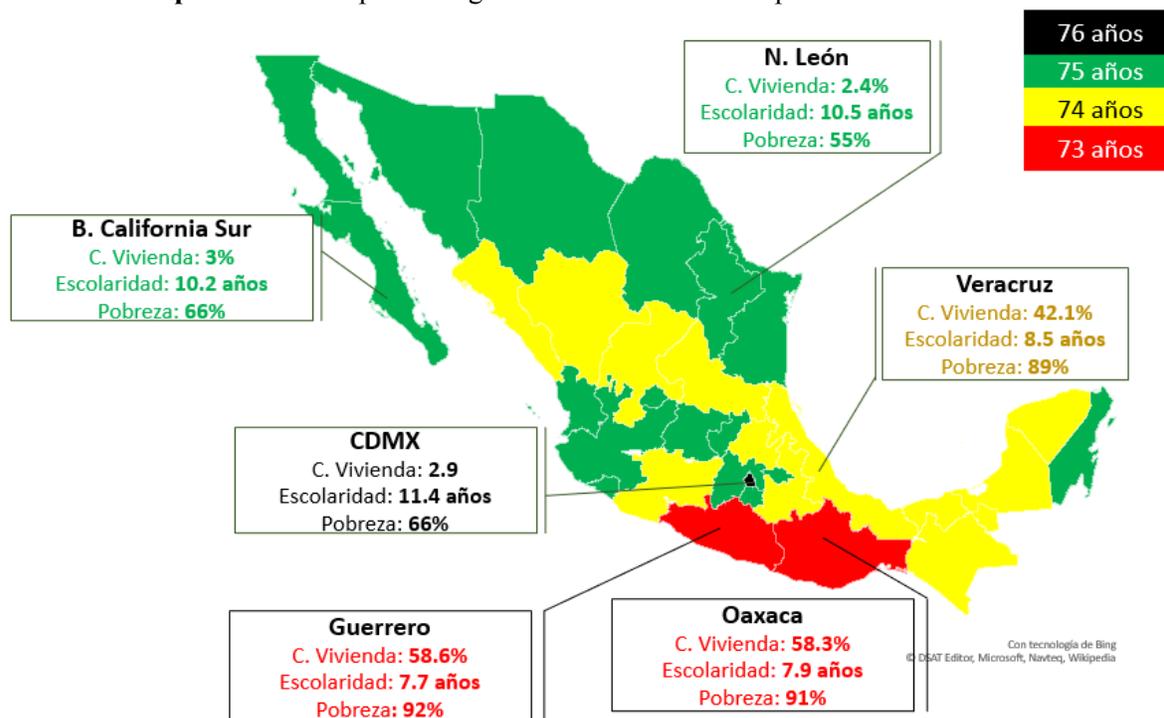
en la proporción de obesidad registrada entre el municipio más rico de México, San Pedro Garza García, (Nuevo León) (35.2%) y el municipio de las Choapas (Veracruz) (36.7%), así como la similitud que se observó entre el municipio Jesús María (Aguascalientes) (34.7%) y el municipio de Ojitlán (Oaxaca) (31.6%)<sup>(5,6)</sup>.



Fuente: Elaboración propia (INEGI, 2020).

Asimismo, se seleccionó un municipio por cada una de las entidades con mayor y menor proporción de pobreza, en el que también se recuperó la proporción de letalidad, además de recuperar el índice de pobreza de cada municipio con base al visor geoespacial de pobreza ubicado en la página de Coneval<sup>(6)</sup>. Con base a dichos datos se pudo observar las brechas que existen entre los municipios de los estados más ricos (los cuales se encuentran en el centro y norte del país), en contraste con los municipios de los estados más pobres (los cuales se encuentran en el sur del país). Además de ello, se pudo observar la coincidencia entre la proporción de pobreza con relación a la proporción de letalidad por contagio de Covid-19. En este sentido el rango de pobreza de las alcaldías municipios o delegaciones más ricas osciló entre el 4.1% y el 25%, frente al rango de pobreza que se observó los municipios más pobres, el cual osciló entre el 67% y el 93.5%. De la misma forma el rango de letalidad entre los municipios más ricos osciló entre el 4% y el 8.1%, en contraste con la proporción de letalidad de los municipios más pobres, la cual se encontró entre 11.6% y el 34.2%<sup>(5,6)</sup>.

**Mapa 1.** Letalidad por contagio de covid-19 en municipios de México 2020



**Fuente:** Elaboración propia (CONACyT, 2020; CONEVAL, 2020a).

## 5. DISCUSIÓN

Desde la perspectiva de la Determinación Social, la salud es concebida como “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”<sup>(46)</sup>. Es decir, la salud, además de estar socialmente determinada, tiene un carácter social en sí mismo, en consecuencia, es concebida en función de los procesos sociales que transforman los procesos biológicos, más allá de las probabilidades de exposición a factores de riesgo<sup>(25)</sup>. Así mismo, el estudio de la salud es abordado como “un proceso histórico (...) complejo 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”<sup>(47)</sup>. En este sentido, el objetivo de la Determinación Social es “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”<sup>(48)</sup>.

Paralelamente, con base a la propuesta teórica de Bourdieu (1998), la proporción de recursos o capitales (políticos, económicos y culturales) de los que esté provisto un agente o grupo social, entendidos como saberes, habilidades y recursos materiales, son los que determinan las disposiciones y la posibilidad de desarrollar prácticas que constituyen la existencia en torno a la experiencia en la multiplicidad de los contextos a los que estén

sujetos los actores sociales. Es decir, a partir de dichos elementos y mecanismos es que se constituye la concepción del *habitus*, expresado como “un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predisuestas 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”<sup>(49)</sup>. Así mismo, a través de la interacción social y el intercambio de capitales, “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”<sup>(49)</sup>.

A partir de ello, la coincidencia entre la distribución diferencial de los capitales, y la posición de los agentes o grupos sociales en la estructura social, aparece como elemento distintivo que permiten ilustrar el panorama explicativo de la desigualdad social, ya que dichas “características distintivas asociadas con la posición correspondiente en el espacio de los estilos de vida, (...) llega a ser una relación inteligible gracias a la construcción del *habitus* como fórmula generadora que permite justificar simultáneamente las prácticas”<sup>(49)</sup>.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para **la Educación**, la Ciencia y la Cultura, abreviada internacionalmente como UNESCO<sup>(50)</sup>, considera que en **la educación** no solo se cimienta la salud, sino también el bienestar, ya sea a partir de conocimientos para desarrollar prácticas de **autocuidado**, así como para el cuidado de los otros, como es el caso del vínculo entre la escolaridad de los padres y la mortalidad infantil. Del mismo modo, Cardozo (2005) señala que a través de la escolaridad se adquieren habilidades, destrezas, entrenamiento y además certificación de los saberes<sup>(51)</sup>. En este sentido, la educación otorga dichas cualidades para competir en el **ámbito laboral** y salarial. No obstante, “la pronunciada desigualdad en los niveles de escolaridad y el creciente rendimiento de la educación son factores que contribuyen a que las diferencias de nivel de instrucción sean la principal causa de la desigualdad **salarial** en América Latina”<sup>(51)</sup>.

De acuerdo con el planteamiento señalado, la población mexicana aumentó su escolaridad de 4.6 años hasta 9.5 años entre 1980 y 2018. Sin embargo, para este último año, las entidades más desfavorecidas como Chiapas y Oaxaca registraron una escolaridad, muy similar a la media nacional en el año 2000. De hecho, si se considera qué aproximadamente la población mexicana tuvo un año de ganancia en materia de escolaridad por cada década entre 1980 y 2018, para que estos dos estados alcancen los años de escolaridad de Nuevo León y CDMX, deben pasar aproximadamente 30 años. Así mismo, con base a una equivalencia entre pesos viejos y nuevos, se determinó que el salario mínimo otorgado en 1980 y 2018 tuvo una pérdida del 66.5%. Sin embargo, el impacto negativo no se observó de manera homogénea en las entidades del país. Para 2018 estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca registraron una proporción de pobres mayor al 90%, es decir, 40% mayor a la de Nuevo León, entidad con menos proporción de pobreza (55%)<sup>(20)</sup>. De hecho, se pudo observar que las entidades con mayor rezago educativo coincidieron con las entidades con mayor proporción de pobreza.

Por otra parte, durante el mismo periodo (1983 - 2018), la población con carencias por acceso a servicios básicos de vivienda disminuyó del 49% al 19%. No obstante, este tipo de carencia en 2018 fue el que reflejó el mayor contraste entre las entidades pobres y ricas. Para el estado de Guerrero, Oaxaca y Chiapas fue aproximadamente 24 veces mayor que el estado más próspero, Nuevo León <sup>(20)</sup>. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud señaló que las condiciones generales de **vivienda**, incluyendo los servicios básicos, representan una de las principales formas de determinación social de la salud<sup>(52)</sup>. Así mismo, agrega que una vivienda saludable debe carecer o mantener factores de riesgo controlados, además de poseer condiciones fundamentales, como ubicación segura, estructura adecuada, espacios eficientes y servicios básicos y de buena calidad, así como muebles, utensilios domésticos, y bienes de consumo seguros y eficientes. En suma, una vivienda adecuada consiste en la durabilidad de su estructura, iluminación, calefacción y ventilación suficiente, incluyendo los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, principalmente<sup>(52)</sup>.

Otro aspecto a señalar, como carencia social íntimamente vinculada a la determinación social de la salud es el acceso y cobertura a servicios médicos, considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”<sup>(42)</sup>. Misma que determina que el efecto negativo que engendra la carencia de acceso universal a servicios de salud, en mayor medida se concentra en las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. Esta situación, además de acentuar la exclusión e inequidad social amplía las brechas en materia de mortalidad y morbilidad materna e infantil entre las poblaciones más pobres y las más ricas<sup>(53)</sup>. Aunque en México la carencia por acceso a servicios de salud disminuyó del 52% en 1983 al 18.7% el año 2018, la disminución se observó especialmente entre el año 2000 y 2018. Sin embargo, pese al ininterrumpido proceso de afiliación al Seguro de Protección Social en Salud (SPSS), la cobertura de intervenciones solo representó el 20%<sup>(37)</sup> con relación a la población afiliada a las instituciones de seguridad social, además de encontrarse desprovista del resto de los componentes que constituyen la seguridad social, por su vínculo laboral.

En resumen, se pudo observar entonces, qué la desigualdad entre entidades, en materia educativa coincidió con la desigualdad económica, y en materia de carencia de acceso a servicios de vivienda y de salud. Esta situación tiene lugar en la propuesta teórica de Pierre Bourdieu, a partir de la interrelación que existe entre los diversos capitales como es el cultural en forma de escolaridad asociado al capital económico, es decir, las entidades con menor capital económico y cultural coincidieron con la carencia de acceso a servicios básicos de vivienda y de salud, entendidos como “diferencias objetivamente inscritas en las condiciones de existencia”<sup>(49)</sup>, las cuales a su vez, permiten configurar un habitus de autocuidado.

Finalmente, aunque las diferencias observadas entre las entidades con relación a dichas formas de determinación social no coincidieron con el estado de salud de la población pobre y rica, como se establece desde la perspectiva de la determinación social, si lo

hicieron en términos de estilos de vida. Por tanto, dicha postura teórica puede extender su consideración y tener lugar a partir de la letalidad, teniendo en cuenta que aquellos municipios ricos, aun compartiendo en la misma proporción las comorbilidades vinculadas a las complicaciones por contagio de Covid-19 con los municipios pobres, la diferencia en términos de letalidad entre estados pobres y ricos, no solo dependió de la diferencia en cuanto al acceso a medios y servicios para llevar a cabo un mejor control de dichas comorbilidades, sea a partir de la diferencia de acceso a servicios de atención médica (incluso privados).

## 6. CONCLUSIONES

Con base al recorrido sociohistórico se reconoce que la escolaridad y su impacto en la cualificación y en el poder adquisitivo de la población, así como el acceso a servicios básicos de vivienda y a servicios de salud, constituyeron las principales formas de determinación social, mismas que tuvieron una creciente coincidencia con el bienestar social y los estilos de vida. Así entonces, dichos elementos al haberse distribuido históricamente de forma diferencial fue lo que amplió las brechas de desigualdad, especialmente en términos de estratos socioeconómicos, lo cual mermó tanto la capacidad como la oportunidad de superar la vulnerabilidad social y la exposición a riesgos sanitarios, o en su defecto, a un mayor control sobre ellos, pues aunque la prevalencia de enfermedades crónicas fueron observadas indiferentemente entre poblaciones con carencias y sin carencias sociales, si se observaron importantes diferencias en materia de letalidad por contagio de COVID-19, es decir, más que la prevalencia de comorbilidades vinculadas a las complicaciones por contagio del virus, fue la distribución asimétrica de las formas de determinación social lo hasta entonces ha configuró las brechas de letalidad por contagio de Covid-19 em México.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras, G. 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 Doctoral]. Universidad Autónoma Metropolitana, 2010; 1: 1-273.
2. Montesinos, R.; Martínez, G. Empresarios, neoliberalismo y las miserias de la transición. El Cotidiano, 2000; 100(16): 90-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32510011.pdf>
3. Ceja, C. La política social mexicana de cara a la pobreza. Geografía y Ciencias Sociales, 2004; 173(8): 157-180. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-176.htm>
4. Botello, M. Evolución del salario mínimo en México de 1935 a 2019. México México, 2020. Disponible en: <http://www.mexicomaxico.org/Voto/SalMinInf.htm>
5. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Covid-19 México. Información General. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2020. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>

6. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Visor geoespacial de la pobreza y la COVID-19 en los municipios. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, 2020. Disponible en:  
<https://coneval.maps.arcgis.com/apps/dashboards/b1dc36ef3b954ba7aa198b3777cf4911>
7. Cámara de Diputados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. Diario Oficial de la Federación, 2020: 1-418. Disponible en:  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Constitucion\\_Politica.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf)
8. García, J. Matrícula y gasto nacional en educación en México, 1976-2000. El Cotidiano. 2003; 117(19): 75-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32511710.pdf>
9. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1991–1994. Diario Oficial de la Federación, 1991: 1-26. Disponible en:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991)
10. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). Panorama educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional 2017. Educación básica y media superior. Secretaría de Education Pública, 2017: 9-555. Disponible en:  
<https://historico.mejoredu.gob.mx/wp-content/uploads/2018/12/P1B116.pdf>
11. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000. Diario Oficial de la Federación, 1995: 9-96. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
12. Cámara de Diputados. Artículo 123. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 2002. Disponible en:  
<https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/2PO2/MARZO/123const.htm>
13. Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y Soberanía Alimentaria (CEDRSSA). Consumo de alimentos. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Plació Legislativo de San Lázaro, 2018: 1-19. Disponible en:  
<http://www.cedrssa.gob.mx/files/b/13/74ENIGH2018-Investigaci%C3%B3n.pdf>
14. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006. Diario Oficial de la Federación, 2001: 2-126. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
15. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012. Diario Oficial de la Federación, 2007: 2-128. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
16. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1996–2000. Diario Oficial de la Federación, 1996: 1-43. Disponible en:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996)
17. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. 2013: 3-128. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019: 1-35. Disponible en: <https://elsoberano.mx/wp-content/uploads/2019/07/INEGI.pdf>
19. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (DGPPEE). Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2018-2019. Secretaría de Educación Pública, 2019: 1-130. Disponible en: [https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica\\_e\\_indicadores/principales\\_cifras/principales\\_cifras\\_2018\\_2019\\_bolsillo.pdf](https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2018_2019_bolsillo.pdf)
20. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Glosario. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
21. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Pobreza en México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>
22. Reza, H. El coronavirus se ensaña con los más pobres. Milenio, 2020. Disponible en: <https://www.milenio.com/politica/el-coronavirus-se-ensana-con-los-mas-pobres>
23. Centro de estudios para el desarrollo rural sustentable y soberanía alimentaria (CEDRSSA). Evolución de la Producción y el Consumo de los Alimentos en México. Plació Legislativo de San Lázaro. 2019: 1-19. Disponible en: <http://www.cedrssa.gob.mx/files/b/13/74ENIGH2018-Investigaci%C3%B3n.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1998. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 1998. Disponible en: <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/enigh-37/17-acervo/acervo/19-encuesta-nacional-de-ingresos-y-gastos-de-los-hogares-enigh-1998>
25. Laurell, A. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales, 1986; (37): 1-10. Disponible en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
26. Cortés, F. Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México. Revista Economía UNAM, 2013; 29(10): 12-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v10n29/v10n29a2.pdf>
27. Bustamante, M. Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Salud Pública de México, 1983; 5(25): 465-482. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/579/567>
28. Cámara de Diputados. Artículo 4o. 3ª Reforma DOF 03-02-1983. Diario Oficial de la Federación, 1983: 2-3. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum\\_art.htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm)
29. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2012: 1-3. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

30. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1984–1988. Diario Oficial de la Federación, 1984: 1-33. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984)
31. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2013–2018. Diario Oficial de la Federación, 2013: 2-141. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>
32. Fajardo, D. Ritmo y rumbo de la salud en México: Conversaciones con los secretarios de Salud 1982-2018. Fondo de Cultura económica, 2018: 1-189.
33. Leal, F. Discutiendo las instituciones de Seguros Especializadas en Salud. Serie Académicos CBS, 2004: 1-115. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/discutiendo-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises/oclc/60717868>.
34. Brachet, V. Historia Universal, Moderna y Contemporánea II. Lecturas para profesores. El Estado benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822-2000). El Colegio de México, 2004: 1-21. Disponible en: <https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/historico-social/historia-universal-2/HUMCII/referencias4.htm>
35. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Secretaría de Salud, 2003: 1-292. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA\\_tomo1.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo1.pdf)
36. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001–2006. Diario Oficial de la Federación, 2001: 15-205. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns\\_2001-2006/pns2001-006.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf)
37. Comisión Nacional de Protección en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CUSES) 2018. Secretaría de Salud, 2018: 1-955. Disponible en: [http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES\\_2018c.pdf](http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf)
38. Secretaría de Salud. Ley General de Salud (LGS). Diario Oficial de la Federación, 2003: 1-143. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
39. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000. Secretaría de salud, 2003: 1-132. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA\\_tomo1.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo1.pdf)
40. Flaman, L. 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, 2015; 1(55): 217-261. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v55n1/0185-013X-fi-55-01-00217.pdf>
41. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de salud, 2012: 1-192. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

42. Organización Mundial de la Salud. Salud en la Américas. Introducción: salud universal. Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-intro.html>
44. Organización Panamericana para la Salud. El primer día de la cobertura universal de salud urge a la “salud para todos, en todas partes”. Organización Panamericana de la Salud, 2014. Disponible en: [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](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)
45. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Vivienda Digna y Decorosa 2018. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018: 11-170. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Estudio\\_Diag\\_Vivienda\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Vivienda_2018.pdf)
46. Morales, C.; Borde, E.; Eslava, J.; & Concha, S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. Salud Pública, 2013; 15(6): 797-808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
47. Casallas, A. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud, 2017; 15(3): 397-408. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
48. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2013; 31: 13-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
49. Bourdieu, P. La distinción, bases y criterios sociales del gusto. Taurus, 1998: 9-594. Disponible en: <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/01/Bourdieu-Pierre-La-distinci%C3%B3n.pdf>
50. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Educación para la salud y el bienestar. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2009. Disponible en: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
51. Cardozo, D. Efectos de la educación en los ingresos. Revista Población y desarrollo. 2005; 29: 60-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5654300>
52. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las Autoridades Nacionales y Locales. 2006: 26-50. Disponible en: <https://docplayer.es/12710041-Reto-del-milenio-en-los-asentamientos-precarios-de-america-latina-y-el-caribe-o-p-t-e-n-o-i-s-a-lu-t-e-p-r-o-v-i-m-u-nd-o-p-p-a-h-p-a-h-o-s-n.html>
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud en la Américas. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad. Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-access.html>