

Territorio Covid: un análisis desde la determinación social.

Covid territory: an analysis from the social determination.

Dra. Alejandra Rodríguez Torres

Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora-Investigadora.
Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 73 Estado de México Oriente.
RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural.
aledefra2013@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Dr. Ernesto Licon Valencia

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Antropología Social. Profesor-investigador.

licona123@yahoo.es

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6353-5748>

Dr. Donovan Casas Patiño

Universidad Autónoma del Estado de México. Profesor-investigador.
RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural.
capo730211@yahoo.es

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Recibido: 03.07.2021

Revisado: 19.07.2021

Aceptado: 21.08.2021

Cómo citar este artículo: Rodríguez, A.; Licon, E. y Casas, D. **Territorio Covid: un análisis desde la determinación social.** Salud y Bienestar Colectivo. 2021; 5 (3): 105-128.

Resumen

El presente trabajo persigue los siguientes objetivos: a) Problematizar el concepto de territorio en la pandemia de COVID-19 a partir de la perspectiva de la determinación social. b) Describir socio-históricamente el territorio de atención de la salud en México. c) Establecer líneas de análisis de las expresiones del territorio de atención de la salud en México de acuerdo a los niveles estructurales macro, d) meso y e) micro. Los efectos de la infección biológica de un virus tienen una determinación social que a su vez reconfiguran un territorio covid que resalta los efectos tardíos de las políticas estructurales neoliberales encrudeciendo las desigualdades e inequidades sociohistóricas. El macro territorio Covid es

complejo en sus determinaciones, estructurado a partir de la trama de actores de la implementación de las políticas donde sería preciso indagar la relación entre política sanitaria y territorio refiriéndonos a la singularidad de lo “sectorial” y a sus diferencias con otras lógicas como la “territorial”, a fin de conformar un territorio-salud considerando los nudos críticos de desigualdades estructurales.

Palabras clave: territorio sociocultural, factores epidemiológicos, infecciones por coronavirus, planificación en salud, determinantes sociales.

Abstract

This paper has the following objectives: a) Problematize the concept of territory in the COVID-19 pandemic from the perspective of social determination. b) Describe socio-historically the territory of health care in Mexico. c) Establish lines of analysis of the expressions of the territory of health care in Mexico according to the macro, d) meso and e) micro structural levels. The effects of the biological infection of a virus have a social determination that in turn reconfigures a COVID territory that highlights the late effects of neoliberal structural policies, starving socio-historical inequalities and inequities.

Keywords: Sociocultural Territory, Epidemiologic Factors, Coronavirus Infections, Health Planning, Social Determinants.

De cuál investigación es resultado el artículo y cómo se financió

Este documento es resultado de la estancia posdoctoral apoyada con la Beca Modalidad 3 del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología 2020-2021 en Antropología Social en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, sin fines de lucro y sin conflicto de intereses.

Introducción

La pandemia vivida desde finales del 2019 ha obligado a replantear y analizar las respuestas sociales organizadas en una forma de experimentación social nunca antes vista. Pese a que el Covid-19 en un primer momento fue el mismo agente detonador, la reacción en cadena fue particular en cada región, de cada país, de cada ciudad y de cada familia. Estos espacios con delimitación física permanecían sin cambio pero sus dinámicas territoriales mostraban un caos interno y externo. Este virus demostró la vulnerabilidad de las fronteras territoriales, aéreas y marítimas, permeando además en todos los sectores económicos, políticos y sociales desde las macro hasta las micro- estructura. Esta pandemia es especial dada las condiciones globales de movilidad social lo que provocó que a diferencia de otras pandemias, el compromiso de la humanidad fuera de orden mundial en un corto lapso de tiempo desafiando todas los recursos materiales, científicos y humanos para su combate.

El contexto histórico por ende marca ciertas características en la forma como se desarrolló y se manejó los problemas derivados por el contagio de COVID-19, demarcando territorios muy característicos en algunos puntos pero también contrastantes, lo cual merece ser analizado e incorporado en el estudio de problemas de salud.

La incorporación de la categoría de territorio tiene como objetivo integrar las dinámicas territoriales en el análisis de las políticas públicas en diálogo con valores de universalidad y ciudadanía, así como la pertinencia de las dinámicas urbanas y el entramado de actores según las diferentes lógicas territoriales. La concepción del territorio, como categoría relacional, implica una redefinición del concepto de territorio usado en las políticas públicas en salud, dando lugar a propuestas más amplias que la del territorio político-administrativo y confiriéndole una mayor densidad teórica. Para avanzar en la ruta de reflexión teórica de las relaciones entre territorio, lugares y salud conceptualizado la relación entre territorio y la epidemia de Covid-19 la apuesta por una territorialización de la salud; esto es, la comprensión del proceso de construcción de salud desde los “pequeños” territorios, como un proceso de apropiación del espacio para la vida y el bienestar común, desde una dialéctica entre las determinaciones globales y las acciones locales de transformación.

a) Territorio y salud

Los espacios físicos, límites geográficos y otros elementos de tipo socio espacial, han sido abordados desde diferentes disciplinas a tanto para explicar fenómenos y procesos intrínsecos, como para analizar su relación y contexto con otros espacios u otros procesos. El territorio es un concepto polisémico y forma parte de los referentes teóricos que tienen como objeto de estudio los múltiples tipos de interacciones entre los seres humanos, los procesos sociales y los políticos-geográficos de un Estado-nación. En este sentido, Santos⁽¹⁾ hace referencia que el territorio no obedece solo a los cambios espaciales producidos por procesos y acontecimientos físico-naturales (geológicos, climáticos, etc) sino que obedece a una dinámica social específica.

El territorio entonces, expresa una construcción social activa y compleja⁽²⁾, asimismo, un análisis sociológico del territorio implica reconocer la lucha y negociación entre múltiples actores con distintas lógicas de gestión, transformación, etc, como un fenómeno multiescalar y complejo dentro de un campo de poder más amplio⁽³⁾. El territorio, según Giménez⁽⁴⁾, conjuga distintas dimensiones, pues constituye, por una parte, un “espacio de inscripción de la cultura”, lo que equivale a una de sus formas de objetivación; sirve como marco o área de distribución de instituciones y prácticas culturales espacialmente localizadas; y, por último, puede ser apropiado subjetivamente, como objeto de representación y de apego afectivo, como símbolo de pertenencia socio territorial.

El concepto de territorio considera los diversos poderes que ejercen diferentes actores sobre un espacio, delimitándolo y diferenciándolo de otros espacios. Bustamante⁽⁵⁾ refiere que “visto desde la antropología o la sociología, el territorio se aborda como construcción social que sirve a las lógicas del capital para su valorización y en el marco de modos cambiantes

de la producción”. Este poder ejercido por los distintos agentes sociales que lo ocupan, conlleva una construcción histórica de los procesos de territorialización en donde lo económico, desde una postura marxista, hasta lo vivido desde las teorías fenomenológicas, construyen y reconstruyen el concepto de territorio, de esta manera: “interpretar el territorio es entonces indagar en lo profundo de esas significaciones inscritas en el decir y posibilitadas por el decir”⁽⁶⁾.

Montañéz⁽⁷⁾ hace referencia a la importancia del territorio como escenario de toda relación social, y de distintos actores, tanto externos como internos, quienes investidos por un poder, ejercen una territorialidad o generan territorios que se yuxtaponen a otros territorios. Esto hace de este concepto una construcción social de carácter histórico, que conlleva el conocimiento del modo de producción dominante y de las relaciones vivenciales de los individuos o las comunidades que se organiza de distintas formas (redes, áreas, conductos, etc.).

En este documento entendemos el territorio como un espacio construido socio históricamente determinado y determinante de subjetividades dentro y fuera de estructuras sociales para mantener el statu quo del Estado representativo. Dado que el territorio tiene una conceptualización compleja y dinámica, es posible de abstracción si lo analizamos desde diferentes niveles (macro, meso y micro) los que transitan en niveles complementarios entre sí denominados desde las salud pública como determinantes sociales. Con esto pretendemos romper la teorización de los procesos territoriales en salud pública vinculada a la definición de territorio como espacio físico y también trascendiendo la perspectiva epidemiológica del riesgo, apegándonos al análisis de la determinación social^a, en una población área geográfica específica y en un periodo de tiempo determinado. Esta propuesta de análisis de la relación territorio y salud bajo una mediación social, deja abierta la necesidad de considerar elementos macropolíticos que articulan (o lo contrario) diferentes dimensiones de la determinación social considerando la distribución desigual territorial, los modos de ordenamiento del territorio, los intereses globalizadores del mercado, etc, es decir, hacer una reflexión crítica a la reconstrucción del vínculo territorio y salud pública.

El presente trabajo está demarcado a México el cual ocupa (a principios de enero del 2021^b) el décimo segundo lugar en de países más afectados por Covid-19 a nivel mundial y junto con Estados Unidos y Brasil, ocupa los primeros lugares en número de casos covid-19 en el continente Latinoamericano.

b) Historicidad del territorio en salud: México ('80-2020).

^a Corriente latinoamericana que rompe con la mirada biológica y factorial de la relación salud-enfermedad entendidas como un proceso histórico, social, biológico y ecológico, interactuando entre sí, y operando entre el individuo, el grupo social y la sociedad misma. (Casas 2013: 3-5)

^b Esta aseveración se fundamenta en las estadísticas otorgadas por el Comunicado técnico diario de la Secretaría de salud (Secretaría de Prevención y Promoción a la Salud 2021:1)

Todo territorio tiene una historia, en este caso el territorio de la atención a la salud mexicano se remonta a una construcción sincrética de los saberes tradicionales colonizados por la medicina europea y transmutada a una medicina moderna dominada por la economía neoliberal. El territorio de salud se configuró históricamente en tres subsistemas de atención a la salud claramente diferenciados: el de seguridad social, el ligado al empleo formal (Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado) e instituciones de seguridad social para trabajadores al servicio de gobiernos estatales. Por otro lado se encuentra el territorio de los servicios privados con una gran heterogeneidad de empresas hospitalarias, clínicas y consorcios que ofertan salud y que presentan una gran diversidad normativa, financiera, organizacional y de servicios de atención médico-sanitaria.

Desde 1982 se iniciaron los procesos de ajuste estructural de tendencia neoliberal y desde entonces los sucesivos gobiernos impulsaron el desmantelamiento de las instituciones públicas⁽⁸⁾. En 1983 Miguel de la Madrid estableció el Programa Inmediato de Reorientación Económica el cual consistió en dos medidas básicas: a) la corrección de las finanzas públicas mediante el recorte del sector estatal, el ajuste de precios y tarifas de sector público y la privatización de empresas gubernamentales no estratégicas; y b) la implementación de una política monetaria restrictiva⁽⁹⁾. En este mismo año se conformó un Sistema Nacional de Salud descentralizado, de coordinación intersectorial y sectorizado, intentando una cobertura nacional de servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad⁽¹⁰⁾. Este proceso pretendía transferir la responsabilidad a la periferia comprometiendo los niveles regionales y locales, así como desarticular estructuras sindicales que eran obstáculos para la flexibilización de las relaciones laborales de los trabajadores de la salud. Esto trajo como consecuencia una insuficiente y desigual asignación de recursos financieros, limitaciones en la infraestructura, desabasto de insumos, de equipo médico, restricciones en la apertura de plazas y contratación de personal, así como negativa de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios⁽¹¹⁾.

El gasto público en salud (el gasto que hacen las instituciones de seguridad social y de las instituciones de población no asegurada) ha tenido un retroceso muy grave, ya que en México el grueso de la población utiliza los servicios públicos de salud, y los rezagos acumulados y el crecimiento poblacional han limitado las posibilidades de ampliación de cobertura y la calidad de los servicios públicos.

El sexenio salinista enfrentó la crisis con un discurso de liberalismo social, el Programa Nacional de Solidaridad⁽¹²⁾, fue la versión más acabada de la política social asistencialista y centralizada. Ese programa buscaba la figura presidencial al margen de las instituciones de bienestar social debilitando las instituciones públicas volviendo a las bases centralistas pero además promoviendo el manejo discrecional de recursos y focalización de las acciones hacia intereses electorales partidistas. En este sexenio se reconfigura el populismo mediante una política de beneficencia y en términos de salud, se refuerza la atención masificada y barata dirigida a grupos marginales (rurales y urbanos) haciendo énfasis sobre el autocuidado, responsabilizando al individuo sobre su enfermedad en un tipo de neo beneficencia sanitaria⁽¹³⁾.

El periodo de Ernesto Zedillo dio paso a la transformación de la seguridad social mediante la modificación de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y la reorganización de los servicios para población no derechohabiente, señaladas en el Programa de Reforma del Sector Salud⁽¹⁴⁾. En conjunto se trató de una transformación de la seguridad social responsabilidad del estado, a una tendencia privatizadora del sistema de aseguramiento y del manejo de fondos de pensiones⁽¹⁵⁾. Este programa aceleró el proceso de fragmentación de la seguridad social y de mercantilización de la atención a la salud.

El sexenio Foxista (2001-2006) se caracterizó por un Plan Nacional de Salud conocido como la Democratización de la Salud en México⁽¹⁶⁾, y contenía la propuesta de creación del Sistema de Protección Social en Salud cuyo componente operativo fue el Seguro Popular⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, cuyo financiamiento tripartita dependía 80 % de aportación federal y el porcentaje restante de las contribuciones estatales y aportaciones de los pacientes con exención de pago a familias con deciles de ingresos I y II. La atención de servicios esenciales formaba parte del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud⁽¹⁹⁾, mientras que los de alto costo se financiaban con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Julio Frenk y Funsalud fueron actores que aprovechando los espacios académicos, políticos y medio de comunicación se encargaron de defender las modificaciones al sistema de salud. Este programa se implementó con el apoyo del gobierno federal sin embargo el Distrito Federal bajo el gobierno de Andrés Manuel López Obrador se resistió a este modelo e instauró su Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el contexto de fortalecimiento de los prestadores públicos contradiciendo la lógica de los paquetes básicos de aseguramiento impulsados por el Seguro Popular. Finalmente el Seguro Popular se aceptó en el 2005 justo en el marco de la contienda electoral por la presidencia⁽²⁰⁾.

Durante el sexenio de Felipe Calderón, el Seguro Popular no sólo se mantuvo sino que se le añadieron componentes como el seguro médico para los niños nacidos a partir del 2006 y la estrategia de “Embarazo saludable”, lo cual segmentó aún más a la población y creó problemas de inequidad en salud⁽²¹⁾. El financiamiento se estructuró desde la lógica de los subsidios a la demanda a través del Seguro Popular, introduciendo la competencia entre prestadores públicos y privados, lo cual motivó la subrogación de servicios hospitalarios, lavanderías, vigilancia y medicamentos. No tardaron las inconformidades con los estados respecto a la aportación de cuotas solidarias para cofinanciar el Seguro Popular y producto de este conflicto las contribuciones territoriales no se materializaron de la forma que fueron proyectadas en la ley.

Para el 2012 en el sexenio Peñaista, el marco de la agenda en salud hacía referencia a la “seguridad social universal” la cual contemplaba un fondo único, financiamiento vía impuestos generales, principio de capacitación y competencias entre servidores, subrogación de servicios, libertad de elección y priorización de intervenciones y padecimientos en forma de “paquetes”. Para lograr estos objetivos Mercedes Juan (Secretaria de Salud) optó por una reforma al artículo 4 constituciones para degradar el Derecho a la Salud⁽²²⁾, con esto se pretendía introducir en las instituciones públicas de salud garantías o paquetes mínimos de intervenciones de salud; homologar institucionalmente protocolos de atención y tarifas para aplicar estos paquetes; crear una “procuraduría” que vigilara e hiciera exigible los paquetes mínimos ajena a todas las

instituciones para que en caso de no poder prestar el servicio se direccionara al paciente con un proveedor alterno (privado)⁽²³⁾. Este periodo tuvo una movilización el 22 de junio 2014 por temas de la relación médico-paciente; criminalización de la práctica; abasto, infraestructura; seguridad a pasantes, internos y residentes; justa remuneración y disminución de jornadas laborales de médicos en instituciones públicas; construcción de más hospitales públicos de Segundo y Tercer Nivel, además de construir corredores para dialogar con los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Se cuestionaba la universalidad de la profesionalización; catálogos de puestos, funciones, grados académicos y sus profesiogramas; planes, programas formativos (NOM-019-SSA3-2013) y creación de plazas; calidad del Sistema Nacional de Salud y condiciones laborales precarizantes⁽²⁴⁻²⁵⁾.

En el sexenio actual de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) se pronunció por hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, reconociendo la segmentación y fragmentación del sistema con la necesidad de incrementar y buscar la sostenibilidad. Los cambios prioritarios abarcaron la política hacia el reforzamiento del primer nivel de atención mediante un modelo de Atención primaria integral y la conformación de redes integradas de servicios de salud. El Programa Sectorial en Salud 2019-2024⁽²⁶⁾ hace énfasis en: “La transformación deberá corresponder a una visión actualizada de la salud pública, basada en el fortalecimiento y modernización de la vigilancia sanitaria epidemiológica bajo un enfoque territorial...Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud para el combate de los efectos negativos de las pandemias, que incorpore un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos”... (p.6). Dentro de los primeros avances señalados en el Primer Informe de Gobierno 2018-2019 se describen las siguientes estrategias⁽²⁷⁾.

a) Redefinición de Redes de Servicios con atención geo-referenciadas desde el primer nivel hasta los hospitales de alta especialidad basadas en datos demográficos, búsqueda de servicios habituales, perfiles de morbilidad, distancias y vialidad, entre otros.

b) Reformulación de Jurisdicciones Sanitarias con las diferentes instituciones en salud concluyendo en la normativa de los Distritos de Salud que fungirán como órgano rector coordinando la operación de las unidades de atención con un enlace técnico-administrativo con la administración federal, estatal y otros sectores relacionados con la salud de la población.

De esta manera podemos observar como el territorio en el área de la salud se fue formando y transformando basado en la concepción que tiene el Estado sobre la “salud”, las “necesidades de salud”, teorizado en las políticas públicas sexenales y materializado en las instituciones públicas y privadas de atención a la salud, así como introyectadas en los servidores públicos, los profesionales del área de la salud y los pacientes. Como se puede observar en la tabla 1 el gasto Público en Salud^c se ha mantenido prácticamente constante y

^c El gasto público en salud consiste en gastos de capital y recurrentes de los gobiernos centrales y locales, incluyendo transferencias a otras instituciones gubernamentales, préstamos y donaciones externas, además del gasto en salud de los sistemas de seguridad social. El gasto privado en salud incluye pagos y co-pagos de bolsillo de las familias por servicios formales e informales de salud, medicamentos, prótesis y seguros

por debajo de los estándares recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Mientras que los países desarrollados destinan un mayor gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (Estados Unidos 14.3%, Alemania 9.5 %, Reino Unido 7.5% ,Italia 6.5%) países en desarrollo de la región como Colombia destina un 5.3% y Chile un 5.2 %, mientras que México ejerce menos de la mitad de ese porcentaje (2.5%), quedando muy alejado de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud donde además para transitar hacia un sistema de salud de cobertura universal se debe destinar por lo menos el 6.0 % de su PIB, este indicador de salud se traduce como una insuficiencia del sistema de atención en salud insuficiente para las necesidades de nuestra población⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Tabla 1. Comparación de indicadores de salud por sexenio (1982-2020)

Sexenio	Gasto Público en Salud (IMSS, ISSSTE, SS)	CAMAS por cada 1,000 hab	NUMERO DE HOSPITALES	Médicos POR 1000 HAB	ENFERMERA S y parteras POR 1000 HAB	NUMERO TOTAL DE HABITANTES
1982-1988 (Madrid)	5.0-4.8	1.7	S/N	S/N	S/N	66,846,833 (1980)
1988-1994 (Salinas)	4.8-7.5	1.2	S/N	1.5	2.09	91,158,290 (1995)
1994-2000 (Zedillo)	2.3-2.01	1.05	S/N	1.5	2.2	97,483,412 (2000)
2000-2006 (Fox)	2.01-2.04	1.02	4,245	1.8	2.3	103,263,388 (2005)
2006-2012 (Calderón)	2.4-2.9	1.03	4,421	2.1	2.5	112,336,538 (2010)
2012-2018 (Peña)	2.9-2.5	.98	4,629	2.3	2.8	119,938,473 (2015)
2020 (AMLO)	2.5	0.9	4,707	2.4	1.14	126,014,024 (2020)

Fuente: Banco mundial (2021) <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?locations=MX> ; INEGI (2021) https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf; Statista (2021) <https://es.statista.com/estadisticas/1147643/numero-de-hospitales-mexico/>

privados de salud; donaciones caritativas y gastos de las empresas con servicios y seguros de salud para sus empleados. (OPS-OMS 2021)

En cuanto a los indicadores de número de camas número de hospitales, número de enfermeras por nombrar algunos, se puede observar el mismo efecto. Estos son datos sobre los recursos disponibles para los sistemas de salud para que los gobiernos puedan determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de la población. Las camas hospitalarias se utilizan para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios. No hay una norma general a escala mundial para evaluar la densidad de las camas hospitalarias en relación con el total de la población, sin embargo basta comparar la Región de Europa donde hay 63 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, frente a la Región de África donde hay 10 camas⁽³⁰⁾. Tampoco hay una regla de oro que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, la OMS estima que los países con menos de 23 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 10.000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁽³⁰⁾. La densidad de los recursos de infraestructura en salud^d son deficientes, sumado a la inequidad condicionada por la priorización de la dotación de recursos a la población asalariada (trabajadores y sus familias) en comparación a población abierta. Además la densidad de recursos es mayor en entidades con mayor grado de desarrollo económico y social.

Con todo esto podemos señalar que México recibía a la pandemia de covid -19 en condiciones de faltas estructurales en el área de la salud, así como materiales y humanas heredadas de sexenio en sexenio caracterizando un territorio precarizado, fragmentado, inequitativo, desigual, heterogéneo y vulnerable.

c) En lo macro

A mediados del siglo pasado, el combate de las enfermedades transmisibles organizó el modo de pensar y de hacer política sanitaria se forjó un modelo de intervención denominado “programas verticales”, que sigue vigente y convive con otras formas (denominadas “horizontales”) de concebir la política sanitaria, a través de una estrategia que comprendía la fijación de normas de atención, la organización adecuada de los recursos y la racionalización del uso de la tecnología, en una concepción mecanicista de la organización sanitaria que jerarquizaba el poder central y buscaba un despliegue geográfico cercano a la idea de “control militar del territorio”. La enfermedad era considerada un problema de carácter local que afectaba a áreas particulares, La “aproximación horizontal” dominó gran parte de las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de finales de la década de los setenta. La Declaración de Alma Ata⁽³¹⁾ definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de “atención primaria de la salud (APS)”, estrategia fundada en la prevención de

^d El concepto de densidad de recursos para la salud se refiere a la razón que existe entre los recursos que se utilizan para satisfacer las necesidades de salud y la población objetivo a la que están dirigidos esos recursos...considerar que los recursos que existen con determinados grados de densidad o concentración con respecto a la población no necesariamente están disponibles para esa población. (Conamed 2016: 21)

la enfermedad y en la promoción de la salud. El “territorio como el espacio de lo próximo y la participación” de la comunidad estuvo presente en aquellas definiciones y se forjaron en el contexto de los cambios que se sucedieron en el modo a través del cual pensar la política social y el rol del Estado. La APS fue adquiriendo así distintos contenidos, a la vez que mantenía ciertos rasgos comunes referidos a la noción de gestión de “lo próximo”, a la jerarquización de la escala “barrial” y a la noción de “comunidad”. En ese momento se hizo la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (Silos) lo cual amplió el espacio de proximidad del equipo de salud a una escala mayor, construida a través de los procesos de descentralización, en donde adquiere particular relevancia el gobierno local como actor político y administrativo.

En la Declaración de Atenas de 1998, la OMS inició la propuesta de municipios y ciudades saludables; en América Latina, adoptó el nombre de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables⁽³²⁾. En esta propuesta, el espacio local cobra un doble significado: es la unidad territorial, a la vez que el conjunto poblacional de referencia para el diseño de acciones de promoción y prevención en salud. A esta propuesta asumía el territorio y agrega en segundo término los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) documentado en el año 2008 por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud⁽³³⁾. Esta perspectiva postula que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud y las grandes desigualdades sanitarias entre y dentro de los países son consecuencia de una distribución desigual del poder, de los ingresos, de los bienes y de los servicios. El informe postula que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno “natural”, sino el resultado de la combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

Más recientemente, surge el planteamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), también propugnada por la OMS/OPS, regresa a los servicios capitalizando contribuciones del enfoque de APS vinculadas a los estudios del desempeño en la atención. Respondiendo a los problemas derivados de la “fragmentación”, la conformación de redes permitiría integrar los servicios de salud, aportando equidad y eficiencia a los usuarios⁽³⁴⁾.

En este recorrido se advierte una transformación del lugar del territorio en el sector salud, como herencia de esta construcción histórica, la teorización de los procesos territoriales en salud pública ha estado largamente vinculada a la definición del territorio como espacio físico externo, que se entiende como referencia a un espacio que enferma o que cura, a zonas insalubres o salubres.

La propuesta de la determinación social constituye un avance significativo para considerar la relación territorio y salud bajo una mediación social, pero deja abierta al mismo tiempo la necesidad de considerar elementos macro políticos que articulan esas diferentes dimensiones de determinación social de manera compleja, especialmente cuando se considera que la distribución de desigualdades territoriales no es azarosa, ni el mero efecto de las características espacio-ambientales de los territorios (locales, regionales, nacionales).

A esta propuesta y en el marco de la emergencia de la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana se ha propuesto un marco de análisis enfocado en la “Determinación

social de las desigualdades en los procesos salud-enfermedad-atención-muerte” resaltando que estos procesos se llevan a cabo de manera diferenciada y jerarquizaciones sociales que definen el acceso, la calidad de los servicios de salud, la violencia estructural, las condiciones de vida y otros procesos que inciden sobre la enfermedad, la salud y la muerte.

En este sentido el Territorio de la salud de México en términos del primer informe del 2019 estaba constituido por 22, 656 unidades en instituciones del sector público, 1,395 unidades de hospitalización, 89, 852 camas censables, 235, 835 médicos del sector público de salud, 326,989 enfermeras para una población según el último censo del INEGI del 2020 de 126, 014, 024 habitantes, con una edad mediana de 29 años siendo el Estado de México la entidad más poblada con 16, 992, 418 habitantes y la Ciudad de México con 9.2 millones de personas y el 73.5 por ciento con afiliación a algún servicio de salud pública⁽³⁵⁾.

Pese a los principios de atención universal existen grupos sociales en desventaja que presentan mayor vulnerabilidad de enfermar y morir que fue evidente en la mayor marginación municipal, así como en personas indígenas que radican en la parte sur del país, asociados con las mayores tasas de pobreza y desigualdad socioeconómica, con menores accesos a atención médica y acceso a la atención de complicaciones, sumado a las dificultades culturales y lingüísticas al recibir tratos discriminatorios⁽³⁶⁻³⁷⁾. Las vulnerabilidades de la población cambian de lugar a lugar y no siguen un patrón territorial homogéneo, por lo que los indicadores nacionales son sólo referentes ya que los procesos locales particulares requieren de intervenciones *ad hoc* a las características de cada lugar. Es en esta lógica que se decidió la programación de la vacunación bajo un enfoque primario de mayor vulnerabilidad por lo que desde el 24 de diciembre 2020 se inició con la población adulta mayor que reside en zonas rurales dispersas y progresivamente en las áreas metropolitanas⁽³⁸⁾.

Otro nudo crítico a considerar en la dinámica del territorio de la salud se encuentra en la “movilidad”, siguiendo a Gutiérrez⁽³⁹⁾, se entiende por movilidad una práctica social de viaje en la que se ponen en juego deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) y capacidades de satisfacerlos. Paradójicamente la movilidad se constituyó un determinante de riesgo para adquirir la enfermedad y en quienes estaban enfermos y buscaban atención, la movilidad se convirtió en “trayectorias de peregrinación” en la búsqueda de espacios de atención. Estas “rutas al bienestar” como señala Gutiérrez⁽³⁹⁾ muestran que los traslados y sus costos en tiempo y dinero son factores que intensifican las inequidades en la distribución de los servicios de salud aún en áreas metropolitanas.

La “lógica sectorial” que organizan a las políticas públicas en salud, está regida por el principio de especialización; su dinámica intra e inter organizacional está dominada por la legitimidad que le confiere la legalidad de las normas; y, por último, la importancia que adquiere el conocimiento científico-técnico en sus sistemas de justificación. La “lógica territorial”, por otra parte, se sostiene en la horizontalidad de las relaciones entre los actores, en la particularidad de sus intereses y perspectivas. Ambas lógicas, “sectorial” y “territorial” tensionan en la implementación de las políticas ya no por problemas o imprevisiones de su diseño, sino por la naturaleza misma de los procesos que tienen lugar con la territorialización de las políticas. Asumir esta tensión en el análisis de la política

sanitaria supone dar cuenta de los modos a través de los cuales se combina un doble rol de la acción del gobierno: el de “agente regidor” impuesto por las normas y dominado por aquella lógica sectorial, y el “actor gobernante” impulsado por la complejidad de las demandas sociales y políticas que se expresan en el territorio, se trata de dar cuenta de las “formas híbridas de regulación” en las que “gobierno” y “gobernanza” se combinan en el territorio⁽⁴⁰⁾.

d) En lo meso

En el territorio coexisten grupos sociales con diversos grados de formalidad, cada uno de los cuales, participa en el proceso de construcción de la estructura cultural con una dinámica específica de acuerdo a su grado de participación institucional y a sus condiciones de tipo socioeconómico. La red puede ser tanto vertical como horizontal, la horizontal involucra efectores del mismo nivel de atención mientras que la integración vertical se compone de un continuo asistencial.

Desde las reformas en salud la descentralización se pretendía otorgar mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos, esperando obtener mayores niveles de eficiencia en la micro gestión de los hospitales públicos. Por lo cual se promovió la delegación de los poderes hacia el interior de la organización hospitalaria, favoreciendo al desarrollo de nuevos modelos de gestión más adecuados a las condiciones locales desde hace años estas instituciones han venido transitando un constante deterioro generado por la falta de recursos materiales, de personal y de infraestructura. Por otro lado, los límites del sistema burocrático y las tensiones políticas y sociales continúan empobreciendo a dichas organizaciones públicas, a la vez que redefinen la relación entre los sujetos y la estructura formal organizacional. Estos factores han ido promoviendo un ambiente de incertidumbre y desprotección laboral dentro de estos hospitales, el cual determina las condiciones de precariedad en que los trabajadores llevan a cabo su labor y por ende del servicio de salud que brindan. Desde inicios del siglo, en México la calidad de los servicios privados ha sido evaluada de forma positiva por la población, ya que en ellos los tiempos de espera son menores y se percibe que existe más probabilidad de que los problemas de salud se resuelvan. En contrapartida, históricamente los recursos con que cuentan los servicios públicos han sido menores a los requeridos dada su demanda de atención. En el contexto de la epidemia de COVID-19, esto ha implicado que los servicios públicos han llegado a saturarse a pesar de los esfuerzos gubernamentales. De este modo, el problema radica en que la atención a la salud en México se ha mercantilizado y eso implica que pocos tienen acceso a servicios de calidad, pues el acceso a ellos depende de la capacidad adquisitiva de las personas. El gobierno de México ha propuesto la integración de un sistema de salud único para reducir las barreras para el acceso. Para que esto sea alcanzado con éxito deberá garantizarse que la calidad de los servicios públicos sea tan eficaz como parecen ser los privados.

Según la OMS, la urbanización representa uno de los mayores desafíos sanitarios del siglo XXI impactando en la salud de múltiples maneras: calidad del agua, características del medio ambiente, la convivencia cotidiana, expresiones de violencia, modificaciones en los

modos de vida⁽⁴¹⁾. Ejemplo de las expresiones en el nivel meso se pueden observar en la saturación y el estado de los servicios públicos para el transporte de pasajeros a nivel urbano, los cuales pueden representar un foco de propagación importante, si los recursos presupuestales, el personal y las acciones de mantenimiento no garantizan la higiene necesaria para los usuarios. El hacinamiento y la sobrecarga de pasajeros en el transporte urbano y conurbado evitan la sana distancia que conviene tener y es un desafío importante en caso de no tomar medidas de aislamiento y distanciamiento social.

Las viviendas con un espacio reducido se convirtieron en centros de microepidemias, evidenciando las dificultades para hacer efectivas recomendaciones como “quédate en casa” y “lávate las manos”, haciendo evidente la precarización de la vivienda consecuencia de los procesos de mercantilización y privatización de urbanización de bajos ingresos expandido sectorial y territorialmente hacia bienes de uso degradados sobre todo en poblaciones de ingresos bajos⁽⁴²⁾.

El confinamiento en los hogares tuvo algunos efectos no deseables tanto en el ingreso como en aspectos psicológicos de manera individual y familiar. La eficacia de esta medida preventiva depende del bienestar que proporcione la vivienda, es decir su habitabilidad, consistente en un diseño estructural adecuado y provista de servicios esenciales como agua, energía eléctrica e internet, así como el acceso a hospitales y otros servicios de salud⁽⁴³⁻⁴⁴⁾. La creación social del hábitat era una responsabilidad del Estado, sin embargo las reformas liberales de la política de vivienda dejó la responsabilidad a desarrolladores privados⁽⁴⁵⁾. La pandemia por Covid-19 ha reformulado la noción de habitabilidad y pone en evidencia las deficiencias estructurales y de significación social de la vivienda bajo la lógica del mercado, el malestar por el resguardo domiciliario prolongado por la necesidad de ingresos, la contraposición de las necesidades sanitarias con la convivencia social, resurgiendo algunos productos de primera necesidad como el internet, el cual fungió como paliativo para las áreas educativas, el abasto de víveres y alimentos, así como de medicamentos, geolocalización de hospitales y de atención médica pública y privada; además de ser un medio de comunicación familiar y de ocio indispensable para la dinámica e interacción social.

De acuerdo a estudio de la UNAM 71% de las personas fallecidas vivían en condiciones de pobreza y su principal carencia era la vivienda digna⁽⁴⁶⁾, aunado a los problemas de estructura se suma los problemas de pago de alquiler y de hipoteca empeorando como consecuencia de circunstancias sobrevenidas debidas al coronavirus. Esto generó una movilización de familias a entidades con viviendas más baratas como el Estado de México, Querétaro y Yucatán (Navarrete, 2021), modificando la tendencia por la renta de casas por encima de departamentos y una baja en las búsquedas de compra de inmuebles⁽⁴⁷⁾.

e) En lo micro

La apropiación del territorio implica fortalecer las relaciones existentes entre las comunidades y sus ecosistemas, basadas en las instituciones, los líderes y actores sociales de las organizaciones no gubernamentales; de las relaciones urbano- rurales y del

conocimiento e interacción con la biodiversidad. Pero también de las relaciones político-administrativas regionales, de su importancia a nivel nacional y del grado de globalización en que se encuentre la comunidad. La territorialidad deviene una categoría relacional, que permite seguir la configuración de los procesos de salud, a través de distintos órdenes espaciales. Si en un territorio una misma condición clínica es percibida de manera similar por dos individuos, esta misma condición puede ser percibida de manera diferente por otros individuos que habitan otro territorio diferente; esto origina diferentes necesidades, no solo hacia los servicios de salud, sino también hacia las estructuras políticas de gobierno. Si en cada territorio existen diferencias tanto en la salud como en la percepción de la misma por parte de los individuos y de las poblaciones, las diversas necesidades en salud originadas en ellas requieren respuestas diseñadas para solucionarlas de manera específica. Esto requiere de planificación urbano-regional flexible, en los cuales se fortalezcan las relaciones político-administrativas regionales con base en las instituciones, líderes y actores de organizaciones no gubernamentales, y orientados a la construcción de estructuras culturales, se constituyen en elementos críticos. En el proceso de construcción social del territorio, hay múltiples actores, variadas estrategias y varios tipos de capitales apropiados por los grupos sociales para ejercer dominación política o resistencia y conflicto⁽⁴⁸⁾. El espacio social se “densifica” y se torna complejo, pero al mismo tiempo permite visualizar las estrategias desplegadas por los actores sociales menos favorecidos que desde la perspectiva puramente económica pueden no ser tomadas en cuenta. Las desigualdades en salud están social y políticamente localizadas y varían en el tiempo; las relaciones socios espaciales injustos se materializan en diferentes escalas de la vida para dar lugar a procesos de fragmentación y segregación socio-espacial, que dificultan la apropiación de recursos (económicos, sociales, espaciales, simbólicos) para la construcción de vidas saludables. Los procesos económicos, políticos y sociales situados en los microterritorios resultan así limitantes de la salud. Se tiene, entonces, que la dinámica político-administrativa de la población ubicada en un territorio, es un factor determinante de la salud, pero también de la satisfacción de las necesidades en salud expresadas por dicha población. Hallar una explicación plausible a esta performatividad del territorio, pasa sin duda por el proceso de análisis teórico con constantes incursiones a la etnografía, las desigualdades territoriales en salud deben entenderse también por la construcción social de la experiencia individual y colectiva.

Categorías como apego al lugar, identidad de lugar, acciones colectivas y sentido de comunidad, son también centrales para situar la relación entre salud y territorio; pues si la salud no es el mero producto de las mentes individuales, sí es el resultado del capital social, de los procesos colectivos de apropiación y transformación de esas condiciones desiguales de existencia.

Frases como: ...”Para la gente que estamos aquí con nuestros fallecidos, que nos entreguen a nuestros cuerpos completos porque sabemos que no existe el COVID. Aquí a mi hijo lo inyectaron, yo creo que para matarme a mi hijo”⁽⁴⁹⁾... no sólo se trató de comentarios en redes sociales, también fueron discursos que alimentaron el odio contra el personal de salud y la manifestación de descontento social por la ruptura del contrato social y la pérdida de

legitimidad de las instituciones de salud...”les ofrecieron a los doctores dinero en todos los hospitales de gobierno, incluyendo el IMSS, el ISSSTE, etcétera...”⁽⁵⁰⁾.

Por otro lado se encontraban los trabajadores de la salud manifestando a lo largo del todo el país sobre la falta de insumos, de materiales básicos, de incertidumbre por la falta de protocolos de atención y sobre todo la falta de apoyo por parte de sus autoridades institucionales y representantes sindicales, siempre bajo anonimato a fin de evitar represalias... “no se tiene claro quién necesita la N95, los directivos la traen, los pasantes. Cuando nos enfrentamos al paciente grave, ya no va a haber. Ya no traemos bata blanca. Nos cambiamos en la entrada de la casa, y muchos mandaron a sus hijos con sus abuelos”⁽⁵¹⁾. El territorio Covid se extendió a la vida extrainstitucional, desterrándolos de sus hogares, de sus familias y sufriendo estigmatización y rechazo.

La precariedad del estado y desigualdades regionales con la ineficacia de las instituciones estatales han alimentado la cultura de la intolerancia y la violencia. En este sentido, la presencia precaria o excluyente del Estado permea en una escasa diferenciación entre los ámbitos público y privado. La territorialidad de la dominación mediante la experiencia de la espera en las Instituciones del Estado creando y recreando subordinación a partir de la producción y reproducción de incertidumbre, arbitrariedad y burocracia. La demanda de atención desde el “afuera” hacia el “adentro” de las instituciones hospitalarias, en el que se imponen nuevos tiempos, espacios y territorialidades.

Conclusiones

Estas disparidades asociadas a inequidad, la etnicidad, la región y la falta de accesibilidad a los servicios de salud, la precarización material y humana de recursos humanos en salud, y otros efectos tardíos del capitalismo salvaje, muestran que los efectos de la infección no sólo se deben a las características biológicas del Covid-19, sino que tienen una determinación social crucial. Es fundamental considerar que, ante un mismo problema de salud, los recursos (o la falta de ellos) para afrontarlo dependen en gran medida de la responsabilidad del Estado como garante de la salud y no debe estar supeditado a la categoría de ciudadano o derechohabiente. Así, las consecuencias de la epidemia no sólo deben pensarse como producto de un nuevo agente infeccioso, sino como la interacción de este con las estructuras sociales de cada país, es decir todo lo biológico se vuelve economía, sociedad y cultura. El territorio-covid se construye entre relaciones sociales desiguales e inequitativas que afectan la salud humana, que provienen de mecanismos de inequidad configurados históricamente al interior del sistema capitalista que depende de la emergencia de la solidaridad para aminorar la enfermedad y enfrentar la muerte. Pero la emergencia de este valor, no elimina el compromiso del Estado, ni de las instituciones públicas representantes, de garantizar el acceso y el disfrute de derechos en salud.

A nivel macro el territorio- COVID es complejo en sus determinaciones, estructurado a partir de la trama de actores de la implementación de las políticas donde sería preciso indagar la relación entre política sanitaria y territorio refiriéndonos a la singularidad de lo

“sectorial” y a sus diferencias con otras lógicas como la “territorial”, a fin de conformar un territorio-salud considerando los nudos críticos de desigualdades estructurales.

Más que una jerarquización lineal desde lo global hacia lo local el considerar las escalas espaciales implica atender a la simultaneidad de procesos y la multiplicidad de tramas históricas y socioculturales que muestran la coexistencia de lo global y lo local en los lugares de la vida cotidiana y las acciones de las personas sobre sus territorios.

La reflexión respecto de esta transacción entre microterritorios y macroterritorios conlleva tres importantes consideraciones para la teorización del proceso de salud-enfermedad en la salud pública:

- 1) Romper con el paradigma biomédico predominante de riesgo: biologista y segmentario. Es necesario incorporar las dinámicas territoriales, ya que están determinan las acciones y las conductas en las lógicas sociales y económicas que se susciten en situaciones como el distanciamiento social, el uso de cubrebocas, y otras acciones pensadas desde el higienismo pero que no se conecta con el sentido común de los colectivos.
- 2) Ampliar la reflexión sobre el territorio en la salud pública para profundizar en la teorización del vínculo entre las personas y de las personas con sus territorios como soportes de vidas saludables, construcción de espacios y viviendas saludables, protección de los ecosistemas, uso adecuado y responsable de recursos naturales, participación social en temas de ecología, reforestación, cuidado del agua, etc.
- 3) Se requiere un territorio-salud demarcado por los vínculos entre políticas públicas incluyentes, justas y equitativas, prácticas creativas, y producción de subjetividad considerando las diferentes expresiones de resistencia ante la pérdida de la legitimidad de las instituciones del Estado en materia de salud, las cuales evidenciaron las carencias materiales y de recursos humanos de construcción socio histórica, lo cual requiere ser visualizado y estar en los primeros puntos de las agendas de temas de salud.

Referencias

- 1.- Santos, M. La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción. Barcelona: Editorial, Ariel Geografía. 2018:348
- 2.- Rodríguez-Páez, F.; Vaca, D.A. y Manríque, L.V. “Revisión de los conceptos de territorio, población y salud en el contexto colombiano”. Cien. Tecnol. Salud. Vis. Ocul. 2012: 10 (2): 79-92.
- 3.- Long, N. Sociología del desarrollo: Una perspectiva centrada en el actor. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México: Ciesas / El Colegio de San Luis.2007
- 4.- Giménez, G. “Territorio, cultura e identidades: la región socio-cultural”, en R. Ortega (coord.), Globalización y regiones en México, México: Porrúa. 2000: 29-30

- 5.- Bustamante, J. “Desarrollo y territorio. Visiones teóricas y empíricas del desarrollo territorial”. En J. Bustamante, compilador. *Desarrollo y territorio. Visiones teóricas y empíricas del desarrollo territorial*. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. 2011: 21
- 6.- Vergara, N. “Complejidad, espacio, tiempo e interpretación. Notas para una hermenéutica del territorio”. *Alpha*: 2009, 28: 233-244.
- 7.- Montañez, G. Geografía y teoría social. Espacio y territorios: razón, pasión e imaginarios. Red de estudios de espacio y territorio. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2001
- 8.- López, O & Jarillo, E. “¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud”. *Medicina Social*: 2015, 10 (1): 1-13.
- 9.- Lara, A.; Gómez-Dantés, O; Urdapileta, O y Bravo, ML. “Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995”. *Salud pública de México*; 1997,39 (2): 102-109.
- 10.- Soberón, G, Kumate, J y Laguna, J. La salud en México: testimonios 1988. México DF: Secretaría de Salud. 1988.
- 11.- López, O. “La Política de Salud en México 1982-88. Una Visión Crítica”. (Master diss. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1990). 1990: 99-100.
- 12.- López, O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? In: C. Laurrell (ed), *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*, 165-183, México, D.F.: Fundación Ebert. 1992: 165-183
- 13.- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud 1990-1994. 1994. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991
- 14.- Programa De Reforma Del Sector Salud. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. 1995. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#:~:text=El%20Programa%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud%201995%2D2000%20es,seguridad%20social%2C%20para%20evitar%20la
- 15.- Uribe, M & Abrantes, R. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perf. Latinoam*; 2013,21(42): 135-162 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006
- 16.- Secretaria De Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. 2001. http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
- 17.- Diario Oficial De La Federación. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de 1994. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014

- 18.- Barba, Carlos. “La reforma de la Ley General de Salud en México y la creación del Seguro Popular”. En E. Valencia (coordinador). *Perspectivas del universalismo en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Fundación Konrad Adenauer. 2010: 87-102.
- 19.- Secretaría De Salud. 2016. “Catálogo Universal de servicios de Salud CAUSES 2016”. Accessed March 5, 2021. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/CAUSES2016.pdf>
- 20.- Proceso. Da AMLO luz verde al Seguro Popular en el DF. Proceso, February 4, 2005, <https://www.proceso.com.mx/nacional/2005/2/4/da-amlo-luz-verde-al-seguro-popular-en-el-df-50602.html>
- 21.- Valencia, E; Rodríguez, DF; Tetreault, D. 2012. Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI. Santiago de Chile: Naciones Unidas. <https://core.ac.uk/download/pdf/38672276.pdf>
- 22.- Senado De La República. Participación de la Secretaría de Salud Mercedes Juan, en la Semana de Seguridad Social. 2014. <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>
- 23.- Leal, G. “Recortes en salud, ¿a quién le toca?”, La jornada, September 24, 2016, <https://www.jornada.com.mx/2016/09/24/opinion/015a2pol>
- 24.- Leal, G. “Medicina y enfermería: dos pliegos para mejorar la salud”, La Jornada, January 15, 2015, <https://www.jornada.com.mx/2015/01/17/opinion/015a2pol>
- 25.- Leal, G. Manufacturando un consenso mediático. La seguridad social universal de Peña Nieto-Levy”. *Estudios Políticos*. 2015; 34: 65-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.espol.2014.09.001>
- 26.- Secretaría De Salud. “Programa Sectorial de Salud”. 2019. <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf>
- 27.- Presidencia De La República. “Informe de Gobierno 2018-2019”. 2019. <https://presidente.gob.mx/wp-content/uploads/2019/09/PRIMER-INFORME-DE-GOBIERNO-2018-2019.pdf>
- 28.- Murillo, B & Almonte, LJ. Gasto público en salud y su composición, el caso de México. *Economía UAEMEX*; 2020, 13 (3): 37-41. Disponible en: <http://economia.uaemex.mx/Publicaciones/e1303/Gasto%20pblico%20en%20salud%20y%20su%20composicion.pdf>

- 29.- Méndez, JS. La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. 2020. <https://ciep.mx/la-contraccion-delgasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>
- 30.- OMS. “Personal sanitario, infraestructura y medicamentos esenciales”. 2009. https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf
- 31.- OPS. “Declaración de Alma-Ata”. 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/alma-ata-1978declaracion.pdf>
- 32.- OPS. Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. Washintong, D.C: OPS.2005. <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/MCS.pdf>
- 33.- OMS. “Determinantes sociales de la salud”. 2021. https://www.who.int/social_determinants/es/
- 34.- OPS. 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS. p.61. Disponible at https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- 35.- INEGI. En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de población y vivienda 2020. 2021 https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
- 36.- Ortiz-Hernández, L & Pérez-Sastré, MA. “Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana”. Rev Panam Salud Pública; 2020; 44:e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.106>
- 37.- Suárez-Lastra, M; Galindo-Pérez, C; Rosales-Tapia, AR; Salvador-Guzmán; LE. “Territorio y vulnerabilidad ante COVID-19 en México”. Observatorios de las Ciencias sociales. . <https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2020/10/Covid-15-Su%C3%A1rez.pdf>
- 38.- Gobierno De México. Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de COVID-19 en México. 2021. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf
- 39.- Gutiérrez, A. 2009. La movilidad de la metrópolis des-igual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires. In: XII Encuentro de geógrafos de América Latina. Montevideo [Internet]. <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/85.pdf>

- 40.- Chiara, M. "Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación". Rev. Gerenc. Polít. Salud, 2016, 15(30): 10-22. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.tpps>
- 41.- Di Virgilio, MM." La dimensión territorial de la política sanitaria". In: M. Chuara (compiladora), Gestión territorial integrada para el sector salud. Los Polvorines: Universidad Nacional de Sarmiento. 2015: 47-62.
- 42.- Pérez, P. Los servicios urbanos en la urbanización de América Latina. En: A. Ziccardi, y A. González (coords), Habitabilidad y política de vivienda en México. México: UNAM. 2015: 433-442.
- 43.- Onu-Hábitat. 2015. "Organización de Naciones Unidas, Hábitat". Accessed February 20, 2021. <https://onuhabitat.org.mx/index.php/elementos-de-una-vivienda-adecuada>
- 44.- Mercado, S; López, E y Velasco, ÁE. Habitabilidad interna y externa de la vivienda. Una antología. México: UNAM, Facultad de Psicología. 2019.
- 45.- Ziccardi, A & González, A. Habitabilidad y política de vivienda en México. México: UNAM.2015.
- 46.- González, L. "Carencia de vivienda digna en México incrementa brotes de Covid-19, según estudio de la UNAM". El economista, 29 de enero 2021, <https://www.economista.com.mx/politica/Carencia-de-vivienda-digna-en-Mexico-incrementa-brotes-de-Covid-19-segun-estudio-de-la-UNAM-20210129-0073.html>
- 47.- Guzmán, K. "Pandemia modificó tendencias del mercado inmobiliario de México: Lamudi". Milenio, 25 de marzo 2021. <https://www.milenio.com/negocios/la-pandemia-cambio-las-tendencias-de-vivienda-en-el-pais-lamudi>
- 48.- Cassé, MC & Granier, AM." Comment penser le rural aujourd'hui?" En: P. Jouve (editor). Dynamiques agraires et construction sociale du territoire. Cnearc Montpellier. 2000: 171. <https://www.yumpu.com/fr/document/read/29018926/dynamiques-agraires-et-construction-sociale-du-territoire>
- 49.- INFOABE. Familiares de pacientes con COVID-19 enfrentan a personal médico y autoridades en el Hospital Las Américas de Ecatepec. 2020. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/02/familiares-de-pacientes-con-covid-19-enfrentan-a-personal-medico-y-autoridades-en-el-hospital-las-americas-de-ecatepec/>
- 50.- Animal Político. El COVID sí existe y puede causar la muerte del paciente en unas horas si se agrava. 2020. <https://www.animalpolitico.com/elsabueso/coronavirus-covid-19-existe-puede-causar-muerte/>
- 51.- EXPANSIÓN. México - Gasto público Salud. 2021. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>