

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
PLANTEL IZTAPALAPA**

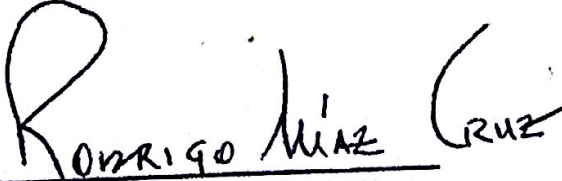
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**NOMBRE ALUMNO: TORRES COSME JOSÉ LUIS
MATRICULA: 85101195**

CARRERA: MAESTRÍA DE FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

**TÍTULO DE LA TESIS: LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA: UNA RECONSTRUCCIÓN RACIONAL**

FECHA: 20 DE MAYO DE 1999

ASESOR: 
DR. RODRIGO DÍAZ CRUZ

I. INTRODUCCIÓN

EL CAMBIO EN SALUD

El debate reciente sobre el "cambio en salud" lo inicia a mediados de los sesenta Thomas McKeown (), al recordar que los adelantos en materia de salud, que se produjeron en Inglaterra, se ilustraban al comparar las tablas de vida que Halley preparó en 1693 con las tablas del período de 1838-54. Esta comparación mostraba que por cada 1,000 nacidos en el primer periodo solo sobrevivían 582 niños, luego de 5 años; mientras que para el segundo periodo, la sobrevivencia aumentaba a 724.

Otro indicador para "evaluación de los adelantos en salud" era la mortalidad. Está comenzó a declinar en Inglaterra, entre 1838 y 1870, lo que explicaría el continuo crecimiento de población que tuvo a partir de 1838 debido a un mayor número de nacimientos sobre el número de muertes. McKeown señala que para explicar el continuo crecimiento de la población es necesario tomar en cuenta la reducción de la mortalidad. Para el autor no queda ninguna duda en afirmar que esto se debió casi exclusivamente a la disminución de las muertes debidas a enfermedades infecciosas. Es decir, la disminución de la mortalidad general, fue debida en primera instancia a la disminución del grupo de las enfermedades infectocontagiosas.

Las causas de enfermedades, que daban cuenta en mayor medida, de la declinación de la mortalidad, eran las siguientes: tifo, tifoidea y fiebre continua, escarlatina, cólera, disentería y diarrea y finalmente la viruela.

Las posibles razones que da, en relación a la declinación de la mortalidad por enfermedades infecciosas, son las siguientes: a) medidas médicas, esto la prevención o el

tratamiento de las enfermedades en los individuos; b) un cambio “espontáneo” en el carácter de la enfermedad infecciosa debido a una variación en el equilibrio de la virulencia de un organismo infeccioso y la resistencia del huésped; c) cambios en el medio. Bajo este apartado se incluyen todas las influencias del medio, con la excepción de las medidas médicas. Luego de poner a prueba las razones anteriores para algunas de las enfermedades infecciosas que declinaron, como el caso de la tuberculosis, Mckweon termina diciendo:

“La conclusión de que ni las medidas específicas ni una espontánea disminución de las enfermedades infecciosas cuenta para la declinación de la mortalidad y la expansión de la población del siglo XVIII y principios del XIX, hace necesario considerar la tercera posibilidad, es decir, que hubo un importante mejoramiento en el medio ambiente. Podemos cabalmente confiar que no fue en las condiciones higiénicas, que deterioradas por la industrialización y crecimiento en el siglo XIX, difícilmente pudieron haber mejorado en forma sustancial antes de la expedición en 1848 del Acta de Salud Pública...” ()

La principal mejoría que se produjo en el medio ambiente en Inglaterra, fue la del suministro de alimentos, ya que en los siglos XVIII y XIX, aumentó en forma importante la producción de alimentos, debido a la extensión de métodos tradicionales en la agricultura como conservación de la fertilidad, cercados, rotación de cultivos, pastura épocas de invierno, así como adelantos en el transporte. Es decir, como resultado de la Revolución Agrícola que se difundió en Europa después de 1700. Para Thomas Meweon, esta influencia fue poderosamente apoyada (desde 1870) por las medidas de higiene, particularmente por lo que se refiere al suministro de agua y servicios de drenaje. Mientras que la introducción de medidas preventivas y terapéuticas efectivas tuvieron su influencia después de 1935 en que se introdujeron las sulfonamidas.

Otra poderosa contribución, además de los progresos dados por la agricultura científica, lo fue la Revolución Industrial que impulsó un ascenso en el nivel de vida. Finalmente el autor apunta que el adelanto en salud hubiese retrocedido si la tasa de natalidad hubiera permanecido en los niveles del siglo XVIII.

“Desde un punto de vista histórico la limitación del crecimiento de la población es por el control del tamaño de la familia, era una condición indispensable de progreso, sin la cual todas las otras influencias serían, a su tiempo inefectivas”.
()

El análisis de Mckweon, esbozado anteriormente, apunta a señalar los siguientes aspectos:

- a) El cambio en salud se da por una disminución en la mortalidad fundamentalmente en el grupo de las enfermedades infecciosas.
- b) Esta variación puede estar influida por tres aspectos: por los cambios en las medidas médicas; por un cambio en el carácter de la enfermedad; y por cambios en el medio.
- c) El autor tiende finalmente a inclinarse a que al parecer los cambios en el medio fueron la variación más importante que influyó en el cambio en salud, por lo menos en Inglaterra.
- d) De éstos últimos cambios, resaltan dos procesos que los hicieron posible, principalmente la Revolución Industrial y la Revolución Agrícola.
- e) Finalmente se señala la importancia de la disminución de la tasa de natalidad, sin cuya modificación a la baja, no se hubiera mejorado el nivel de salud de la población inglesa.

Posterior al trabajo anterior, han surgido dos enfoques teóricos relacionados con el cambio en salud: La Teoría de la Transición Demográfica (TTD), la Teoría de la Transición Epidemiológica (TTE) y la Teoría de la Transición en Salud (TTS).

Algunos autores, como Frenk, han apuntado que la TTE es más conveniente para entender los cambios en salud por lo que pasa nuestra nación. No obstante autores como Asa Cristina Laurel y Jaime Breilh mantienen fuertes diferencias se niega la existencia de tal transición epidemiológica, explicando el cambio en salud en forma distinta.

La razón principal de este trabajo reside en la necesidad de efectuar un estudio de estos dos diferentes enfoques que permita ver sus alcances y limitaciones a partir de un análisis conceptual más general. Es decir realizar un estudio a partir del contexto teórico en el que aparecen los enfoques anteriores y de las teorías en las que se apoyan y refuerzan.

Establecer cuál enfoque teórico es mejor implica establecer ciertos criterios que permitan un estudio más objetivo para la evaluación, en este caso de teorías en competencia. Para este estudio se propone explicar la alternativa metodológica que puede ser la más adecuada para este tipo de estudios.

II. PROGRESO Y DEGENERACIÓN EN LAS TEORIAS DEL CAMBIO EN SALUD LIGADAS AL DESARROLLO SOCIAL

EL PROBLEMA DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN.

Intentaré mostrar que tanto el enfoque de la teoría crítica como el de la transición epidemiológica pertenecen a programas teóricos más amplios. Por lo que para entender su progresividad (en términos de su capacidad explicativa y predictiva según Lakatos) es necesario enfrentar a los programas teóricos en su especificidad y en su conjunto.

Parte de la discusión teórica de estos programas tiene que ver con el debate pasado y reciente entre la teoría de la Dependencia y la Teoría de la Modernización, por lo que una discusión en relación a los enfoques en explicar el cambio en salud, parece ser indispensable.

Intentaré demostrar que tanto la Teoría de la Transición Epidemiológica, la Teoría de la Transición Demográfica y la Teoría de la Transición en Salud pertenecen al Programa de la Modernización y éste a su vez al discurso filosófico de la Modernidad.

Lo anterior implica reconocer que las teorías en cuestión constituyen parte de una corriente que acepta la transición de las sociedades y su desarrollo progresivo. Intentaré dar a esto una respuesta desde un enfoque neoevolucionista. Enfoque que está en contra de una visión ingenua de un desarrollo simplista y lineal.

Un presupuesto adicional tiene que ver con el rechazo a las visiones reduccionistas que pretenden ver en la estructura económica la fuerza determinante o de aquellas visiones que igualan a la modernización sólo con los procesos de urbanización e industrialización.

Es necesario hacer una evaluación de la teoría de la epidemiología crítica en términos de su progresividad con otras teorías rivales. Por lo que la metodología que se propone es la que es la de los Programas de Investigación de Imre Lakatos.

Como se apuntó páginas atrás, es posible que el programa de la epidemiología crítica esté perdiendo capacidad explicativa. No obstante, las Teorías de la Transición Epidemiológica y Demográfica, tienen a su vez una serie de insuficiencias y anomalías, que tendrían que ser evaluadas a su vez, en términos de su capacidad explicativa y predictiva.

Tomando en cuenta lo anterior es importante plantear la necesidad de crear un modelo que permita una mejor explicación del cambio en salud. Este bien puede ser desarrollado a partir de las tendencias de Transición general propuestas por Aguilar Camín. En donde la transición demográfica y epidemiológica, forma parte de un tránsito más general.. La transición de la sociedad mexicana posterior a la Revolución.

LA INSERCIÓN DE LAS TEORÍAS.

Intentaré demostrar que las tres teorías: la TTD, TTE y la TTS surgen al interior de una discusión que tiene como marco conceptual más amplio al PROGRAMA DE LA MODERNIZACIÓN. En este sentido, es importante señalar que así como la Teoría de la Transición demográfica constituye parte de la base teórica de la ciencia social llamada demografía, un lugar de similar importancia tiene la Teoría de la Transición Epidemiológica, en el cambio de estatus de la epidemiología cuando algunos la consideraban como disciplina.

A partir de la década de los sesenta se da principalmente en América Latina una importante discusión entre dos programas rivales. El programa de la MODERNIZACIÓN por una parte y por la otra el programa de la DEPENDENCIA. En la parte inicial de este

trabajo, intenté mostrar cómo este debate rebasó los límites de su surgimiento y llegó a influir poderosamente el debate que se daba en torno a la conceptualización del "cambio en salud".

En realidad aun no es posible tener certeza sobre los saldos de esta importante discusión. En un análisis epistémico reciente, Javier Elguea señala que:

"Llegamos a la conclusión de que estos programas siguen siendo progresivos, al menos teóricamente, y de que es necesario esperar a que haya una mayor corroboración empírica y expansión antes de que podamos aventurar cualquier afirmación definitiva sobre el estatus de los programas". (Elguea, 1989)

Creo que es necesario reactualizar el nivel de esta discusión en particular porque después de la década pasas algunos autores cercanos al enfoque crítico de la epidemiología han mencionado la necesidad de profundizar y reactualizar el debate teórico realizado en el pasado.

Menciona Almada Bay: "El discurso de la salud en México registra en el racimo de vertientes críticas un impasse o aletargamiento, notable en la oferta de textos conceptuales y en su transmisión de experiencias aproximadas desde 1983".

"Esta situación de flaqueza intelectual ha sido detectada por diversos autores que van desde Ludolfo Paramio y José Arico que señalan el agotamiento del traslado mecánico de categorías desde un marxismo de manual y el eclipse de los paradigmas derivados del leninismo".

Finalmente, Almada Bay hace una llamado a : "...replantear cuestiones y conceptos; y a coronar la ruptura de las seguridades teóricas de los ochentas, en un área epistemológica como lo es la salud y sociedad, campo que requiere problematizar sus propias categorías...".

Es precisamente esta necesidad que plantea Almada Bay, la de problematizar categorías propias, la que me hace suponer que hubo un traslado no siempre afortunado de las categorías del materialismo histórico y de la teoría de la dependencia en el análisis del cambio en salud. Por lo que es necesario analizar este traslado y contraponerlo con enfoque alternativos como el de la transición epidemiológica. El dual es a su vez necesario indagar su inserción más amplia, como es el caso de la afirmación de que encuentra conceptualmente relacionado al enfoque de la modernización y de la modernidad. Veamos en qué consisten estos programas.

LA METODOLOGIA DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE LAKATOS.

a) *El Falsacionismo de Karl R. Popper.*

Popper es una de las figuras relevantes de la Filosofía de la Ciencia. En su juventud tuvo contacto con el Círculo de Viena, aun cuando nunca perteneció a él. La mayor parte de sus ideas se encuentran en su libro *La Lógica de la investigación* publicado en 1935. Para Popper, la manera de distinguir a una ciencia verdadera de la pseudociencia (criterio de demarcación) es que la primera está constituida por teorías susceptibles de ser demostradas como falsas poniendo a prueba sus predicciones, mientras que las segundas no son refutables. Es decir, en el caso de las teorías pseudocientíficas siempre habrían explicaciones *ad hoc* para cualquier tipo de resultados. Al tratar el problema de la inducción, Popper afirma que, contrario a lo que afirmaba el positivismo lógico, este no debe basarse en una necesidad lógica ya que lo importante es tratar de mostrar la falsedad de las teorías y no tratar de verificar la validez de las inducciones. Popper, propone el método de "conjeturas y refutaciones", así las hipótesis científicas debe tener como

característica, el ser "falseables" (una hipótesis que no cumpla esta condición, no es científica). Por su parte, el criterio de progresividad científica ocurre cuando se demuestra la falsedad de una hipótesis, ya que ello llevaría a proponer nuevas hipótesis a ser confrontadas, Popper (1963) menciona que.

De acuerdo con este punto de vista, que aún defiende, un sistema puede considerarse científico sólo si producen afirmaciones que puedan discordar con las observaciones; y un sistema se somete a prueba de hecho mediante las tentativas de provocar tales discordancias, esto es, mediante las tentativas para refutarlo. Así pues, capacidad de ser sometido a prueba es lo mismo que refutabilidad, por lo que puede utilizarse de igual manera como criterio de demarcación. (p. 256)

Popper sintetiza su método diciendo que la ciencia no empieza con observaciones sino con problemas, por lo que la actividad científica es un asunto de tener ideas audaces y ponerlas rigurosamente a prueba, una y otra vez, intentando demostrar que las ideas están equivocadas para así aprender de los errores. De tal manera, que el modelo de desarrollo del conocimiento de Popper es un proceso cíclico de "conjeturas y refutaciones". En donde, en primer término surgirá un problema, que aparece cuando se registran discrepancias entre las expectativas del científico y lo que encuentra en la realidad. Luego de lo cual se formulan conjeturas sobre el fenómeno, para continuar con tentativas sistemáticas para refutarlas. Las mejores conjeturas son siempre las más intrépidas, las más abiertas a la falsación y a la crítica. Así, solo se puede aprender a partir de la refutación, que enseña algo que no se esperaba. Entonces se formula una nueva conjetura, compatible con los datos disponibles, en la expectativa de que ésta conduzca a nuevos dominios de la experiencia y el conocimiento. De manera tal que el conocimiento es un proceso de ensayo y error entre conjeturas y refutaciones que se encuentra en un estado de progreso constante y permanente.

b) *Los programas de Investigación de I. Lakatos:*

Imre Lakatos nació en Hungría en 1922, en donde estudió física y astronomía, luego de las purgas estalinistas, huye a Inglaterra en donde vive el resto de su vida. Fue discípulo de Popper y su sucesor. La principal diferencia con Popper es su crítica a lo que el llama como un falsacionismo ingenuo. Lakatos afirma que la ciencia se parece más a una contienda entre dos teorías, y que el resultado relevante lo constituye la confirmación de una de las teorías y no su falseación. De acuerdo a Lakatos, el estudio de la historia de la ciencia revela que cuando falla alguna o algunas de las predicciones derivadas de una teoría, ésta no se elimina de manera automática. Mas bien lo que ocurre, es que cuando empiezan a ocurrir las primeras fallas o anomalías, la teoría no es eliminada por completo (aun plagada de anomalías) ya que siempre es mejor tener algo que no tener ninguna teoría, al respecto menciona:

“...¿es el criterio de falsabilidad de Popper la solución del problema de demarcación entre la ciencia y la pseudociencia? No. El criterio de Popper ignora la notable tenacidad de las teorías científicas. Los científicos tienen piel gruesa. No abandonan una teoría simplemente por los hechos la contradigan. Normalmente o bien inventan alguna hipótesis de rescate para explicar lo que ellos llaman después una simple anomalía o, si no pueden explicar la anomalía, la ignoran y centran su atención en otros problemas... La historia de la ciencia está, por supuesto, repleta de exposiciones sobre cómo los experimentos cruciales supuestamente destruyen a las teorías. Pero tales exposiciones suelen estar elaboradas muchos después de que la teoría haya sido abandonada. (p. 12, 13)

Lakatos propone eliminar una teoría T , cuando ocurra lo siguiente:

- 1) Otra teoría T' encierra mayor contenido empírico que T , o sea que predice hechos nuevos no anticipados por esta, o hasta incompatibles con, T .
- 2) T' explica todo lo que explicaba T .
- 3) Parte del exceso de contenido T' , sobre T se confirma.

Así, mientras una teoría científica contenga algo a su favor no se elimina hasta que se posea una teoría mejor. De hecho, por lo general transcurre un tiempo para que se

modifique y adecue para poder enfrentar mejor las anomalías que la afectan. Lakatos afirma que la comparación debe darse entre conjuntos de teorías más que en teorías aisladas. A estos grupos de teorías es a los denomina como “programas científicos de investigación”.

Lakatos que tal confrontación se da sobre la base de tres entidades dialécticas: 1) el *núcleo central*, que reúne los supuestos básicos y esenciales del programa; 2) una *heurística negativa*, que consiste en reglas metodológicas que nos dicen las rutas de investigación que deben ser evitadas y que hace las veces de cinturón protector contra los elementos que tratan de falsear la teorías y que tiene como principio metodológico que plantea que los componentes del núcleo central no deben abandonarse a pesar de las anomalías, constituido por múltiples elementos variables; 3) finalmente la capa más externa del programa científico de investigación conocido como *heurística positiva* que esta representada por directivas generales para explicar los fenómenos ya conocidos o para predecir nuevos fenómenos.

Todos los programas de investigación científica pueden ser caracterizados por su “centro firme”. La heurística negativa del programa impide que apliquemos el *modus tollens* a este “centro firme”. Por el contrario, debemos utilizar nuestra inteligencia para incorporar e incluso inventar hipótesis auxiliares que formen un cinturón protector en torno a ese centro, y contra ellas debemos dirigir el *modus tollens*. El cinturón protector de hipótesis auxiliares debe recibir los impactos de las contrastaciones y para defender el centro firme, será ajustado y reajustado e incluso completamente sustituido. Un programa de investigación tiene éxito si ello conduce a un cambio progresivo de la problemática; fracasa, si conduce a un cambio regresivo... Los programas de investigación también se caracterizan por su heurística positiva además de caracterizarse por la heurística negativa. Incluso los programas de investigación que progresan de la forma más rápida y consistente sólo pueden digerir la evidencia contraria de modo fragmentario; nunca desaparecen completamente las anomalías “puzzles”, como les llama Kuhn (pp. 66-68)

La confrontación de las teorías científicas ocurre primero con la periferia conceptual del sistema y sólo tiene tres opciones: 1) un acuerdo con los principales hechos de

observación conocidos y anticipados, en cuyo caso se refuerza el núcleo central del programa; 2) presentarse diferencias no explicables con el sistema, pero solamente a nivel del cinturón protector o heurística positiva, que es susceptible de ser modificable para incorporar los nuevos datos sin que el núcleo central se afecte; e) presentarse evidencias que afecten gravemente la vigencia central del sistema al grado de amenazar o incluso cambiarlo por otro núcleo diferente.

Para Lakatos, sólo existen dos clases de programas científicos de investigación: los progresivos y los degenerativos: a) es progresista siempre que el crecimiento teórico anticipe su crecimiento empírico, o sea, mientras continúe prediciendo hechos nuevos con cierto éxito ("cambio progresos del problema"); b) es degenerativo cuando el programa se estanca cuando su crecimiento teórico se rezaga en relación con su crecimiento empírico, o sea, cuando sólo ofrece explicaciones *post hoc*, ya sea de descubrimientos accidentales o de hechos predichos por otro programa rival ("cambio degenerativo del programa"). Así, cuando un programa de investigación explica progresivamente más que otro rival, lo supera, y entonces el rival puede eliminarse (o, si se prefiere, hacerse a un lado).

EL SURGIMIENTO DEL PROBLEMA DEL DESARROLLO Y EL ENFOQUE DE LA MODERNIZACIÓN.

Es Max Weber quien introduce el problema de la evolución de las sociedades humanas o de su Progreso de una manera liberada. Este problema había sido objeto de preocupación por autores como Comte, Marx y Spencer, que influidos quizá por la teoría de la evolución de Darwin, se habían detenido a analizar la importancia de este tema en el campo de la naciente ciencia social, aunque con enfoques diferentes, estos autores reconocen la existencia del cambio, de la existencia de etapas diferenciadas y de su

direccionalidad. Otra característica común es la estrecha relación entre progreso social, crecimiento social y desarrollo.

Luego de la crisis del 29 y del inicio de la Primera y Segunda Guerra Mundial el panorama de estas teorías no fue muy fructífero. Será al final de la Guerra Mundial, cuando se vuelva a plantear el problema del desarrollo nacional, en particular en las naciones poderosas y su relación con las naciones pobres. Esto se pone de manifiesto en los debates de las últimas tres décadas que intentan definir lo que es un país “desarrollado” de un “subdesarrollado”.

En este ámbito surgen dos enfoque teóricos que intentan explicar el problema del desarrollo y de la desigualdad entre países: la teoría de la Modernización y la Teoría de la Dependencia.

Indicaré, cuáles son las bases del actual programa de modernización (Elguea, 1989).

- 1) El desarrollo se conceptualiza como una sucesión de etapas. En general se trata del paso de una etapa tradicional a una moderna.
- 2) El difusionismo. Esto es la idea de que el desarrollo ocurre a través de la divulgación en las áreas tradicionales o “subdesarrolladas” de los patrones culturales, capital, tecnología, etc. De las modernas o “desarrolladas”.
- 3) Una sociedad tradicional es definida en general como: orientada al pasado, a la agricultura de subsistencia, grupos primarios, canales de comunicación orales, sistemas ocupacionales simples, movilidad social reducida, bajos índices de alfabetización, un cambio social mínimo, una tendencia al autoritarismo, elites tradicionales y un nivel mínimo de capital y tecnología.
- 4) Una sociedad moderna se conceptualiza como: orientada hacia el futuro, aceptación al cambio, desarrollo industrial, grupos secundarios, medio de comunicación masiva,

sistemas ocupacionales complejos, elevada movilidad social y espacial, altos niveles educativos, orientación hacia la democracia, capital en abundancia y promoción de las innovaciones tecnológicas.

Estas descripciones no hacen sino esquematizar dos etapas que hoy se conceptualizan más bien como un proceso complejo con una serie de procesos particulares, con un núcleo común que genera ciertos problemas básicos para los que existen ciertas soluciones posibles. En el enfoque actual de la modernización se reevalúa la idea de tradicional y moderno como dos extremos con una relativa continuidad, que no son necesariamente opuestos ni siempre excluyentes.

La modernización (como es entendida por muchos sociólogos hoy día) es la de un conjunto de procesos de cambio social, a que al parecer son teóricamente universales, y que suceden en una serie de etapas, de un proceso constante e irreversible, acumulativo y de naturaleza endógena. Existen además dos directrices metodológicas del enfoque de la modernización: Por una parte la creencia de una cierta "racionalidad económica" en donde se plantea que la introducción de capitales y desarrollo tecnológico son requisitos para el desarrollo. Y la segunda directriz heurística de la modernización consiste en compararla con otros fenómenos sociales: 1) La urbanización e industrialización, la mayoría de los partidarios de la modernización perciben a los asentamientos humanos e industriales como fuentes importantes en la influencia modernizadora. 2) La educación e índice de alfabetización, que son vistos como el canal para la integración y adaptación social de hombres y mujeres a la vida y trabajo modernos. 3) Comunicación y medios de comunicación masiva, considerados como elemento necesario para el cambio social y un instrumento potencial para acelerar los procesos de modernización. 4) Participación política

y económica elevadas en la sociedad moderna, y 5) Modernización psicológica e individual en la que la modernización es vista como un proceso de transformación individual.

Este último punto presupone la idea de que la modernización conlleva además de variaciones cuantitativas, variaciones en elementos cualitativos como son los cambios en los sistemas de valores, actitudes y conductas de los individuos que comprenden una sociedad.

EL PROGRAMA DE LA MODERNIZACION

Es necesario un replanteamiento teórico en la forma de analizar "el cambio en salud". Al respecto hay que considerar en que medida la TTE, TTD y la TTS surgen al interior de un programa más amplio como el programa de la modernización. Esto es la idea de que en las sociedades occidentales siguen ciertos patrones o procesos de progresividad social que si bien adoptan formas y características internas propias, contienen una serie de modificaciones estructurales que los hacen semejantes y aprehensibles.

A continuación, intentaré dar una introducción sobre el concepto de MODERNIDAD y su relación con los cambios en las sociedades occidentales, así como la relación que se establece entre el programa de modernidad, los procesos de modernización social y el concepto de transición social.

Es Max Weber quien pondrá de manifiesto, por vez primera, la relación interna entre modernidad y lo que él llamo racionalismo occidental. Como "racionalidad" describió aquel proceso de desencantamiento que condujo en Europa al desmoronamiento de la religión y al surgimiento de una cultura profana. Procesos al cual contribuyeron las ciencias experimentales modernas, las artes transformadas en autónomas, las teorías de la moral y el

derecho fundado no religiosos; elementos que desarrollaron esferas culturales de valor, las cuales dieron origen a procesos de aprendizaje de acuerdo a cada caso.

Weber describe bajo el punto de vista de la racionalización no sólo a la profanización de la cultural occidental, sino sobre todo a la evolución de las sociedades modernas. En donde las nuevas estructuras sociales vienen determinadas por la diferenciación de dos sistemas compenetrados entre si: la empresa capitalista y el aparato estatal burocrático. (Como se notará, el énfasis que este autor otorga, no sólo radica en el proceso económico) Ese proceso lo entiende Weber como la institucionalización de la acción económica y de la acción administrativa con respecto a fines (como el trabajo o el aumento de las fuerzas productivas).

Durkheim y Mead vieron los mundos de la vida determinados por una interacción reflexiva, con la aparición de tradiciones que ya no son naturales, es decir, por la universalización de normas de acción y la generalización de valores así como de patrones de socialización que tienden al desarrollo de entidades abstractas. Es lo que Habermas ha denominado como acción comunicativa.

La palabra "modernización" se introdujo como término técnico en los años 50's. Surgiendo como enfoque teórico que hace suyo el problema de Weber, pero elaborándolo como los medios del funcionalismo sociológico. El concepto de modernización se refiere a un conjunto de procesos acumulativos que se refuerzan mutuamente: a la formación de capital y a la movilización de recursos; al desarrollo de las fuerzas productivas y al incremento de la productividad del trabajo; a la implantación de poderes políticos centralizados y al desarrollo de identidades nacionales; a la difusión de los derechos de participación política, de las formas de vida urbana y de la educación formal; y a la secularización de valores y normas. No obstante, para Habermas, la teoría de la

modernización práctica en el concepto de modernidad de Max Weber una abstracción cargada de consecuencias. Ya que al separar a la modernidad de sus orígenes moderno europeos y convertirla en un patrón de procesos de evolución social neutralizados en cuanto espacio y al tiempo, se rompe la conexión interna entre modernidad y el contexto histórico del racionalismo occidental, de modo que los procesos de modernización ya no pueden verse como procesos de racionalización.

Para refundamentar la importancia del contexto histórico, Habermas se remonta hacia atrás y señala que es Hegel el primer filósofo que desarrollará un concepto claro de modernidad. Hegel lo empieza a utilizar en contextos históricos como concepto de época. En particular para diferenciar la época Moderna de la Edad Media, y la aparición de tres eventos que señalan esta diferenciación: el descubrimiento del Nuevo Mundo, el Renacimiento y la Reforma que produce en torno al año de 1500.

Esta diferenciación deja de ser sólo una sucesión de eventos cronológicos pasando a designar una época enfáticamente nueva. Es en la edad moderna en donde se presta atención a la totalidad del pasado como la cualidad de ser una historia universal. Es entonces cuando se constituye la idea de historia como un proceso unitario generador de problemas, a la vez que el tiempo es vivido como un recurso escaso para la solución de problemas que apremian, es decir como presión del tiempo. Hegel entenderá a la modernidad como una actualización del tiempo que no tiene más remedio que vivir y reproducir como renovación continua la ruptura que la Edad Moderna significó con el pasado.

Hegel elevará además, a problema filosófico el tema de la modernidad, haciendo suyas las experiencias de la Reforma, el Renacimiento y que reacciona a los inicios de la ciencia moderna de la naturaleza. Descubre en primer lugar como principio de la Edad

Moderna a la Subjetividad: “El principio del mundo reciente de la Edad Moderna a la Subjetividad: “El principio del mundo reciente es en general la libertad de la subjetividad...” Principio que se funda, en parte, en el derecho que tiene el individuo a conocer la validez de aquello que debe hacer.

En la modernidad la vida religiosa, el Estado y la sociedad, así como la ciencia, la moral y el arte, se tornan en otras tantas encarnaciones del principio de la subjetividad. Esto es la estructura de la autorrelación del sujeto cognoscente que se vuelve sobre sí mismo como objeto para aprehender así mismo. Kant pondrá en la base de sus “Tres Críticas” este planteamiento en términos de su filosofía de la Reflexión. Instaure así, a la razón como tribunal supremo ante al que ha de justificarse todo lo que en general se presenta con la pretensión de ser válido.

LA TEORÍA CRÍTICA DE LA SOCIEDAD DE HABERMAS

La Teoría Crítica de la Sociedad de Frankfurt se confiesa heredera del tipo de Ciencia nacido con la Crítica de la Economía Política de Marx, Ureña menciona que:

Su Teoría Crítica nació movida por impulsos semejantes a los que dieron vida a la Crítica marxiana: por la irracionalidad y la barbarie de la sociedad contemporánea. El contexto de su surgimiento se da en los años treinta y cuarenta, en donde al igual que en tiempos de Marx, era necesario despertar la hombre para que lanzará a aprovechar las posibilidades materiales y espirituales existentes y a crear una “sociedad racional”, relegada hasta entonces a vivir en la fantasía de los hombres.

La teoría Crítica quiere ser continuadora de la tradición del pensamiento filosófico histórico del siglo XVIII y de su prolongación en las teorías evolutivas de la sociedad del siglo XIX, porque cree que los complejos de problemática que aquéllas trataron de dominar teóricamente no sólo no se han hecho obsoletos en nuestra sociedad contemporánea, sino que siguen existiendo, estos se pueden resumir así: 1. El desarrollo de las fuerzas productivas es automático e inherente a la misma organización económica capitalista de la sociedad, e incide imperativamente en la transformación social de casi todos los sectores de la vida humana; 2. La complejidad creciente del sistema social va exigiendo de las instancias administrativas una capacidad de control y dirección que sobrepasa sus posibilidades reales en un momento dato; 3. La moral tradicional y particularista va dando

paso a una moral universal, que desenmascara todo tipo de legitimación ideológica y exige una discusión racional de toda relación fáctica de poder. (Ureña, 1978)

En relación al desarrollo de las fuerzas productivas, Habermas pone énfasis en la creciente interdependencia entre investigación y técnica que ha hecho de la Ciencia la primera fuerza productiva, pero Habermas va más allá y señala que la relación entre Ciencia y Política así como una de las principales tesis, la reinterpretación entre trabajo o acción comunicativa.

El marco conceptual, dentro del cual Habermas va a reinterpretar la tesis marcusiana, es el de la distinción fundamental entre trabajo o acción dirigida a la consecución de un fin e interacción o acción comunicativa. Con esta distinción va analizar el paso de las sociedades tradicionales a sociedades modernas.

1) Habermas llama trabajo a acción dirigida a la consecución de un fin a *la acción instrumental* que se rige por reglas técnicas, obtenidas a partir de un saber empírico. En donde caen todas las acciones humanas calificadas como técnicas o científicas, basadas en una elección racional que se rige por estrategias basadas en un saber analítico. Así, la acción dirigida a la consecución de un fin (que incluye una acción instrumental como una elección racional) lo llama *acción técnica*.

2) Por su parte la interacción o acción comunicativa se define como una interacción mediada por símbolos o *acción comunicativa*, la cual se rige por normas obligatoriamente vigentes que define expectativas recíprocas de comportamiento. En este tipo de acciones caen todas las acciones que presuponen la existencia de normas morales en el sentido más amplio. Así, mientras que la acción técnica exige el aprendizaje del saber acumulado de las Ciencias, y la adquisición de habilidades, la

acción comunicativa exige la internalización de las normas morales acumuladas en la tradición cultural y la configuración de estructuras de personalidad.

¿Como se distingue a las sociedades primitivas de tradicionales y de las modernas a partir de los conceptos anteriores?

Característica	Sociedad primitivas	Sociedad tradicional	Sociedad moderna
Tipo de organización	Organización tribal	Formación del estado	Moderno Estado-nación
División social	Sociedades poco diferenciadas distribución comunitaria del excedente.	Clases sociales con distribución desigual del producto social excedente.	Clases sociales diferenciadas con desigual distribución del producto social
Desarrollo de las fuerzas productivas	Incipiente, sociedades agrícolas tradicionales	Desarrollo insuficiente de las fuerzas productivas	Desarrollo de la Revolución industrial
Intercambio comercial	Mecanismos de intercambio basados en el trueque	Surgimiento de los mecanismos de mercado	Organización de la producción basada en el mercado y el sistema financiero
Tipo de acción dominante	Predominancia de la racionalidad comunicativa	Insuficiente desarrollo de la acción comunicativa	Racionalidad técnica que compite con la comunicativa
División del trabajo	Escasa división del trabajo	Creciente división del trabajo.	Importante división del trabajo
Interpretación dominante de la naturaleza	Mito fundador, primeras religiones	Cosmovisión central, interpretaciones místicas	Interpretaciones científicas, (Ciencia como ideología)
Legitimidad	Legitimidad a partir de la religión.	Legitimidad a partir de la religión	Creciente legitimación a partir de la ciencia.

Habermas menciona que mientras que la legitimación ideológica del reparto desigual e injusto del trabajo y del producto social en las sociedades tradicionales encuentra su fundamento en la cosmovisión religiosa el cual es visto como algo natural o ya dado, por lo cual no se ve como injusto. Por el contrario, la sociedad moderna se caracteriza por una erosión del poder legitimante basado en concepciones religiosas, en donde el desarrollo de

las fuerzas productivas destroza la supremacía indiscutible de la racionalidad simbólica o comunicativa, y hace de la esfera económica la única fuente de legitimación de manera que el intercambio de valores equivalente y la figura del contrato libre garantizan y legitiman la justicia del reparto de trabajo.

En las sociedades modernas, ocurre una intervención directa del Estado en la Economía, como producto del desarrollo lógico de la producción capitalista y como una existencia de supervivencia en ese sistema económica. De manera tal que en las sociedades capitalistas avanzadas la ideología del libre intercambio se sustituyen por un programa político económico de Gobierno, orientado a corregir las tendencias autodestructivas y antisociales del mecanismo de mercado típico del Capitalismo liberal. Así, el control político del desarrollo económico se ha de realizar, por tanto, a través de la solución de problemas técnicos. Además, en el capitalismo avanzado se da una institucionalización de una investigación científica orientada a la revolución tecnológica y a su aplicación a la industria, así el Estado invierte grandes cantidades en investigación científica con fines militares y productivos por lo que el desarrollo de la Ciencia y de la Técnica es lo que impulsa la revalorización fabulosa del capital abstracto que permitirá una alta tasa de crecimiento económico.

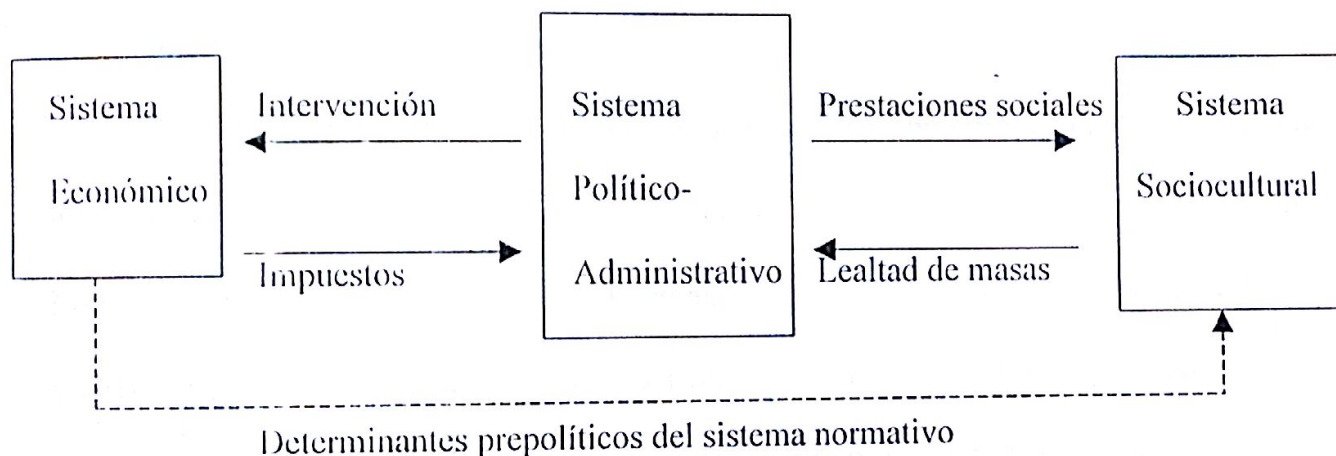
Pero la influencia de la Ciencia y la Tecnología en las sociedades más industrializadas llega al ámbito ideológico empatando con las aspiraciones de los hombres: En el orden político, controla y sustenta a la sociedad, al legitimar la represión de la dimensión moral, debido a que logra empatar la psicología humana con la ideología de sus aspiraciones humanas: esas aspiraciones se resumen en el ingreso de más dinero, en el disfrute de más tiempo libre y en la seguridad del empleo. Pero finalmente Habermas se pregunta: si el desarrollo de las fuerzas productiva ya no alienta a una crítica de ideologías

(como suponía Marx) sino que incluso se ha convertido en un mecanismo de legitimación ideológica al eliminar la racionalidad moral ¿cómo puede lograrse una reflexión crítica que nos libere del poder opresor de esta nueva ideología?

La crisis de la Sociedad Capitalista avanzada

Habermas plantea un esquema que señala la forma como funciona la sociedad capitalista avanzada:

SOCIEDAD CAPITALISTA AVANZADA



La evolución social, se realiza en las tres dimensiones del desarrollo de las fuerzas productivas: a) en el sistema económico; b) en el sistema político administrativo; c) y de la transformación de las estructuras normativas (sistema sociocultural).

Dentro de este esquema evolutivo, el concepto de crisis, es uno de los conceptos fundamentales de la tradición del pensamiento que Habermas quiere radicalizar y es inseparable de su concepción evolutiva de la historia como proceso de autoconstitución del hombre y distingue cuatro tipos de ellas, debidas a incapacidades que ocurren en los respectivos sistemas: a) crisis económica, b) crisis de racionalidad, c) crisis de legitimación (cuando al mantenerse invariables las estructuras normativas y valorativas del sistema

sociocultural, el sistema político crea la necesidad de una nueva legitimación), d) crisis de motivación.

En cada caso, el estado interviene para corregir los diferentes tipos de problemas, pero para Habermas cada superación de la crisis constituirá un avance en el largo proceso de evolución de la sociedad, menciona que existe una cierta lógica en cada caso: por ejemplo la lógica del desarrollo de las estructuras normativas es irreversible ya que una vez que ha alcanzado cierto grado de desarrollo en su conciencia moral, no puede volver a estadios anteriores si no es al precio de la inestabilidad represora típica de los fenómenos regresivos.

Así como para Marx el animal comienza a ser hombre cuando empuña una herramienta de trabajo y para Freud en el momento en que funda una familia, para Habermas la innovación central es el lenguaje: la historia humana aparece como un proceso de emancipación ascendente, es decir en su recorrido por etapas sucesivas de evolución hacia formas de relación con la Naturaleza externa y de interrelaciones interpretadas culturalmente por el mismo hombre. Habermas concibe un paso evolutivo social en donde exista una nueva forma del proceso de socialización, caracterizado por la configuración discursiva de la identidad individual y colectiva en donde las diversas interpretaciones culturales de las necesidades y del sentido de la vida humana coincidan en la voluntad de llegar a encontrar y realizar en el futuro: una sociedad universal.

Es necesario destacar la visión integral de evolución social que se encuentra en Habermas y que no reduce el concepto de cambio social a un solo aspecto de los diferentes sistemas que propone en su análisis: económico, político-administrativo y sociocultural ya que con frecuencia los vamos a ver escindidos o centrados en un solo aspecto.

Aunque el trabajo de Habermas sobre su teoría crítica de la sociedad es de los años setenta y algunos aspectos han cambiado marcadamente pero otros parecen darle la razón, señale tres: a) En el sistema económico la importante disminución del papel interventor del Estado y que agudizará el problema de la desigualdad en todo el mundo; b) El papel creciente de la Ciencia y la Tecnología en sus dos vertientes, como la principal fuerza productiva y como sistema ideológica y que se encuentra de manifiesto en la existencia de una Nueva Revolución científico tecnológica que esta transformando en forma acelerada el mundo laboral y social; y c) la existencia de una nueva etapa dentro de lo que Habermas llamaba como una tendencia a la universalización, y que ahora se ve como fuerzas integradoras que se dirigen a un creciente proceso de globalización.

LA SOCIEDAD POS-INDUSTRIAL DE BELL

Daniel Bell (1989) señala que desde el punto de vista analítico se puede dividir a la sociedad en tres partes: a) la estructura social (que comprende la economía, la tecnología y el sistema de trabajo); b) el sistema político que regula la distribución del poder y ejerce las funciones de juez en casos de conflictos; y c) la cultura que es el reino del simbolismo expresivo. Bell menciona que el concepto de sociedad pos-industrial lo remite a cambios en la estructura social, es decir a transformaciones en la economía, el empleo y su relación con la ciencia y la tecnología, menciona que existe un burocratización creciente de la ciencia y la especialización del trabajo intelectual. Así este autor propondrá cinco dimensiones para comprender su término de sociedad pos-industrial:

1. Sector económico: el cambio de una economía productora de mercancías a otra productora de servicios.
2. Distribución ocupacional: predominio de las clases profesionales y técnicas.

3. Principio axial: la centralidad del crecimiento teórico como fuente de innovación y formulación política de la sociedad.
4. Orientación futura; el control de la tecnología y de las contribuciones tecnológicas.
5. Toma de decisión: la creación de una nueva "tecnología intelectual".

De acuerdo al primer criterio, una sociedad pos-industrial es la que ocupa a la mayoría de la fuerza de trabajo no en la agricultura o en las fábricas sino en los servicios: comercio, finanzas, transporte, salud, recreo, investigación, educación y burocracia; en relación con el segundo, el autor menciona que la expansión de los servicios ha dado como origen que a partir de 1956 el número de trabajadores de cuello blanco ha superado por primera vez a los trabajadores de cuello azul; el tercer punto tiene que ver con la integración de la ciencia y la tecnología con la industria, pero además en la creciente participación de otras ciencias (economía por ejemplo) en campos en donde se trata de anticipar la aparición de problemas.

LAS TENDENCIAS DE LA NUEVA MODERNIDAD: VIEJOS Y NUEVOS PROBLEMAS.

¿Qué modelo de explicación ofrece hoy día el programa de la modernidad? ¿cuál es su visión del México de hoy de del mañana próximo?

Uno de los autores que se pueden ubicar como representantes del marco de la modernización, es el historiador Héctor Aguilar Camín (1989). Para este autor, la noción de cambio social, descansa sobre el programa de la modernización. El cambio es entendido en gran medida, como una serie de procesos que conllevan a cambios graduales acumulativos y que desembocan en cambios de orden estructural. Esta noción de cambio social está abarcada en el concepto de TRANSICION. Conceptualización de cambio social que difiere

sustancialmente de la noción que existe en algunas corrientes del materialismo histórico, las cuales lo entienden necesariamente como una agudización de las contradicciones que desemboca en una ruptura violenta social generalizada.

Para Aguilar Camín, vivimos sobre las espaldas del tradicionalismo de nuestra reciente modernidad. Las soluciones que ayer fueron ofrecidas por el régimen posrevolucionario, son los problemas de hoy. Por ejemplo, el histórico triunfo sobre la alta mortalidad es el origen de la actual saturación demográfica, o el modelo de industrialización dirigido hacia adentro, es un obstáculo de la industrialización exportadora.

Para este autor, son ocho las tendencias que conforman la actual Transición Mexicana: cuatro son de orden superestructural y cuatro de orden estructural.

Retomare gran parte de este esquema modificando o separando otras tendencias que por su importancia merecen una consideración por separado. Las tendencias superestructurales son:

- 1) El tránsito de una sociedad autoritaria a una sociedad democrática. (El tránsito democrático). Caracterizado en su momento actual por un descenso del peso relativo del estado y un aumento relativo de la sociedad.
- 2) La transformación del estado corporativo (La Reforma del Estado) Manifiesta por la profunda erosión del pacto corporativo, la pérdida importante del control estatal en el campo y en las urbes; y el mantenimiento y la búsqueda de formas de legitimación ante la sociedad.
- 3) La Revolución Científico Tecnológica Mundial, que ha transformado vertiginosamente la realidad cultural, social y económica de los países. a) en el campo de la Medicina, corresponde a la transformación que se da tanto a nivel de la práctica médica dirigida al individuo, como a una responsabilidad colectiva de la salud. (Ver cuadro correspondiente).

4) La transformación de una sociedad analfabeta a una sociedad escolarizada (El tránsito educativo).

Las tendencias estructurales son:

- 1) El tránsito definitivo del país rural al país urbano (La transición urbana). Así como de un agudo proceso centralizador que conforma una nueva periferia descentralizada.
- 2) El ingreso a una nueva fase de integración de la Economía Mundial, que a su vez inicia una Revolución Productiva tecnológico-industrial de longitud imprevisible, y anuncia también el fin de la estrategia proteccionista en lo externo; y en lo interno, es el inicio de lo que se ha dado en llamar la Reforma Económica del Estado
- 3) Una reconcentración de la desigualdad. En todos sus aspectos: social, económica, cultural, de salud y enfermedad, etc.
- 4) Una apresurada Transición demográfica, que intenta dejar el fantasma del crecimiento desmesurado, y se enfrenta ya un nuevo problema estructural: una población creciente de edades activas en búsqueda de nuevos empleos y el inicio de una tendencia incipiente al envejecimiento poblacional.
- 5) La constitución de un "pueblo nuevo" –una nueva mayoría nacional, social, mental política- que suple y en parte repite a la anterior.

En el contexto de estas tendencias sociales históricas y futuras se da otro tránsito. Un tránsito sin duda estructural, pero subdeterminado fuertemente por los cambios superestructurales. Un cambio que modifica nuestra percepción y nuestra calidad de vida, que modifica aspectos como la vida reproductiva, que modifica la cantidad y el tipo de gastos en rubros como el PIB, que modifica la cantidad de gente joven y gente vieja y que presiona la estructura educativa y de empleo. Este es el Tránsito de las Enfermedades

Infecciosas a la aparición de las Enfermedades crónicas y las creadas por el hombre: la transición epidemiológica.

LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.

En 1798, Thomas R. Malthus, vicario de una pequeña parroquia de Surrey, Inglaterra, publica su libro *Ensayo sobre el principio de población*, con lo cual iniciaría la discusión moderna sobre la dinámica poblacional. Contrario al espíritu de progreso indefinido que permeaba en su época, Malthus plantea su llamada ley de población, de la siguiente forma: "Al llegar a considerar mis postulados como indudables, digo que el poder de la población es infinitamente más grande que el poder de la tierra para producir las subsistencias necesarias al hombre. La población, si no halla obstáculos, crece en progresión geométrica; las subsistencias crecen en progresión aritmética. Ello implica que la falta de alimentos actúa como un freno poderoso y constante sobre la población. Tal penuria debe aplicarse en alguna parte y ser necesariamente sufrida por una amplia franja de la población".

Sus conclusiones, para postular dicha ley, se basaron en un estudio del censo de los Estados Unidos, de donde deduce que el tiempo en que la población se duplica es de 25 años, en donde sin embargo, los alimentos no crecieron a la misma velocidad.

Malthus, alerta sobre los riesgos que puede traer un crecimiento poblacional desmesurado y atribuye a ese mismo crecimiento, la aparición de fenómenos como la pobreza y la desigualdad. En retrospectiva, puede decirse que la afirmación maltusiana acerca de la relación entre el crecimiento geométrico de la población y el crecimiento aritmético de los alimentos es falsa. Cuando los alimentos escasean, las poblaciones migran a otra parte; el crecimiento poblacional es afectado por las guerras, las epidemias y

las hambrunas. Por otro lado, la producción agrícola se ha podido incrementar de manera notable, como lo demuestra el hecho de que los países con las mejores técnicas de producción en el campo, son capaces de abastecer las necesidades de alimentos de varios más.

Sin embargo, el mérito de Malthus fue precisamente, dar inicio a una discusión, que inicia con la publicación de su obra, al desarrollo de la ciencia de la demografía. La cual se encargaría de estudiar cuales son los factores que explican el crecimiento poblacional y los efectos sociales que trae aparejados. Además, de plantear por vez primera, la pregunta sobre ¿cuáles son los límites del crecimiento poblacional. Hoy sabemos, que el crecimiento de un población establece una presión sobre recursos naturales y sociales, tales como el agua, el aire, el espacio, alimentos, trabajos, viviendas, etc. Y que un crecimiento desordenado puede traer serios desequilibrios.

Las modificaciones en la mortalidad y la natalidad de la Europa del siglo XIX, fueron interpretados, a finales de los años 20's como un patrón característico de cambio que se denominó "transición demográfica". Proceso que es dividido generalmente en tres etapas o fases:

Fase I.- En donde existe un cierto equilibrio del tamaño de la población, debido a la existencia de altas tasas de mortalidad y fertilidad.

Fase II.- Caracterizada por una disminución importante de la mortalidad y la permanencia de altas tasas de fecundidad. En esta etapa se da un crecimiento importante de la población (explosión demográfica).

La fase III.- Corresponde a un momento en que la tasa de fertilidad que desciende hasta llegar aun equilibrio con la tasa de mortalidad. Para los teóricos de la transición demográfica la adopción de una familia pequeña se presenta a partir de la transformación

urbana e industrial del siglo XIX. Es decir los tres estados de la fertilidad son vistos como resultado de cambios fundamentalmente económicos y sociales del "desarrollo" o de la modernización"

Fase IV.- En esta fase entraron muchos países de Europa a principios de siglo y algunos más como los Estados Unidos, como resultado del cambio educativo, industrial y social experimentado en el siglo XIX y mediados (entre 1940 y 1960) del XX. En esta fase, tanto la mortalidad como la fecundidad llegan a sus niveles más bajos, así el número de personas que mueren (población de reemplazo) supera a las que nacen, con lo cual el crecimiento es sumamente bajo e incluso "nulo". Esta situación genera que dado que el mecanismo que propicia que una población se rejuvenezca (la fecundidad) disminuya, ocasiona que la población comience a envejecer de manera acelerada. En algunos países europeos, el problema llegó a alentar la implementación de políticas pronatalistas. Estas cuatro fases, señalan los momentos de 2 extremos, el paso de una formación agraria y poco desarrollada a una formación social avanzada. Este paso tiene que ver más con el desarrollo global que logra que una sociedad pase en forma más lenta o rápida. (Torres, 1990)

El siguiente cuadro señala los principales cambios sociales y culturales que se dan en ambos extremos:

CUADRO 1

Cambios asociados a la disminución de la fecundidad, en la Transición de la Sociedad Tradicional a una Sociedad Avanzada.

TRADICIONAL	AVANZADA
a) Alta mortalidad, particularmente la mortalidad infantil y preescolar.	a) Baja mortalidad, particularmente infantil y preescolar.
b) Sociedad agraria	b) Sociedad industrializada

c) Comunidades rurales.	c) Alto nivel de urbanización
d) Bajos niveles educativos.	d) Educación largo, alto nivel
e) Bajo nivel de vida	e) Alto nivel de vida
f) Menores posibilidades de consumo.	f) Mayores posibilidades de consumo
g) Escasas oportunidades de la mujer de participar en actividades externas al núcleo familiar.	g) Nuevo rol económico, independencia de las tareas del hogar, emancipación de la mujer.
h) Bajo costo de la educación de un hijo, contribución económica temprana de los niños al gasto familiar	h) Alto costo de la educación, contribución al gasto familiar de manera tardía y eventual.
i) Trabajo organizado en la familia.	i) Trabajo organizado en fábricas y oficinas.
j) Importante papel de la familia en la protección económica, de asistencia y seguridad de los hijos	j) Disminución del papel de la familia como proveedora, a causa del mayor desarrollo de los sistemas de seguridad social.
k) Familia extensa.	k) Familia nuclear.
l) Ideas religiosas favorables a una familia numerosa.	l) Disminución de la religiosidad, ideas favorables a una familia pequeña
m) Métodos anticonceptivos tradicionales.	m) Métodos anticonceptivos modernos y eficaces.

FUENTE: Notestein, FW. The theory of demographic transition (En) Determinants of Fertility in Advanced Societies. New York, 1978.

Los estudios demográficos que han compara la transición demográfica en Europa y en países en desarrollo como México han señalado algunas diferencias importantes:

1. Mientras que en Europa se da un alta industrialización y urbanización, así como un profundo cambio educativo que incorpora a la mujer (más educada) a la vida laboral, lo que ocasiona la disminución de su fecundidad (sin que hayan existido modernos

métodos anticonceptivos ni una intención de los estados europeos en regular deliberadamente la fecundidad de la población). A esto se ha dicho que existió un claro cambio social y cultural no mediado por el estado ni el avance científico vía los métodos de planificación.

2. En México, la fase I que va desde el surgimiento de la Cd. De México hasta la época posrevolucionaria en 1930. Por ejemplo entre 1700 y 1810 la población paso de 6 a 8 millones. En 1930 hasta mediados de los setenta se da lo que se denomina como "explosión demográfica" en donde la población llega en los años setenta a 50 millones (tasa de crecimiento del 3.5%) de habitantes. El gobierno de Luis Echeverría, tenía una política pronatalista, sin embargo cambia su política en 1974, en donde la Ley General de Población establece como objetivo expreso del estado disminuir la población a tasas de 1.9 en 1988 y de 1.0% anual en el año 2000. Esta intervención del estado mexicano, muestra claramente como el sistema político administrativo induce un cambio social y cultural en forma expresa y anticipada, pero apoyado fuertemente mediante el sistema de seguridad social y de las instituciones públicas de salud, estos últimos apoyados en los modernos métodos de planificación familiar y estrategias de educación para la salud, induciendo un cambio en el sistema de valores que transforma los valores reproductivos de la sociedad de los setenta. Treinta años después, se calcula que más de 70% de las mujeres usan algún método anticonceptivo moderno, y la población en el año 2000 será de 100 millones de habitantes con una tasa de crecimiento que en 1995 fue de 1.8% y que a finales de siglo será un poco mayor a 1% pero cercana a la meta de 1974. Es decir en treinta años se pasó de la fase II a la III, que en Europa se lleva más de 100 años. Y se espera que en el año 2025 se alcance la fase IV. de crecimiento casi

nulo. Este cambio se dio de manera desigual, y más pronunciado entre los derechohabientes del IMSS como se muestra en el siguiente cuadro y en la gráfica:

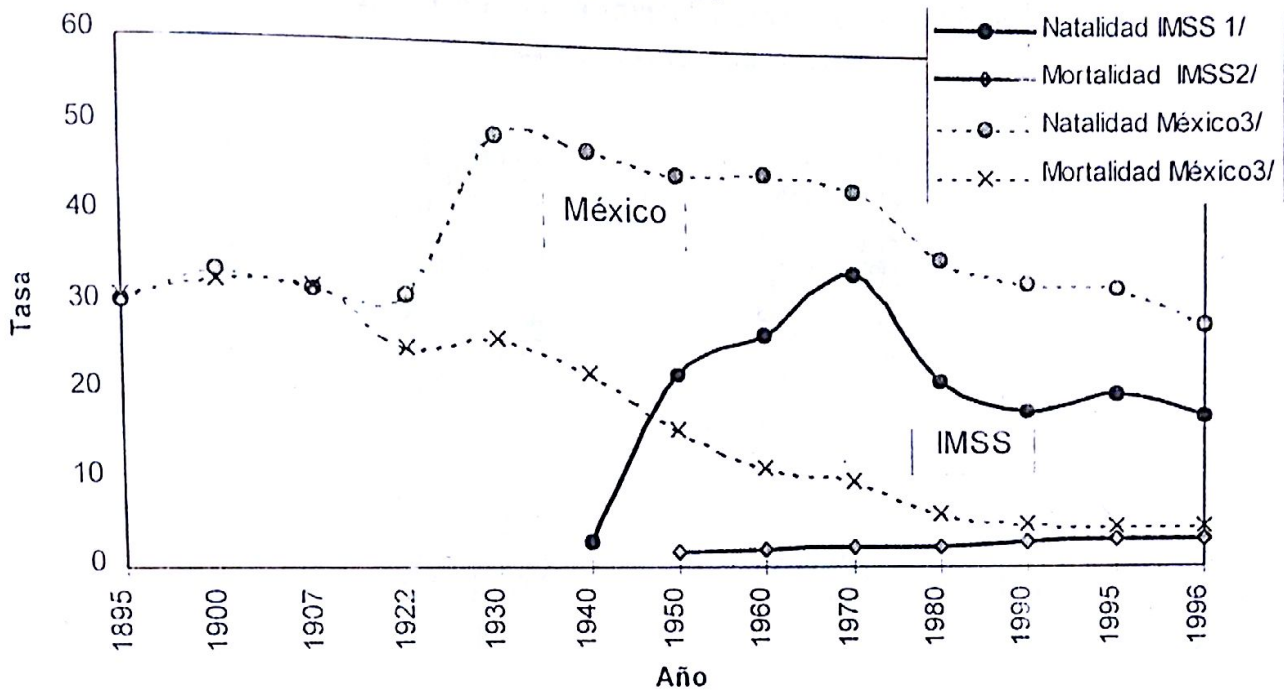
Cuadro 1
Indicadores demográficos de México^{8,9,10} y del IMSS^{8,11,12,13,14}, 1950-1995

Indicadores		1950	1960	1970	1980	1990	1995
Población (miles)	México	25,791	34,923	48,225	66,847	81,250	91,158
	IMSS	973	3,360	9,772	24,125	38,575	34,323
Tasa de crecimiento medio anual de la pob. (% década anterior)	México	2.7	2.9	3.5	3.3	2.2	1.8
	IMSS	6.4	7.1	6.6	5.9	3.7	- 1.2
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	México	6.4	6.5	6.9	4.9	3.3	2.8
	IMSS	n.d.	6.4	6.6	4.3*	2.9	2.5*
Grupos de edad (%)							
0-14	México	41.7	44.2	46.2	43.0	38.3	35.4
	IMSS	n.d.	n.d.	n.d.	40.1	34.2	32.2
15-64	México	54.8	52	50.1	52.9	56.9	60.0
	IMSS	n.d.	n.d.	n.d.	55.5	59.4	60.3
65 y más	México	3.5	3.7	3.7	4.1	4.8	4.6
	IMSS	n.d.	n.d.	n.d.	4.4	6.4	7.5
Muertes (Miles)	México	418	402	486	434	423	430
	IMSS	1*	5*	16*	39	68	79
Nacimientos (Miles)	México	1,175	1,608	2,133	2,428	2,735	2,750
	IMSS	22	93	339	532	710	704

¹ Estadísticas Históricas de México, INEGI, 1990 y 1994.
² Para 1995, Censo de Población y Vivienda. Resultados definitivos, INEGI, 1996.
³ Para la TGF: Programa de Reforma del Sector Salud, México Salud 2000. SSA, 1997.
⁴ Boletines de mortalidad del IMSS, 1976-1996
⁵ Anuarios Estadísticos del IMSS; 1960-1995.
⁶ Memoria Estadística del IMSS, 1990 y 1995.
⁸ Para la estimación de la TGF del IMSS de 1960 y 1970, Estadísticas Históricas de México, INEGI, 1990 y 1994.
⁷ Para la estimación de la TGF del IMSS de 1990: Estadísticas de egresos hospitalarios, 1992.
n.d. = no disponible
* Datos estimados

Figura 3

Tendencias de la natalidad y mortalidad general, México-IMSS, 1895-1996

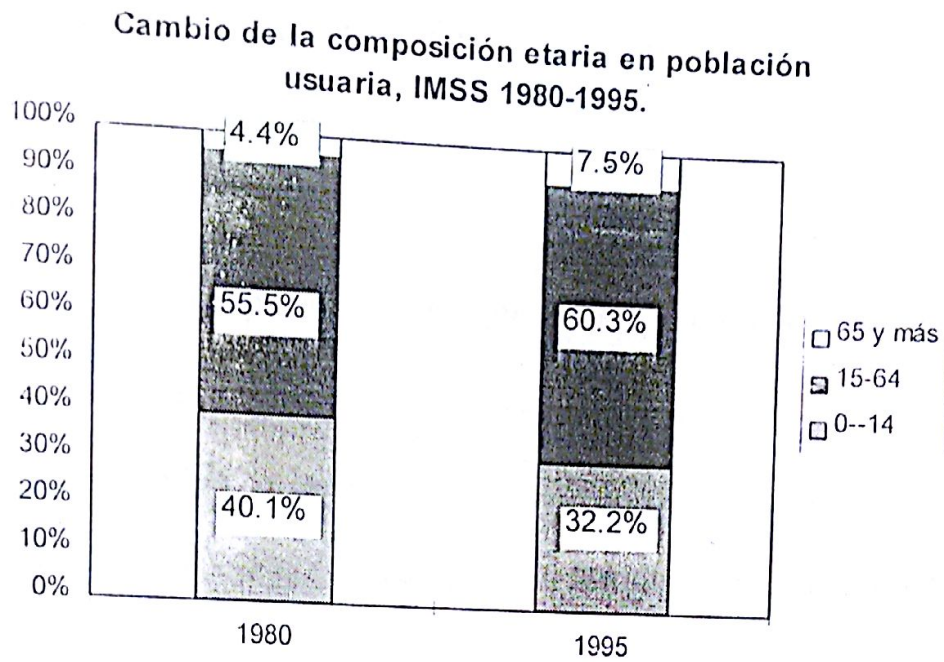


- 1/ La tasa de natalidad del IMSS se calculó en base al número de partos atendidos por mil derechohabientes.
 2/ Tasa de mortalidad del IMSS por mil usuarios. De 1950 a 1970, datos estimados
 3/ Tasa por mil habitantes

Lozano y Torres (1998), han escrito para el caso del IMSS lo siguiente:

Un efecto de largo plazo, provocado por la reducción de los niveles de fecundidad, es la modificación de la estructura de edades de la población. Así, en la década de los cuarenta, cuando la fecundidad está aún en ascenso, la población menor de 14 años se incrementa en México, de 42% a 46%. Es en la década de los setenta, cuando inicia su descenso relativo, hasta llegar a representar 35%, en 1995. Con la información disponible para el IMSS, se puede observar como este descenso es menor, llegando a representar en 1995, 32% del total de la población derechohabiente. (ver cuadro 1 y figura 4).

Figura 4.



Por su parte, el grupo de adultos en edad productiva (15-64 años) tiene un incremento a nivel nacional, al pasar de representar 50% del total, en los setenta; a 60% a mediados de los noventa (cifra semejante a la registrada en el IMSS). Esto significa que nuestro país cuenta ahora, con la mayor cantidad de adultos en edad productiva, en toda su historia. Lamentablemente, lo que debería ser la mayor fuente de riqueza del país, se ha convertido en uno de sus principales problemas por la incapacidad del sistema económico para generar suficientes empleos.

El cambio social que provoca el cambio demográfico es tal, que el CONAPO ha señalado la importancia de empezar a preparar los recursos institucionales para el siguiente siglo, para dar atención en materia de salud a una población crecientemente anciana, y a su vez, en cambio que tendrá una menor demanda en materia de maestros, aulas, etc. Al disminuir la población escolar. Es decir, entre fase y fase se provoca todo un cambio estructural en la población de una sociedad, el cual es difícil de revertir, salvo en condiciones de guerra o crisis económicas extremas. El cambio demográfico es dado por una serie de factores (educativos, tecnológicos, culturales, etc.) pero una vez dado, modifica las expectativas reproductivas de la población, los hijos se convierte más en un recurso escaso. Y ante una perspectiva (dada los servicios de salud y la ciencia) de modificar a voluntad el patrón

reproductivo el factor poblacional se convierte en un "refuerzo estructural" que lleva a concluir en que efectivamente es mejor tener familias pequeñas.

La teoría de la Transición Demográfica, lleva a concluir que es posible modificar el crecimiento anárquico y desordenado capaz de crear un colapso social que se derivaba de las tesis malthusianas (Malthus planteaba que mientras los alimentos crecen en forma aritmética, la población lo hacía en forma geométrica, por lo que alerto sobre el peligro del crecimiento poblacional). Ello no quiere decir que el problema del crecimiento se haya resuelto, ni siquiera que este por resolverse en el corto plazo. Significa entender que el desarrollo social es una condición para detener las profecías que Malthus apuntaba a finales del siglo XVIII.

LA TEORIA DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA.

En este siglo, el primer intento por analizar las implicaciones para la salud de las transiciones demográficas y económicas, lo realiza Frederiksen en 1969. En 1972, Thomas McKeown en Inglaterra señala, que el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad (progresos en salud) pueden ser interpretados como una consecuencia del desarrollo socioeconómico, en particular por mejoras en la nutrición, y en el saneamiento ambiental con el suministro de agua y el servicio de drenaje. En estos autores, existe un claro intento por identificar los procesos sociales más generales y su influencia en el cambio en salud.

No obstante, y de acuerdo, con Frenk, es con Omran y Lerner, donde encontramos una reconceptualización distinta, de los efectos del cambio social en el cambio en salud, debido a que existe en estos autores, un intento por distinguir efectos específicos del cambio en salud. Omran (1971) introduce el término de *transición epidemiológica* para

describir la dinámica de las causas de muerte en las poblaciones influidas por el proceso de modernización. Este autor, propone la existencia de fases del cambio en la mortalidad de una población. Es decir, existe una propuesta de sistematización propia de los cambios en salud y en buscar su relación con los cambios o procesos sociales.

Por su parte, Lerner, en 1973, postula la existencia de una *transición de la salud*, concepto que amplía el utilizado por Omran, al incluir elementos de las concepciones y las conductas sociales en torno a los determinantes de la salud. Más adelante, Frenk ha propuesto un esquema que busca relacionar las fases y distinguir los momentos de la transición en salud.

Es hasta 1971, en que Abdel Omran propone el concepto de “transición epidemiológica” para comprender la tendencia en las condiciones de salud de la población. Este se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de salud y enfermedad conforme se transforman las condiciones demográficas y sociales de un país. Este autor describe tres etapas fundamentales en la transición:

- a) *La “era de la pestilencia y el hambre”*, cuando la mortalidad es muy alta y muy irregular en el tiempo y en el espacio, las causas de muerte por enfermedades transmisibles es muy alta, la población es joven, existe alta natalidad, baja esperanza de vida y la mortalidad infantil es muy alta
- b) *La era de la disminución de las pandemias*, cuando la mortalidad decrece, principalmente por el control de las causas de mortalidad infantil y por el de las enfermedades transmisibles. Conjuntamente disminuyen los índices de natalidad, el promedio de edad avanza y la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles se encuentra en un nivel intermedio con tendencia al aumento.
- c) *La “era de las enfermedades crónicas y producidas por el hombre”*, cuando la mortalidad por enfermedades infecciosas decrece y aumentan las enfermedades no

transmisibles. Esta fase se presenta en poblaciones con una esperanza de vida alta, índices de natalidad bajos y niveles estables de mortalidad infantil ().

Asimismo, Omran sugirió la existencia de tres modelos de transición: a) el clásico como el que ocurrió en el siglo XIX; b) el acelerado, como el observado en Japón; y c) el pretransicional por el que al parecer se encuentran los países subdesarrollados.

En relación a los principales determinantes de la transición epidemiológica, el autor señala tres: 1) determinantes ecobiológicos; 2) determinantes socioeconómicos políticos y culturales; y 3) determinantes médicos y de salud.

Vemos como los puntos 2 y 3 corresponden a los ámbitos esbozados por Habermas páginas atrás, sin embargo aquí se le da particular importancia a las modificaciones que tendrá el ambiente no social del hombre, su entorno ecológico y biológico, que como veremos más adelante es fundamental no descartar.

Por su parte y para México, Frenk y cols (1991), han establecido que la transición epidemiológica comprende tres movimientos fundamentales: a) el paso de un predominio de las infecciones comunes y la desnutrición como principales causas de muerte a una preponderancia de las enfermedades crónico-degenerativas, las lesiones y los padecimientos mentales; b) un desplazamiento del peso de la mortalidad de los niños hacia los adultos, especialmente los de edad avanzada; c) un cambio en el significado social de la enfermedad, la cual deja de ser un evento agudo que se resuelve ya sea por curación o por muerte, para convertirse en un estatus crónico y a menudo estigmatizado: mientras que con las enfermedades agudas se *está* enfermo, con los padecimientos crónicos se *es* enfermo.

En relación al *cómo* se dan estos cambios a lo largo del tiempo, se han destacado la existencia de tres mecanismos principales que explican la manera en que se producen y que terminan por modificar el perfil epidemiológico de una población: 1) la disminución de la

fecundidad, que afecta la estructura de la población por edades; 2) el cambio en los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades; y 3) el mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, que modifica las tasas de letalidad.⁵

La disminución de la fecundidad es un proceso que forma parte de la transición demográfica, e implica el cambio de una fecundidad dominada por factores naturales y biológicos, hacia una fecundidad controlada, en gran medida por decisiones individuales de las parejas. Como resultado de su reducción se opera un cambio en la estructura de edades de la población: de un predominio de las edades jóvenes, se pasa a un predominio de los adultos. Esto se traduce epidemiológicamente, en el incremento absoluto y relativo de las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, elevando sustancialmente el volumen absoluto de enfermos y muertos por este tipo de padecimientos.⁸(Frenk y cols, 1991)

Los cambios en los factores de riesgo, constituyen una modificación de las probabilidades de enfermar, asociados al proceso de modernización, esto es, al proceso de industrialización que desplaza a la producción agrícola, la creciente urbanización de la sociedad, los cambios en ciertos patrones culturales, importante incremento en la participación de la mujer; así como a mejoras en las condiciones de vivienda, saneamiento, nutrición y nivel de escolaridad de la población. Conducen a cambios en los diferentes tipos de riesgo: ocupacionales, ambientales, sociales, biológicos y conductuales.

Finalmente, el mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, hace referencia a los cambios ocurridos en la investigación médica y el desarrollo tecnológico que han producido avances en el manejo de muchas enfermedades (avances en el tratamiento, mejoras en el diagnóstico y tratamiento oportuno, o bien intervenciones

preventivas primarias como las vacunas) que terminan por modificar las tasas de letalidad de las enfermedades.

A continuación ejemplificare algunos de las principales características de esta teoría con el estudio del caso del IMSS:

a) Cambios en la mortalidad del IMSS

En México, durante los últimos años la mortalidad tiene un descenso constante. Entre 1895 y 1995, la tasa bruta de mortalidad cayo de 31 a 4.9 defunciones por cada 1 000 habitantes vivos. En consecuencia, la esperanza de vida pasa de 40.4 años en 1940 a 66 años en 1995 en los varones y de 42.5 años a 73 años en las mujeres.

En el IMSS, el cambio en la mortalidad general, muestra dos ciclos; el primero que comienza en la época que inicio el Instituto, hasta 1982 en donde la tasa de mortalidad general descendió, hasta llegar a 2.4 por mil en ese año (principalmente debido a la reducción de la mortalidad en las edades de menores de un año, del preescolar y escolar; el segundo, de 1982 a la fecha, en donde se observa un aumento paulatino de la tasa de mortalidad hasta llegar a 3. por mil derechohabientes usuarios en 1995 (ello debido principalmente al aumento de las causas de muerte en población mayor de 65 años y más).

b) Participación de los distintos grupos de edad en la mortalidad en el IMSS:

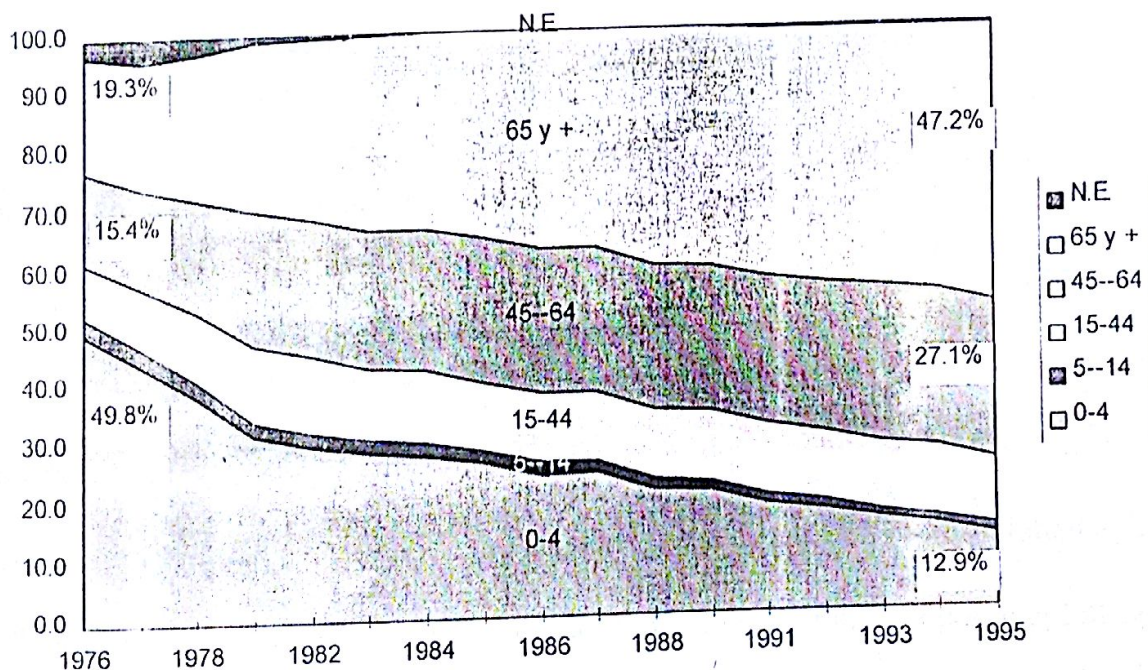
Proporción de muertes por grupos de edad.

Una de las principales características de la evolución de la mortalidad es el cambio de su distribución por edades. En 1976, 50% de las muertes ocurre en el grupo de menores de cinco años, cerca de 20% en el grupo de 65 y más años; 15.4% en el de 45 a 64; 9% en el de 15 a 44 años y; 3.2% en el de 5 a 14 años. Para 1995, se ha experimenta un cambio drástico en estas proporciones. Cerca de la mitad de las defunciones (47.2%) ocurren en el

grupo de 65 y más años; 27.1% en el grupo de 45 a 64 años; 12.9% en la edad de 0 a 4 años; 11.3 % en el de 15 a 44 años; y 1.2% en el de 5 a 14 años. Es decir, cerca del 75% de las muertes, ocurren hoy día, después de los 45 años de edad.

Dos mecanismos subyacen a este cambio: por un lado, el descenso de las tasas de incidencia y letalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación y de otras enfermedades infecciosas, que beneficia en mayor medida a la población joven; por el otro, el cambio demográfico, que genera una mayor proporción de adultos y de población vieja.

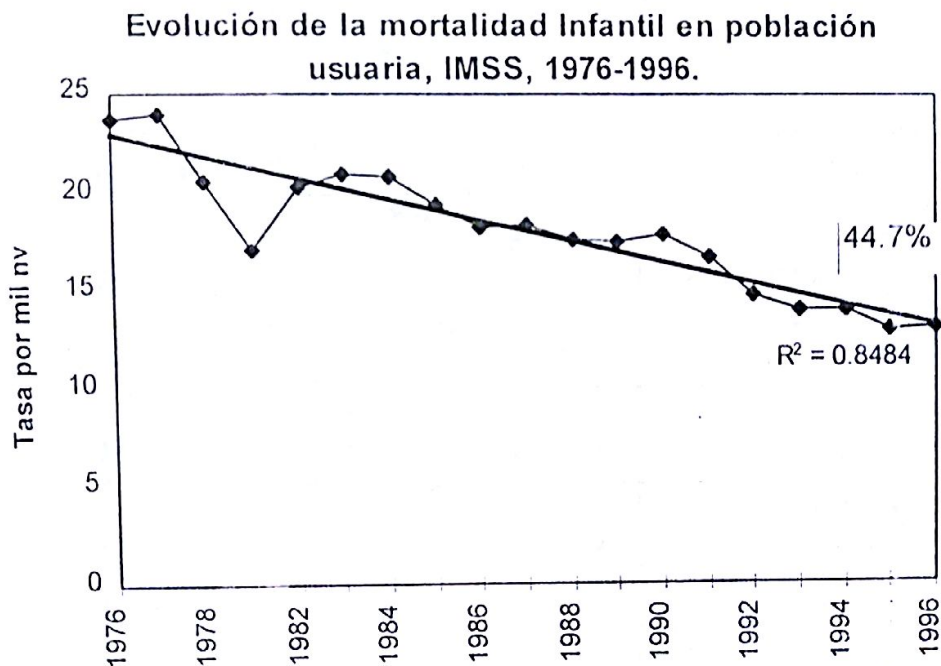
Figura 6
Participación de los distintos grupos de edad en la mortalidad en el IMSS, 1976-1995



La mortalidad en menores de un año, es uno de los indicadores que ha experimentado un mayor cambio en el último cuarto de siglo en el IMSS, con una reducción entre 1976-1996, de 44.7%, (ver figura 7). A ello ha contribuido, sin duda, el abatimiento de las enfermedades prevenibles por vacunación la reducción de la mortalidad

por enfermedades infecciosas intestinales, de las muertes por infecciones respiratorias agudas; y los decesos en el periodo perinatal.

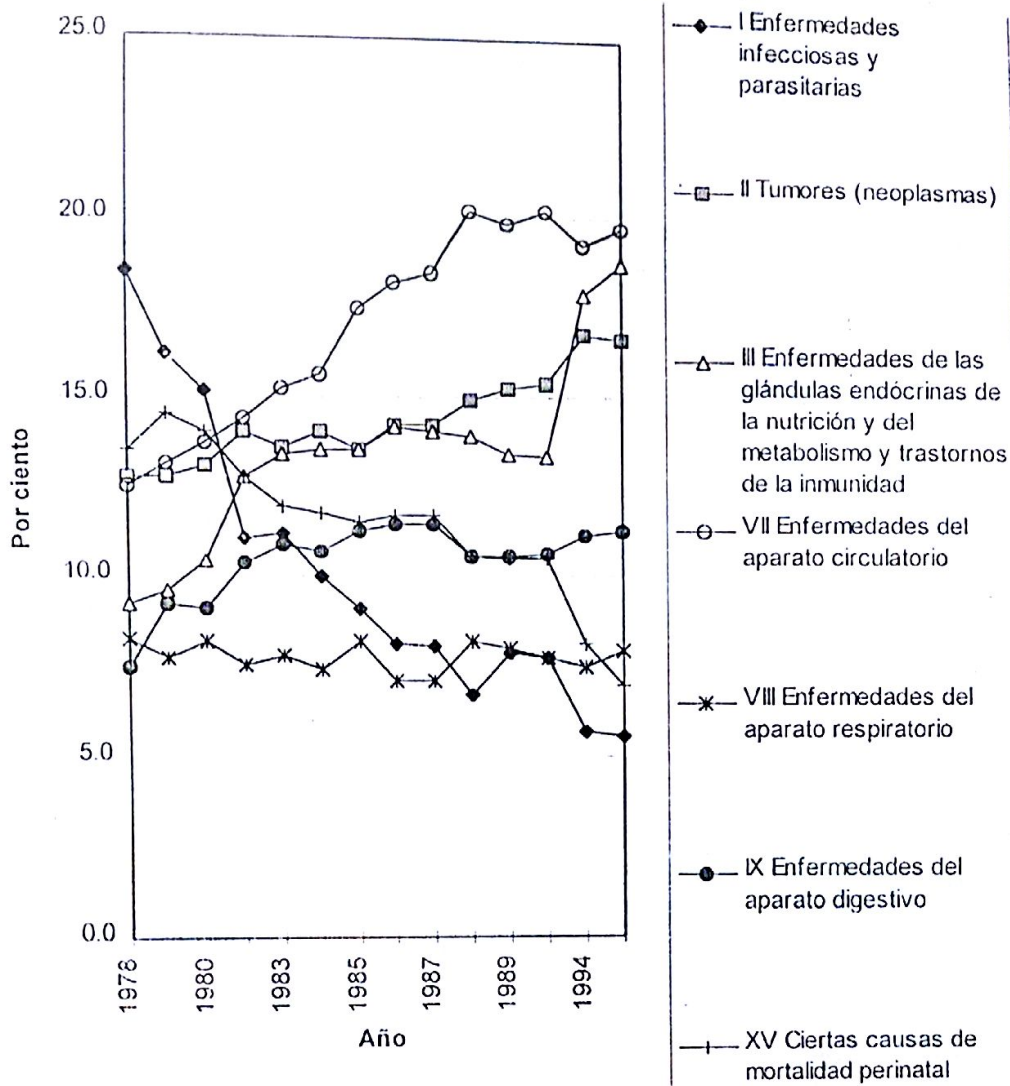
Figura 7



c) Cambios en las causas de muerte

En forma general, se pueden mostrar estos cambios en los distintos capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Por ejemplo, las muertes por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias pasan de representar el 18.5% del total de defunciones de 1978, a 5.6% en 1995. Por su parte los tumores que representaban el 12.8% en 1978, en 1995 representaban el 16.6% del total de muertes. Otro grupo de enfermedades no infecciosas, como las enfermedades del Aparato Circulatorio, ocupan ya el primer sitio, con 19.7% del total, durante 1995 (Ver figura 10).

Figura 10
Cambios en la mortalidad según grupos de enfermedades
IMSS 1978-1995.



En 1940, las infecciones, las parasitosis, las diarreas y las neumonías ocasionaban 60% de las defunciones; por su parte, las no transmisibles originaban 17%; las lesiones (accidentales o intencionales) 5%; y las perinatales, maternas y por desnutrición 6%.

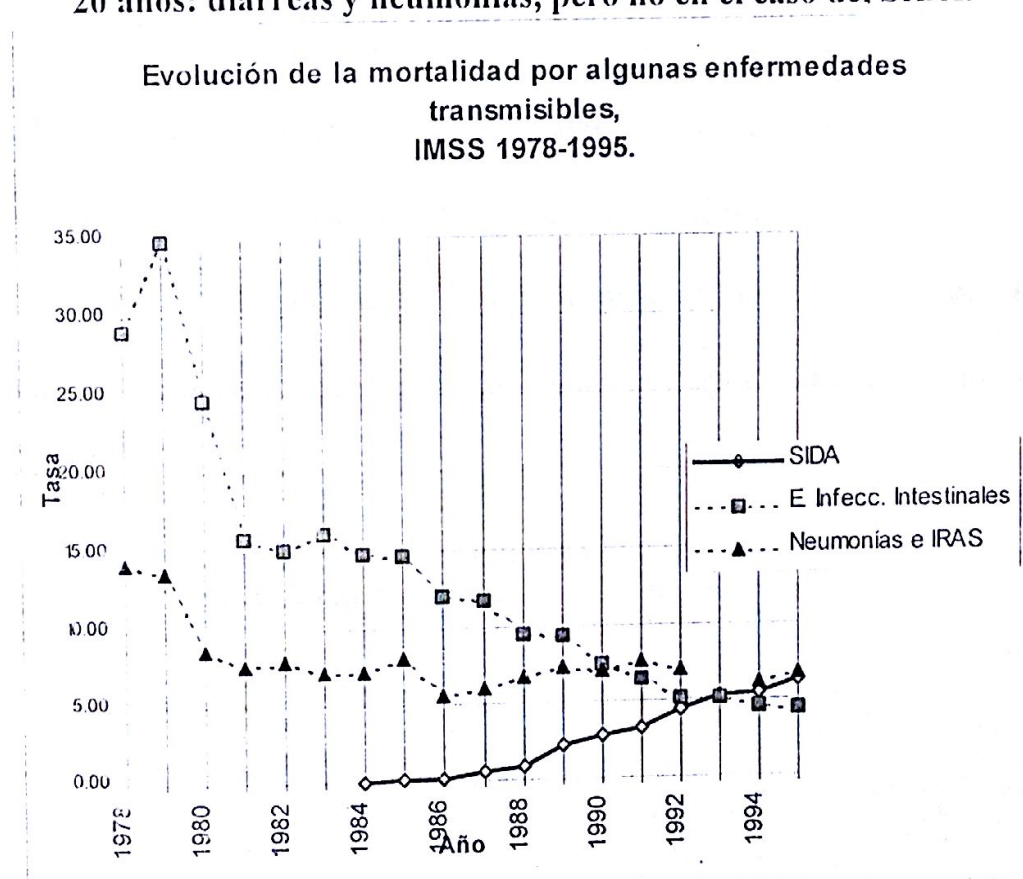
En 1992, el panorama es radicalmente distinto: 62% de las defunciones se deben a causas no transmisibles; 21% a enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y relacionadas con la desnutrición; y 15% a lesiones.

d) Descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas

Entre los cambios mencionados antes, destaca el descenso de las enfermedades transmisibles (Ver figura 11). Hace 20 años, 30 de cada 100 000 derechohabientes usuarios morían de diarrea, y 14 morían de neumonía e IRAS. En la actualidad, estas cifras ha

disminuido a 6.7 y 4.4 por 100 000 habitantes, respectivamente. En contraste el SIDA representa a los padecimientos infecciosos emergentes y será sin duda un reto a enfrentar en el futuro, constituyendo en el Instituto, una de las causas de muerte con tendencia más fuerte al aumento. Esto es necesario tener en cuenta, porque su presencia representa ya, un fuerte impacto en los gastos de salud de las instituciones de salud del país

Figura 11
La mortalidad por enfermedades infecciosas ha disminuido en el IMSS en los últimos 20 años: diarreas y neumonías, pero no en el caso del SIDA.



e) Emergencia de los padecimientos no transmisibles

Junto con los avances en el combate a las enfermedades infecciosas, los padecimientos no transmisibles surgen como una de las principales causas de muerte. Entre los problemas emergentes destacan la diabetes, los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares, la patología renal, la cirrosis hepática y los trastornos mentales.

Las muertes por diabetes en el IMSS, han pasado del tercer sitio el primer lugar. En 1978, de una tasa de 23.6 por cien mil usuarios, pasa a una tasa de 58.3. Es decir, un aumento dos veces y medio en la tasa, en los últimos 20 años (ver figura 12).

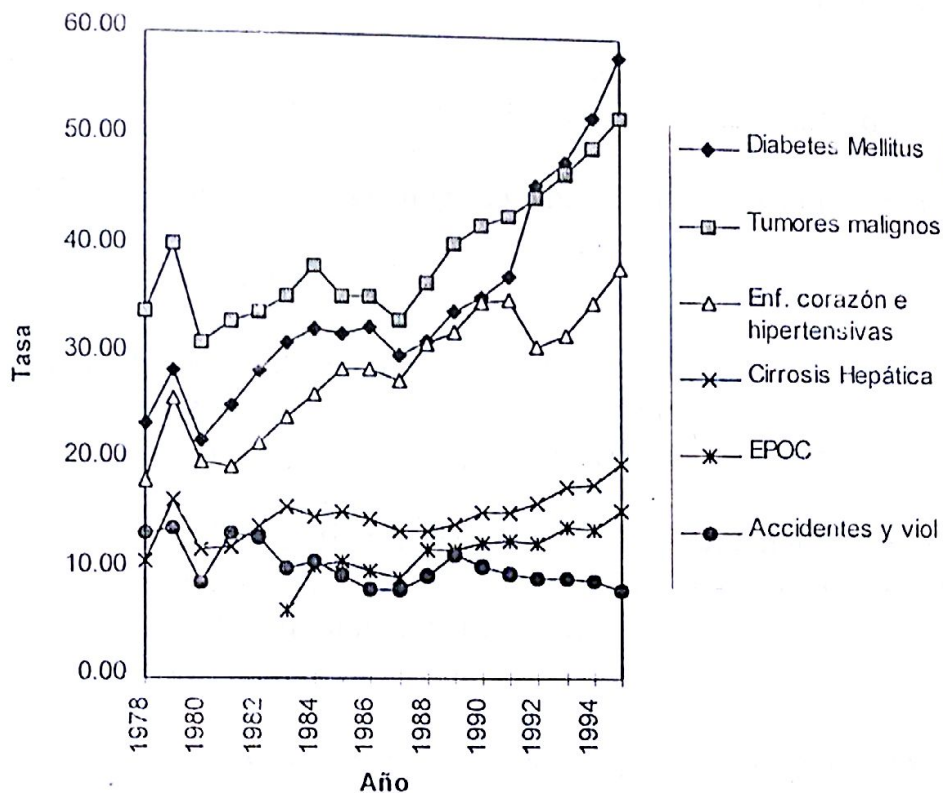
Por su parte, las muertes por tumores malignos, han mantenido su presencia y de representar el 12.8% en 1978, significan el 16.6% del total de las defunciones, en 1995. Esto es de una tasa de 34.1 por cien mil usuarios en 1978, han pasado a una tasa de 52.3, en 1995.

Las enfermedades cardiovasculares, han incrementado dos veces su participación en la mortalidad del IMSS: Así, en 1978 eran responsables de 12.5 % del total de defunciones; a casi el 20% en 1995, y ocupan ya la tercera causa de muerte.

El aumento de las enfermedades no transmisibles, parece irreversible. La siguiente figura, muestra la tendencia ascendente que tienen la mayor parte de las enfermedades no transmisibles.

Figura 12
Mortalidad por enfermedades no transmisibles

Evolución de la mortalidad por algunas enfermedades crónicas, IMSS 1978-1995.



En años más recientes, algunos autores han sugerido la existencia de una cuarta etapa, en donde se presenta una disminución leve de la mortalidad por enfermedades crónicas. Esto principalmente por la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares que se está presentando en algunos países, principalmente en las sociedades más industrializadas (Olshansky, 1986), el autor expone:

At the time this general theory of mortality change was published in 1971, there was reason to believe that mortality declines had bottomed out and gains in life expectancy from that time forward would progress at a snail's pace. The rationale for that belief was that there had to be limits to declining mortality as the biological limit to life es approached, and it was generally believed at the time that seven decades of life was close to that limit.

A few years prior to the publication of the epidemiologic transition theory, the United States and other developed nations began to experience unexpectedly rapid declines in mortality rates for the major degenerative diseases. In the United States, for example, heart disease declined by more than 25 percent between 1968 and 1978 (U.S. Department of Health and Human Services, 1981), and there is evidence to indicate that such declines have continued and are expected to continue into the future...

El autor aduce estos cambios a un factor llamado médico tecnológico pero que traspasa con mucho sus límites y que llega al ámbito de los valores, los hábitos y las expectativas de vida de la sociedad americana:

"And finally, advances in medical technology were also accompanied by reductions in some major risk factors for degenerative diseases (on a population scale) such as declines in smoking, more exercise, and improved dietary habits. (Olshansky, 1986)

The era of delayed degenerative disease is likely to have numerous impacts on two major demographic variables, the size and relative proportions of the population in advanced ages, and the health and vitality of the elderly.

Las implicaciones de esta nueva etapa en la estructura poblacional y en la misma sociedad las vive ya la sociedad americana y en algunos países europeos: Nunca antes, en la historia de la humanidad, han vivido tantos ancianos en el mundo, los ancianos hoy en día no son sólo el producto de una vida ordenada y cuidadosa producida en forma individual, o producto de haber tenido una carga genética de padres longevos. El fenómeno, es ante todo un producto social. Un producto de la ciencia y la tecnología médica, pero también de los medios de comunicación que informan masivamente a los individuos e impactan sus hábitos y costumbres y también de gobiernos que invierten millones de dólares en reducir los costos de sus sistemas hospitalarios por lo que tratan de gastar más recursos en prevención en forma intencionada. Son producto de sociedades que crearon los seguros sociales y los hospitales públicos y han generado externalidades económicas que han beneficiado no solo a los individuos que reciben un servicio médico, sino también a los que no van (al reducirse los casos infecciosos de una enfermedad o los enfermos potenciales

como en los programas de vacunación). Vemos como la estructura social necesariamente ha participado de estos logros que no son médicos solamente, de la capacidad de desarrollo y de distribución que tienen las sociedades modernas.

LA TEORIA DE LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA Y EL DESARROLLO ECONOMICO.

En diferentes estudios se ha propuesto la relación entre desarrollo y salud, el trabajo McKeown, como se señaló al principio de este trabajo, proporciono evidencias sobre la relación entre el desarrollo socioeconómico y salud, específicamente el mejoramiento de la nutrición y las condiciones sanitarias de la población inglesa en relación con la disminución de la tuberculosis. Los estudios de Preston (1972), relacionaron el aumento de la esperanza de vida con el incremento en el ingreso per cápita. Por su parte, Attinger y Ahuja (1980) señalan la importancia del crecimiento económico como facilitador del desarrollo en salud. Más recientemente, Anand y Ravallion (1993), han considerado que el crecimiento económico, es posiblemente, el principal determinante del desarrollo humano, medido a través del estado de salud y la tasa de alfabetismo.

Hoy en día se puede establecer una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad. La salud depende de la cantidad y distribución de la riqueza alcanzada a través del acceso a satisfactores básicos. Forma parte, del grado de bienestar y calidad de vida, alcanzado por una sociedad y es al mismo tiempo un elemento indispensable de la reproducción de la vida social. (Frenk, 1993).

Pero el grado de bienestar alcanzado depende del adecuado funcionamiento del modelo económico que opera en la sociedad, es decir de la capacidad que tiene en generar

satisfactores básicos de redistribuirlo (trabajo, vivienda, educación, alimentación) y más recientemente de su capacidad de inserción en la economía mundial.

Cuando este desarrollo no se da o se da en forma insuficiente ocurre el llamado proceso de marginación, el cual puede definirse como el resultado de un "estilo de desarrollo" donde una modernización parcial y precaria, reproduce las condiciones sociales de exclusión en que se encontraban originalmente determinados grupos sociales integrados al proceso de desarrollo. (Conapo, 1993) En todo proceso de desarrollo, se dan fenómenos de inclusión y exclusión en los diferentes grupos, en diferentes magnitudes y tiempos. Mientras que algunos procesos incorporan rápidamente al total de la población, en otros dicha integración se prolonga por largo tiempo, se habla entonces de rezago.

En el nivel más general, en lo que Frenk (1993) ha denominado como los determinantes estructurales o indirectos de la salud, ocurren los procesos de desarrollo y marginación. Por desarrollo se ha entendido tradicionalmente como el grado de crecimiento económico de un país, esto es el aumento del PIB y la mayor la producción de bienes y servicios (Molina Salazar, 1991). Durante los setenta, en América Latina, surge la teoría de la dependencia, la cual enfatiza que la situación de atraso de algunos países está determinada por el carácter de las relaciones de dependencia entre países industrializado y no industrializados. Posteriormente Schultz (1981) propone la teoría del capital humano, en donde se señala que el desarrollo económico depende a su vez de un factor esencial: la inversión que una sociedad realiza en las personas, principalmente en educación y capacitación. Más recientemente, se ha señalado la importancia de la salud, como parte fundamental para el logro del desarrollo. (Banco Mundial, 1993).

Tres elementos parecen ser fundamentales para entender el proceso desarrollo o su contraparte la marginación: a) el crecimiento económico, b) los mecanismos que tiene una

sociedad para lograr una mejor redistribución de la riqueza y c) la existencia de elementos históricos, culturales y políticos que pueden dificultar la integración de ciertos sectores de la sociedad al desarrollo.

Dentro del primer elemento, destaca el cambio de modelo económico, como el experimentado a partir de los años ochenta, en donde ante el agotamiento del modelo de "sustitución de importaciones" tiene lugar la introducción del "modelo de orientación externa". Entre 1990 y 1994, la economía mexicana muestra una etapa de crecimiento, asociada a un aumento en 1990 en 5.2% y en 1994 a 4.6%, la inflación experimenta su menor crecimiento al pasar de cifras del 30% a 7.1%, no obstante ante una sobrevaluación de la moneda, un aumento del déficit en la balanza de pagos y un crecimiento de deuda de muy corto plazo, tiene lugar en 1995, la caída del PIB en cerca de 7%, en lo que se ha denominado como la mayor crisis económica de la historia reciente. Luego de una difícil etapa de ajustes macroeconómicos, el PIB se recupera y llega a cifras cercanas a 6%. (Cepal, 1997).

En relación con la redistribución de la riqueza, los datos de la Cepal ubican a México como un país con altos niveles de pobreza, entre 1989 y 1994, está experimentando una disminución de 34 a 29%, para volver a aumentar nuevamente, entre 1995 y 1996 (Cepal, 1997). Por su parte, los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, de 1984 y 1994, indican una reducción de los ingresos en prácticamente todos los deciles de ingresos, a excepción del más alto, lo cual ha provocado una reconcentración del ingreso entre los diferentes estratos sociales. Así la proporción de ingresos del total nacional, que recibió el 20% más pobre, disminuyó de 4.8% en 1984 a 4.3 en 1994; por su parte el 20% más rico concentró mayores ingresos, al pasar de 49.5% a 54.4 (INEGI, 1984 y 1994). Los datos hasta aquí mostrados muestran que lejos de existir una mejor distribución de la riqueza, la brecha entre ricos y pobres ha aumentado.

Por último, es necesario reconocer el carácter estructural e histórico que ha tenido la desigualdad en México, ya desde 1822, Humboldt lo describía, como el país de la desigualdad, situación que se incrementa en el caso de la población indígena, en donde un simple enfoque de "integración al desarrollo" sería insuficiente, sino se considera la necesidad de lograr acuerdos más amplios, que incluya el respeto a su diferente realidad cultural.

Los factores estructurales son fenómenos que al igual que la salud se encuentran asociados a la salud en forma dinámica y tienen un constante cambio. Por lo que puede distinguirse en todo proceso de desarrollo: la transición rural-urbana, el cambio educativo y la transición demográfica. Procesos todos ellos ligados al cambio en la estructura productiva y ocupacional y que tiene como dos polos el paso de una sociedad agraria a una sociedad industrial y a una sociedad en donde predomina los servicios y la industria.

En estrecha relación con el proceso de transición demográfica, Omran (1971) propone la Teoría de la Transición Epidemiológica, la cual alude a los complejos cambios de largo plazo en los patrones de salud y enfermedad que acompañan la transformación de las estructuras sociales, económicas y demográficas de las sociedades. El autor, sugiere la existencia de diferentes etapas (predominio de enfermedades infecciosas, etapa mixta y predominio de enfermedades crónicas y producidas por el hombre) y distingue la presencia de tres modelos: el modelo clásico u occidental, el modelo acelerado y el modelo contemporáneo. Posteriormente, Frenk y Lozano (1989) han descrito la existencia de un nuevo modelo de transición, llamado "modelo prolongado y polarizado", donde persiste una distribución desigual de la riqueza y una cobertura insuficiente de servicios, dando lugar a un aumento en la brecha en salud en las diferentes clases sociales y regiones geográficas. Más adelante, Bobadilla, Frenk, Lozano, et al., (1993) describen un patrón de

polarización regional entre los estados del norte (los más ricos) y los del sur (los más pobres), al comparar las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas (diarreas y infecciones respiratorias) y las enfermedades crónico degenerativas (enfermedades cardiovasculares y cáncer). En un trabajo posterior, Lozano (1994) encuentra una regionalización en donde aparecen patrones de avance y rezago epidemiológico, a partir de usar la mortalidad en menores de 5 años y las muertes en adultos entre los 15 y 49 años, encontrando cinco regiones: a) región de transición avanzada, en donde se presenta una mortalidad infantil y en adultos por abajo del promedio nacional, en ella se encuentran seis estados del norte, dos del centro y el D.F.; b) región de transición intermedia, con baja mortalidad infantil y una alta mortalidad en adultos; c) región de transición incipiente, caracterizada por una mortalidad infantil media y una mortalidad en adultos baja; d) región con rezago diferencial, con una mortalidad en adultos superior al promedio nacional y una mortalidad infantil elevada pero que no rebasa el percentil 75; y, e) región con rezago extremo que presenta una mortalidad infantil y de adultos por arriba del promedio nacional.

Hasta lo aquí expuesto, puede notarse que tanto en la teoría de la transición demográfica como en la teoría de la transición epidemiológica se proponen una serie de etapas de cómo las sociedades modifican sus patrones de mortalidad y fecundidad: "... una interpretación descriptiva de un conjunto de cambios en los patrones demográficos y epidemiológicas que ocurren conforme una sociedad se transforma de un estado preindustrial a una situación que se considera desarrollada." ()

Es decir, el presupuesto implícito de un proceso de desarrollo o modernización es al parecer una condición necesaria para que las sociedades transformen su dinámica demográfica y su patrón de salud. Por lo que parece ineludible que para poder tener una mejor comprensión

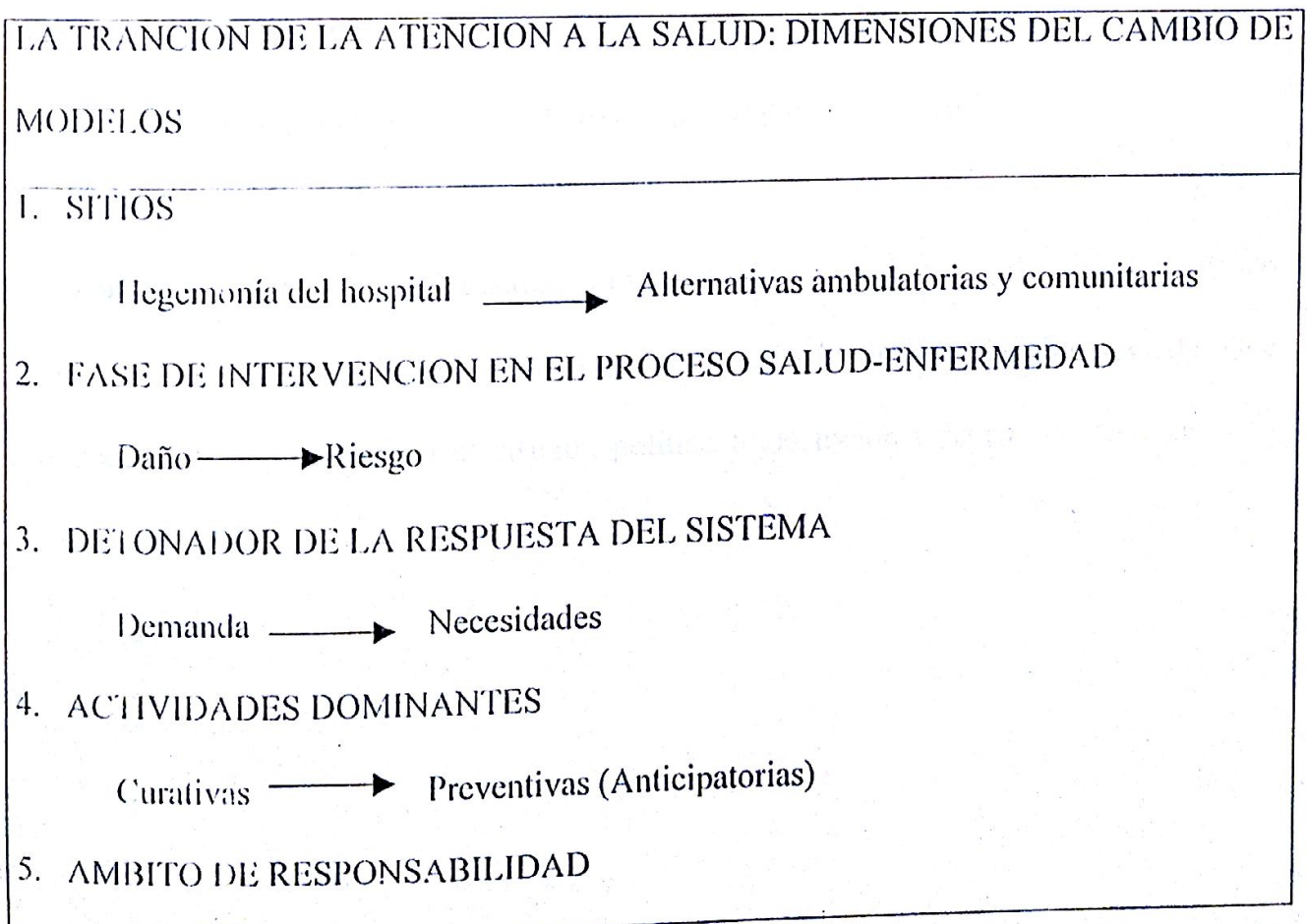
del cambio epidemiológico es indispensable analizar cómo ocurren y qué propicia el desarrollo de las sociedades.

LA TEORIA DE TRANSICION EN LA ATENCION A LA SALUD

Frenk,(1991) ha hablado de los fenómenos de la salud en dos grandes ámbitos: a) las condiciones de salud, es decir los procesos de bienestar, invalidez y muerte que definen las necesidades de una población (explicada por la TTE); b) la Teoría de la Transición de la Atención a la Salud, que se refiere a las transformaciones de los modelos dominantes que guían la respuesta del sistema de salud.

Esta transición o procesos de transformación no son especulaciones sobre la evolución del gasto en salud sino representan un esfuerzo por anticipar tendencias futuras.

En forma esquemática, estos procesos se resumen en el siguiente cuadro:



6. RELACION CON LA POBLACION

Paternalismo/Pasividad → Corresponsabilidad

7. DIVISION DEL TRABAJO

Especialización fragmentada → Diversificación coordinada

8. PROPOSITOS DE LA POLITICA DE SALUD

Cantidad → Calidad con eficiencia

9. BASE INSTITUCIONAL

Jerarquías segmentadas → Redes integradas

10. BASE FINANCIERA

Multiplicidad inequitativa → Pluralismo equitativo

11. TOMA DE DECISIONES

Centralizada → Descentralizada

12. MOTOR DE CAMBIO

Imitación dependiente → Investigación para el desarrollo

Estos procesos no hacen sino constituir un proceso de racionalización del sistema político administrativo correspondiente al campo de la medicina institucionalizada o privada. Que corresponde a la forma como el sistema político toma mejores decisiones técnicas pero también normativas.

LAS ANOMALIAS DE LAS TEORIAS DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA Y EPIDEMIOLOGICA: EL ENIGMA DE LOS PAISES DESARROLLADOS.

Debido a que la teoría de la transición demográfica surge a partir de la explicación del cambio reproductivo Europa, se ha tomado este caso como un modelo (llamado clásico por Omran) que puede repetirse en otras latitudes. Sin embargo, al ser estudiado en los países subdesarrollados han surgido una serie de diferencias entre el modelo clásico y la realidad específica de cada país. Estas diferencias, en algunos casos, se han pretendido ver como verdaderas anomalías a la teoría, que parecen mostrar su ineficacia. Algunas de estas son (para el caso de la Transición Demográfica) las siguientes:

- a) En la Europa del siglo XIX la reducción en las tasas de mortalidad fue una consecuencia de mejores condiciones socioeconómicas y nutricionales (McKweon).
- b) En los países desarrollados los modernos programas de Salud Pública contribuyeron en forma importante en la reducción de la natalidad.
- c) Desde antes de la transición demográfica en Europa, hubo una proporción significativa de la población, es de las mujeres, las cuales decidieron posponer el casarse por lograr una educación más avanzada.
- d) En Europa, la transición demográfica y epidemiológica ocurrió durante 150 años, período en el cual el tamaño de la población casi se triplicó y la producción económica se cuadruplicó al menos.
- e) Mientras que la explosión población en Europa pasó de tasas anuales de 0.5 por ciento a alrededor de 1.5 por ciento; en países latinoamericanos el promedio fue de 2.5 por ciento.
- f) Un punto muy controvertido ha sido la afirmación de que en los países en desarrollo la mortalidad disminuyó en forma acelerada por una revolución en la Salud Pública.

- g) En la Europa de los siglos XVIII y XIX, la mortalidad disminuyó lentamente en respuesta a mejores condiciones de vida.
- h) Como consecuencia de la combinación de altas tasas de crecimiento poblacional (a pesar de una urbanización masiva) y de una amplia base poblacional, el número total de nacimientos en países en desarrollo en la década de los sesenta fue mayor que la población total de Europa durante todo el siglo XIX.
- i) En las últimas etapas de la Revolución Industrial hubo una emigración masiva al continente americano. Durante el período de 1881-1910, la emigración europea representó el equivalente al 20 por ciento de su crecimiento natural. En contraste, entre 1970 y 1980 la emigración representó solo el 2.9 por ciento de crecimiento poblacional en Latinoamérica, 0.7 por ciento en Asia y 0.2 por ciento en África.
- j) La gran mayoría de países desarrollados tienen más dificultades en aprovechar sus recursos que las que tuvieron los países en Europa occidental en su periodo de más alto crecimiento poblacional.
- k) Existen problemas en los países menos desarrollados para operar una economía moderna, el desarrollo de la economía requiere de grandes inversiones en la educación de cada nuevo trabajador. Pero dado lo limitado de los recursos para educación, el crecimiento acelerado de los países en desarrollo hace difícil proveer la preparación requerida para satisfacer las demandas de trabajo.
- l) La alta fecundidad en las familias pobres las pone en desventaja adicional, esto es de interés, en particular si se considera que los patrones de fecundidad no son uniformes y se toma en cuenta que la desigualdad entre los países ha aumentado, lo mismo que al interior de cada país en desarrollo.

m) En muchos de los países en desarrollo, la única alternativa que han tenido es la de enfrentarse a un crecimiento económico lento y a un crecimiento poblacional acelerado. Los puntos anteriores aparecidos en trabajos de expertos sobre transición demográfica y del Banco Mundial representan una verdadera crisis de las expectativas optimistas, acerca de que en los países en desarrollo se presentaría un tránsito similar al europeo. En particular lo que es difícil de entender es por qué, luego de tasas de crecimiento alto, una rápida urbanización e industrialización, así como de una mejoría en la educación, el crecimiento en algunos países sea aún muy alto. Es decir, el desarrollo no fue suficiente como para detener el crecimiento poblacional, y el panorama actual, en un contexto de crisis económica, es incierto.

Más aun, en casos como el de México, hubo años de alto crecimiento económico en donde se llegaron a presentar altas tasas de natalidad. Esta ha sido interpretado como que el hecho de la experiencia pronatalista mexicana bien puede ser visto como un contraejemplo de que el exceso de natalidad sea un impedimento de cualquier desarrollo económica y social y de que un progreso económico y social produzca automáticamente reducciones en la natalidad.

Una situación similar se ha dado para el caso de la Teoría de la Transición epidemiológica. Soberón y Frenk han señalado algunas de estas consideraciones:

- a) No existe razón a priori para suponer que la transición epidemiológica o en cualquier otro país, ----- seguir el mismo camino que en las naciones desarrolladas. México podría experimentar una "transición dilatada" en la que la mezcla de enfermedades crónicas e infecciosas podrían persistir por largo tiempo.
- b) Lo anterior reflejaría una "polarización epidemiológica" de la sociedad, según la cual los segmentos más acomodados habrían llegado al término de la transición

mientras que los grupos más pobres seguirían sufriendo de la patología pretransicional.

e) En otro trabajo, Lozano y Frenk, señalan:

"...Lo importante es no perder de vista que la transición epidemiológica no es un proceso secuencial, evolutivo, ordenado y homogéneo como se muestra en otras latitudes - fundamentalmente en países industrializados- , sino que se trata de un proceso con traslapes, desordenado, heterogéneo, que en ocasiones se desfasa temporalmente y que por lo regular hace evidente la desigualdad sanitaria de un país, en una región, en un estado e incluso en una comunidad, a lo largo del tiempo".

LA TEORÍA CRÍTICA DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Este enfoque, influido en forma muy importante por los trabajos del materialismo histórico, puede ser resumido de la siguiente manera: " El proceso salud-enfermedad tienen dos determinantes históricos fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambos determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, las que a su vez, son el factor fundamental de la incidencia y distribución de la enfermedad y la muerte". ()

Ramazzini quien en 1700 escribe un tratado sobre enfermedades de los trabajadores, es quizás el primero que describe una relación distinta a la hipocrática, al hablar del vínculo entre enfermedad y ambiente laboral. Por su parte, Edwin Chadwich en plena Revolución Industrial (1842) al estudiar las diferentes tasas de mortalidad en Inglaterra, según clase

social, identifica a la insalubridad como la fuente de las enfermedades. Sin embargo, es Virchow quien realiza una ruptura conceptual con la tradición hipocrática, al identificar claramente la existencia de epidemias naturales (las debidas a los cambios ambientales) y artificiales, (ocasionadas por defectos producidos en la organización social y política).(Regidor, 1997)

Para Breilh, este estudio debe estar dirigido a los procesos general de una formación social, en particular en su base estructural, en donde del tipo de modo de producción surgirán las determinaciones a la superestructura. En forma tal que conforme cambie el modo de producción en cada momento histórico, este cambio puede dar origen a su vez a un determinado perfil epidemiológico.

Una categoría que es necesario destacar para comprender una relación que se plantea entre salud y modo de producción, es la de trabajo y conjuntamente la categoría de desgaste. Laurell señala que: "Asumir estos planteamientos tiene efectos profundos sobre la práctica. Esto es así porque revelan que hay un vínculo íntimo entre el trabajo y la salud, que no se agota en algunos factores de riesgo...Se parte de que el trabajo es a la vez un modo biológico y psíquico de vivir...Significa hacer consciente que el capita, no sólo expropia trabajo sino que lo hace bajo formas que tienen repercusiones profundas en el cuerpo y la vida del obrero". ()

A cada modo de producción le corresponde por una parte, una cierta división del trabajo y cierta organización del mismo, y por la otra las características de la tecnología. Las formas de organización y división del trabajo, que Laurell reconoce son las siguientes:

a) La cooperación simple, la cual está basada en el oficio, con una incipiente división del trabajo. Debido a que el obrero aún realiza diversas tareas, esto implica un mayor control

sobre el trabajo. El Capitalismo no se ha apropiado aún del saber obrero, y por lo tanto no puede ejercer un control formal sobre el proceso laboral.

Estas condiciones conllevan a un despliegue de un esfuerzo físico considerable, con el ejercicio de una variedad de movimientos, los cuales pueden ser determinados en su ritmo por el obrero. Esta combinación de trabajo duro origina fatiga y un alto consumo de calorías. que aunado a bajos salarios, se reflejará en la desnutrición de su prole. Esta forma de trabajo corresponde a la Primera Fase de la Revolución Industrial de Inglaterra.

b) En la manufactura existe una nueva división del trabajo, en donde el obrero realiza tareas parcializadas. La manufactura da comienzo a la descalificación del trabajo. La parcelación y su jerarquización. Este incremento en el ritmo da origen a un mayor desgaste físico y un mayor esfuerzo psíquico. La fatiga tiene un contenido más complejo.

c) En el maquinismo se sustituye el impulso netamente humano, por la máquina. Es decir, la fuente energética deja de ser la fuerza humana. Existe al mismo tiempo una mayor división del trabajo (intensificadas según la fase taylorista o fordista), y la movilidad del obrero se circunscribe en a los que la maquina demande. El perfil de desgaste cambia, pero no sólo por intensificarse el desgaste físico, sino también porque debido a la diversificación de los objetos de trabajo, hace que se introduzcan cambios en el ambiente químico y físico y la maquinaria incrementa la accidentabilidad. Las manifestaciones patológicas de este patrón de desgaste son, entonces: intoxicaciones agudas y crónicas, traumatismos, úlceras, enfermedades cardiovasculares y una amplia gama de trastornos mentales.

Además, la "organización científica del trabajo" al ser una división extrema del trabajo, origina que la labor del obrero sea monótona, y ejecutable a altos ritmos. A esto se le atribuye una sobrecarga cuantitativa y una subcarga cualitativa de trabajo, combinación que origina fatiga y estrés.

Esta forma de explicar la relación modos de producción, trabajo, desgaste y muerte corresponde a todo un enfoque distinto en la forma de entender "el cambio en salud". Por ejemplo, veamos cómo explica C. Laurell el aumento en la esperanza de vida, la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas.

Al referirse al incremento en la esperanza de vida, que se incrementa a 62 años en los hombres para 1979 y a la disminución de las enfermedades crónico degenerativas, esto es analizado de la siguiente manera:

"Generalmente se interpretan estos datos como una prueba de que las condiciones de vida y de trabajo de la población han mejorado. Un análisis más detallado, sin embargo, revela algunos hechos importantes para la comprensión del proceso de desgaste en el proceso laboral. Así, el aumento en la esperanza de vida de 1922 a 1972, fue de 29 años al nacer, pero a los 30 años el incremento fue de 8 años y a los 50 años de 3 años.

Esto significa que el aumento global de la duración de la vida se da principalmente por el decremento de la mortalidad de los primeros años de vida y no en la edad productiva, que es cuando el desgaste generado al consumirse la fuerza de trabajo pesa sobre la mortalidad.

El incremento general en la esperanza de vida se debe al desarrollo de las fuerzas productivas, que permite un mayor control sobre la naturaleza y que se traduce en la posibilidad de regular la producción de alimentos y controlar las epidemias".

Por su parte, más adelante menciona que "...Existe una estrecha relación entre los tumores malignos y el desgaste, entendido como el conjunto del deterioro biológico, patológico o no, en el proceso de producción, ya que prácticamente en todos los casos, cuando se conocen las causas del cáncer, son elementos químicos como el asbesto, las

anilinas, o físicos como la radioactividad. Las enfermedades isquémicas del corazón, por su parte, tienen una relación directa con el estrés, íntimamente ligado a la organización capitalista del trabajo".

Existe en este enfoque que se expone la introducción de otro elemento a considerar. Laurell hace énfasis en que las industrias capitalistas del norte han comenzado a trasladar parte de sus producciones, particularmente de aquellas que tienen restricciones o prohibiciones en sus países de origen. Esto ha sido llamado como "exportación de riesgos". Lo que influye para comprender el aumento del cáncer.

Pero esta exportación de riesgos se da dentro de un contexto más amplio en el que la División Internacional del Trabajo tienen influencias directas en el papel que le toca jugar a países como el nuestro.

"Nuestras estructuras sociopolíticas con amplios rasgos pre-capitalistas, bajo desarrollo de su capacidad productiva, con una organización capitalista dependiente y un movimiento popular atrapado en esquemas populistas, posibilitaron la penetración casi irrestricta del capitalismo consolidado del norte".

...países subordinados como los nuestros por razones de su propia historia se retrasaron en la capitalización agrícola y mantuvieron un sistema casi feudal, de tenencia de la tierra y muy baja productividad y un mercado rudimentario.

De esa manera, nuestras economías fueron definiéndose por el modelo "sector exportador -consumo de lujo", montado sobre una organización productiva de acelerada concentración y centralización de capitales, con su contraparte de pauperización y acumulación de masas desempleadas y subempleadas".

Más aun... los problemas ya descritos fueron acumulándose por el carácter del proceso capitalista y el impacto de la crisis decenal, determinaron que, durante la década

académica" para un acelerado proceso de producción científica que, conciente o inconciente, subsumió aun a los más connotados científicos en el proyecto burgués. Una vez más la dialéctica de ciencia e ideología se mostraba en el desarrollo del conocimiento y de la técnica, colocándolos contradictoriamente al servicio del ímpetu lucrativo del régimen capitalista".

LAS CRITICAS A LA TEORIA CRÍTICA.

En relación a las etapas propuestas por Laurell, González Block y Frenk han contraargumentado mencionando que: "...la supuesta coincidencia ante las fases del capitalismo, ya sea que en los países centrales con los periféricos y los padecimientos que estarían mecánicamente determinado bajo égida. Nada esta más lejos de la realidad, siendo que, para poner un caso, el proletariado se ve expuesto tanto a riesgos de infección como de desgaste físico tanto en el caso de su carrera migratoria y ocupacional como en cualquier momento del tiempo".

Este énfasis en la estructura económica y en el papel protagónico de la clase obrera, ha sido cuestionado por el equipo COPLAMAR, quienes con Vicente Navarro y otros autores, le dan un papel de mayor importancia a los cambios en la superestructura. En particular en el papel del Estado.

"...Aunque se otorga primacía a los elementos socioeconómicos para explicar el proceso salud-enfermedad en México, se evitan las interpretaciones mecánicas y mecanicistas. Por ello se toma al Estado y en concreto a las políticas sociales y al sector salud, como el escenario donde se expresan las contradicciones de la sociedad mexicana actual y la prolongación donde se dirimen las demandas y luchas de los diferentes grupos sociales".

predomine el enfoque desarrollista y con él las iniciativas de la CEPAL y la Alianza para el Progreso.

El esquema desarrollista buscó revertir o atenuar los efectos de predominio monopólico...implementar políticas que rectificaran los términos de desequilibrio entre "centro" y "periferia".

Sin embargo el decenio de los sesenta rebasó la capacidad de ajuste de los instrumentos de gestión que antes se habían empleado, se hicieron evidentes las inconsistencias de aquel "círculo virtuoso" (producción ingresos-ahorro- inversión).

Y para enfrentar la crisis el estado tuvo que intervenir y planificar en salud, introduciendo nuevas modalidades de práctica y buscando la aplicación de concepciones de salud enfermedad abiertas a lo social".

Breilh sugiere que estas preocupaciones del estado se traducen en un énfasis por desarrollar programas comunitarios tendientes a vigilar o controlar el estado de salud de una población, se habla entonces de la formación de una "policía médica".

Conviene en este momento analizar cuál es el sitio que este programa le otorga a la ciencia y a los cambios médicos y tecnológicos. Al respecto el equipo COPLAMAR llega a formular lo siguiente:

"...las medidas médicas específicas y la difusión de los servicios médicos tienen poco efecto en la salud global de las poblaciones. La crítica es en particular al llamado modelo médico hegemónico" caracterizado por su individualismo, ahistoricidad y biologicismo.

Pero Breilh no sólo cuestiona la importancia de las medidas médicas o del modelo científico-hospitalario, sino considera que: " En la etapa del apogeo de la medicina científicista, los hospitales, laboratorios e institutos fueron el reducto de la "magia

El carácter secundario otorgado a la ciencia resulta erróneo a la luz de los cambios mundiales provocados por la actual Revolución científico tecnológica. Una interpretación distinta puede encontrarse en Habermas, quien enfatiza el papel de la ciencia como la principal fuente de cambio en las fuerzas productivas.

Existe además, una visión ya no digamos "externalista" de la ciencia, sino incluso hasta sobreideologizada, por parte de Breilh, cuando se refiere al carácter de una ciencia burguesa y una ciencia proletaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar H (1989) Después del milagro. Cal y Arena. México.
2. Aguilar H. La transición mexicana. Nexos. 1988: 11 (124): 21-27.
3. Alba F y Potter JE. (1986) Población y desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente. Estudios demográficos y urbanos. 1 (1): 9-37.
4. Almada I. (1990) siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad. Nexos. 13 (149): 63-71.
5. Annad. S y Ravallion M. 1993. Human development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services. *Journal of Economic Perspectives*, vol 7, no. 1, 133-150.
6. Attinger E. O y Ahuja DR. 1980, Health and Socioeconomic Change. IEEE Transactions on Systes, Man and Cybernetics, vol. SMC-10, no. 12, 781-796.
7. Banco Mundial. 1993. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud. Oxford University Press, Washington, D.C. EE.UU.
8. Baumer FL. (1985) El pensamiento europeo moderno: continuidad y cambio en las ideas, 1600-1950. Fondo de Cultura Económica. México.
9. Bell D. (1989) El advenimiento de la sociedad post-industrial. Alianza Editorial, Madrid, España.
10. Breilh J. (1988) Epidemiología, economía, medicina y política. Ed. Fontamara. México.
11. COPLAMAR.(1983) Necesidades esenciales de México. Salud. Siglo XXI editores. México.
12. CEPAL. 1997. La brecha de la equidad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

13. CONAPO. 1993. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990: primer informe técnico del proyecto "Desigualdad regional y marginación municipal en México. Consejo Nacional de Población. México, D.F.
14. Frenk J. 1993. *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica, México:15-73
15. Córdova A.(1976) *Sociedad y Estado en el mundo moderno*. Editorial Grijalbo. México.
16. De Paz AE. Vázquez S, Hernuda JM. Contrahorizonte de la Salud. (1986) *Nexos*. 9 (104): 46-47.
17. Elguea J. (1989) *Las teorías del desarrollo social en América Latina: una reconstrucción racional*. El Colegio de México. México.
18. Frenk J y Bobadilla JL. (1991) Los futuros de la salud. *Nexos*.14 (157): 59-58.
19. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T y Lozano R. "Elementos para una teoría de la transición en salud" *Salud Pública de México*. 1991; 33 (5): 448-462.
20. Frenk J. La salud en transición (1990) *Nexos*. 13 (130): 65-70.
21. Gilly.(1988) La otra modernidad. *Nexos*. 11 (124): 29-33.
22. González Block MA y Frenk J.(1986) El horizonte de la Salud. *Nexos*. 9 (100): 59-61.
23. González MA y Frenk J. (1986) El contrahorizonte del economicismo. *Nexos*. 9 (196): 41-42.
24. Habermas J. (1982) *Conocimiento e interés*. Taurus, Madrid. España.
25. Habermas J. (1989) *El discurso filosófico de la modernidad*. Taurus. Madrid, España.
26. Jiménez R (coord). (1984). *Los factores del cambio demográfico*. Siglo XXI editores S.A. México.

27. José MV, Borgaro R. (1989) Transición demográfica y epidemiológica: problemas para la investigación. Rev. Salud Pub Mex. 31: 196-205.
28. Kannel WB y Thom TJ.(1984) Declining cardiovascular mortality. Circulation. 70 (3): 331.-336.
29. Lakatos I.(1983) La Metodología de los programas de investigación científica. Alianza Editorial, S.A. Madrid, España. (349):
30. Laurell AC y Márquez M.(1983). El desgaste obrero: proceso de producción y salud. Ediciones Era. S.A.
31. Lerner M. (1973) Modernization and health: a model of the health transition. American Public Health Association. 1-28.
32. Litvak J. Ruiz L. Restrepo HE y Mc Alister A. (1987) El problema creciente de las enfermedades transmisibles, un desfase para países de las américas. Bol Of Sanit Panam. 103 85): 433-449.
33. Lozano R, Escamilla JA, Bobadilla JL y Frenk J. (1984) La transición epidemiológica en México. Documento mimeografiado. Instituto de Salud Pública.
34. Lozano R, Torres JL.(1998) La Transición epidemiológica en el IMSS. Documento interno. Funsalud.
35. Lunn E. (1986) Marxismo y modernismo. Fondo de Cultura Económica. México.
36. Mc Keown T y Lowe CR. (1981). Introducción a la Medicina Social. Siglo XXI Editores S.A.
37. Menéndez EL. (1981) Poder, estratificación y Salud. Ediciones de la Casa Chata. México.
38. Moreno L, Kuri P. (1990) Torres JL y otros. La transición epidemiológica en México: Análisis de la interacción de los factores demográficos, económicos y sociales de la

- mortalidad en México, 1940-1980. Documento mecanografiado. Departamento de Epidemiología y Comunidad. UNAM. México.
39. Mosley WH, Jamison DT, Henderson DA. The health sector in developing countries: Prospects for the 1990s and beyond. *Annu Rev Public Health* 1990; 11: 335-358.
 40. Norestein FW. (1978) The theory of demographic transition: En: Determinants of fertility in advanced societies. New York.
 41. Olshanky SJ, Brian A. (1986) The fourth stage of the Epidemiologic Transition: The age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milban Quarterly*. 64 (3): 355-391.
 42. Omran A. (1971) The epidemiologic transition. *Milbank Mem Fund. Q.* 49: 509-538.
 43. Popper KR. (1963) Conjeturas y refutaciones.
 44. Popper KR. (1989) La sociedad abierta y sus enemigos. 3ra. Reimpresión Ediciones Paidós. Barcelona, España.
 45. Preston, S H., et al. 1972. *Causes of Death: Life Tables for National Populations*. Nueva York: Seminar Press
 46. Rosen G. (1985) de la policía médica a la medicina social. Siglo XXI editores. México.
 47. Schultz TW. 1981. Investing in People. The economics of Population Quality. Citado en: Chomsky N. *et al.* 1995. La sociedad global: educación, mercado y democracia. Joaquín Mortiz. México.
 48. Soberón G, Frenk J y Sepulveda J.(1986) La Reforma de la atención a la salud en México: antes y después de los sismos de 1985. *Rev Salud Pública*. 28: 566-580.
 49. Soberón G, Kumate J y Laguna J. (1988) La salud en México: Fundamentos del cambio estructural. Tomo I. Fondo de Cultura Económica. México.
 50. Soberón G. y cols. (1984). Hacia un Sistema Nacional de Salud. Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia. UNAM. México:

51. Sole C. (1976) Modernización: un análisis sociológico. Ediciones península. Barcelona.
52. Teitelbaum MS (1975) Relevance of demographic transition theory for developing countries. *Science*. 1975; 188; 420-425.
53. Toffler A (1980) La tercera ola. Plaza y Janes editores S.A. , Barcelona, España.
54. Toffler A (1970) El "shock" del futuro. Plaza y Janes editores S.A., Barcelona, España.
55. Toffler A (1990) El cambio del poder: Conocimiento bienestar y violencia en el umbral del siglo XXI. Plaza y Janes editores S.A., Barcelona, España.
56. Torres JL. (1989) Transición Demográfica En: Moreno y cols (1990) Factores de Riesgo en La comunidad I. UNAM. México. pp. 89-117.
57. Ureña E. (1978) La teoría crítica de la sociedad de Habermas: La crisis de la sociedad industrializada. Editorial Tecnos. Madrid, España.
58. Weber M. (1986) Ensayos de sociología contemporánea. Editorial Artemisa. S.A

¹ Estadísticas Históricas de México INEGI

² Censo de Población y Vivienda. Resultados definitivos. INEGI, 1996.

³ Programa d Reforma del Sector Salud. México Salud 2000, SSA, 1997.

⁴ Boletines de Mortalidad del IMSS, 1976-1996.

⁵ Anuarios Estadísticos del IMSS 1960-1995.

⁶ Memoria Estadística, 1990, 1995 y 1996.

⁷ Estadísticas de Egresos Hospitalarios, 1992,1993.

⁸ Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T y Lozano R. "Elementos para una teoría de la transición en salud" *Salud Pública de México*. 1991; 33 (5): 448-462.