

Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas públicas

Fecha de recepción: 7 de enero de 2009
Fecha de aprobación: 3 de febrero de 2009

Norma González González*
Martha Isabel Ángeles Constantino**

RESUMEN

En México, la llamada teoría de la transición epidemiológica ha sido y sigue siendo un punto de referencia en el campo de la investigación, y desde luego en el ámbito gubernamental ante la necesidad de comprender y de explicar, en su caso de actuar, en torno a los cambios en los patrones de salud y de enfermedad que se registran en el país hacia la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, dada la complejidad que han alcanzado nuestras sociedades, el sentido de una inevitable transición en salud que marca la diferencia entre sociedades subdesarrolladas y desarrolladas, se encuentra en entredicho, por lo que se vuelve urgente replantear la vigencia y los alcances de esta “teoría” para generar políticas en salud viables y en consecuencia con un favorable impacto en el complejo y diverso panorama de la salud.

PALABRAS CLAVE: transición epidemiológica, transición en salud, políticas en salud, política social.

ABSTRACT

The epidemiologic transition has been an important reference at the investigate field as much as the public policy, but the social reality show us its complex and the urgent need to review the concepts and the theories to study

* Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEM.

** Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEM.

and analyze the social problems. This is the reason because we propose to review the importance and actuality the epidemiologic theory to make a best government decisions.

KEY WORDS: epidemiologic transition, health transition, social policy, health policy.

PRESENTACIÓN

El diseño de políticas públicas es una tarea de gran alcance y responsabilidad, ya que en una buena parte de ellas se expresa la eficacia con la que los gobiernos construyen y desarrollan sus decisiones en los diferentes niveles de gobierno (Aguilar, 2000; Bañón y Carrillo, 1997; Cardozo, 1998). En el caso particular de la salud, las políticas deben ser continuamente ajustadas a los cambios propios de una sociedad en permanente transformación, no hay acciones ni soluciones definitivas, la pertinencia y el éxito de las medidas tomadas depende de la posibilidad de entender el carácter social, político y cultural que permea a aquellos grupos sociales a quienes van dirigidas.

El sentido de las decisiones de gobierno responde a una óptica, a una particular manera de pensar un problema que se adscribe como parte de la responsabilidad gubernamental, y que por tanto requiere de medidas y acciones capaces de revertir los efectos negativos sobre la sociedad. Así, por ejemplo, si la óptica que domina en torno al abordaje e intervención en salud se mantiene en los lineamientos de un concepto que apuesta por la atención médica y farmacológica, es claro que las decisiones y los progra-

mas de gobierno tenderán a privilegiar una serie de medidas fundadas en la convicción de que la atención médica, la construcción de clínicas y hospitales, el impulso a la producción y provisión de medicamentos, entre las acciones más destacadas, constituyen el camino correcto para enfrentar y solucionar los problemas de salud.

No obstante, es necesario tener presente que en el escenario económico actual domina una abierta tendencia a cuestionar el papel del Estado como gestor y productor de un tipo de servicio que se dice debe corresponder a la iniciativa privada, además, por supuesto, en el entendido de recursos económicos cada vez más limitados, de cara a necesidades crecientes (y en cierto sentido ilimitadas), por lo que no es extraño que desde organismos y foros internacionales se llame la atención respecto a que no hay sociedad alguna, con recursos suficientes, para dar respuesta a los problemas de enfermedad que demanda este tipo de atención sanitaria (OPS, 2007; OPS, 1994); planteándose como necesario el pensar y actuar bajo ópticas diferentes al modelo biomédico, y diferentes también a un sentido historicista evolucionista que insiste en ver un cauce de la historia en el que de manera natural tiene lugar el paso de un perfil epidemiológico propio de sociedades subdesarrolladas a otro con las características del llamado desarrollo.

Para nuestras sociedades occidentales, la enfermedad es un componente intrínseco a su función y operación; en este vínculo converge tanto el nacimiento de la medicina científica que nombra a la enfermedad (por lo tanto la hace existir), la clasifica, la localiza

en el cuerpo humano, y asimismo le prescribe un tratamiento, una terapia; como la emergencia y el dominio de la definición funcional de la salud que determina los criterios a los que debe apegarse el funcionamiento del ser humano como ente biológico y social.

“Si consideramos la evolución histórica de la cultura a la que pertenecemos, constatamos que en otros tiempos se daba gran importancia a la anomalía de forma y de color. Actualmente se presta mayor atención a la anomalía de función” (Conti, 1971: 293).

No es fortuito que el establecimiento de criterios de normalidad (temperatura corporal normal, adecuados niveles de glucosa, presión arterial sujeta a un rango de normalidad, etc.), remitan también a una reflexión en la que las convenciones y actos humanos que se organizan y conforman en torno a un esquema de valores (esto es a un orden moral) se expresen en la convivencia cotidiana, determinando los accesos para el adecuado desempeño laboral, para la convivencia familiar y comunitaria), en fin proporcionando las medidas para asumirnos nosotros mismos y a nuestro entorno bajo una condición de normalidad versus anormalidad (valga puntualizar, en términos de salud-enfermedad), interiorizando y manejando colectivamente un sentido en el que la salud y las condiciones que la describen se acoplan con ese estado ideal al que se aspira; en tanto que la enfermedad, genera una apreciación negativa a la que se liga el malestar, el dolor y la disfunción, condición regida y acreditada por el saber y el conocimiento médico.

En este sentido, se hace posible la generación y la reproducción de esquemas de relación en los que aparecen como obvios e indispensables los oficios de la medicina, la que desde sus diferentes ramas de conocimiento e intervención corrige, y tiene el poder de restaurar la normalidad en los individuos, una normalidad histórica y en consecuencia relativa, fundada en el cotidiano funcionamiento para la realización y cumplimiento de los roles asignados al interior de la familia, el espacio laboral y comunitario.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, EL VALOR DE UNA MIRADA HISTÓRICA. EL CASO DE MÉXICO

Invariablemente, cuando en México a lo largo del periodo que va de los años cincuenta a los setenta, y una parte importante de la década siguiente, se habla de transición epidemiológica, ello implica hablar de cambios que acontecen en el marco de transformación de las llamadas sociedades modernas (Zenteno, 1993; Coale, 1977). Se trata, en este sentido, de cambios a partir de los cuales se pretende ofrecer una descripción en sentido evolutivo de aquel perfil de enfermedades características de las sociedades en su camino hacia fases cada vez más evolucionadas y que, por tanto, dejan atrás patrones de enfermedad propios de un inferior grado de desarrollo (Arriaga, 1990; Bronfman y Gómez de León, 1988).

Un rápido repaso por la historia, acerca de cómo en diferentes momentos las sociedades han respondido ante los retos de salud (COPLAMAR, 1989; Lacoste, 1980; Ruth y

Griffith, 1968), puede ser un buen inicio para repensar la importancia y la dirección de unas políticas en salud que desde particulares marcos de conocimiento, representación y por tanto posibilidades de intervención, han logrado acciones eficaces, esta reflexión adquiere valor en un momento de nuestra historia que deja ver que no hay procesos que en el curso y el destino "natural" de la historia, nos ubiquen en un mundo de avances tecnológicos, capaz de hacer olvidar (de manera definitiva) a la enfermedad y sus consecuencias en términos de discapacidades temporales o permanentes, así como de la muerte misma en una etapa temprana de la vida.¹

En México, hasta buena parte de los años ochenta se mantiene el énfasis en una discusión que pretende distinguir con claridad las enfermedades de la pobreza frente a las llamadas enfermedades del desarrollo. En cada caso, uno y otro extremo la alusión intenta dar testimonio del proceso de modernización por el que transita el país, y donde se registra el desplazamiento de infecciones, parasitosis, enfermedades cuyo origen se reconoce en problemas de tipo alimenticio, por ese otro gran grupo de enfermedades a las que se identifica como enfermedades del desarrollo, y que aluden a padecimientos de orden crónico-degenerativo como: los diferentes tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los padecimientos de tipo metabólico (Ferrero y Boada, 1988; Lerner y Quesnel, 1986). No es gratuito que a partir de entonces los documentos oficiales, como planes y programas sexenales en salud destaquen el interés y la urgencia de dar

paso a una organización y administración de la problemática en salud, capaz de enfrentar problemas hasta entonces inéditos en nuestra sociedad, asimismo, se advierte sobre la necesidad de un nuevo perfil de trabajadores de la salud cuya formación profesional pueda insertarse a esos cambios en el panorama epidemiológico del país (SSA, 1999; SSA, 1994; SSA, 1990).

Desde luego, en el centro de todos estos cambios por los que transita el país, hay que anotar y destacar también la emergencia de padecimiento como el VIH/SIDA, el ébola, la fiebre del Nilo, entre otros, que hasta antes de los años ochenta no constituían un problema de salud pública, y que a raíz de entonces se suman al espectro de los problemas de salud que demandan una atención pronta y eficaz de parte de las instancias gubernamentales responsables de la salud (De la Cruz, 2004; Londoño y Sánchez, 1999; Garrett, 1996). Se habla en este sentido de enfermedades emergentes que reclaman una atención situada a horcajadas entre aquellos problemas de salud aún no resueltos, básicamente de tipo infeccioso y parasitario,² y esos otros padecimientos a los que se alude en términos de enfermedades del desarrollo: diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y de orden metabólico, todos ellos padecimientos para los cuales el país sigue sin contar con políticas de salud que con claridad identifiquen y pongan en marcha estrategias bajo esquemas de trabajo que antes que prepararse para atender a la enfermedad y sus complicaciones, generen mecanismos de intervención y evaluación de poblaciones, detectando oportunamente posibles situaciones de enferme-

dad que pueden ser enfrentadas con medidas no necesariamente de orden y de naturaleza médica; propiciando en este sentido “innovadoras” formas de trabajo y administración de los servicios de salud capaces de disminuir la presión sobre los servicios médico hospitalarios y, en general, sobre un gasto en la atención de la enfermedad que hoy en día, frente a los embates neoliberales, es cada vez más limitado.³

ACERCA DEL CARÁCTER HISTÓRICO Y SOCIAL DE LAS LLAMADAS “ENFERMEDADES DE LA POBREZA”

Como es bien sabido, los diferentes tipos tanto de las infecciones como de las parasitosis, fueron abatidas en la medida en que se hacia realidad el progreso económico de aquellos países hoy agrupados dentro del ranking de países tecnológicamente desarrollados. Es decir, que a mayor desarrollo parecía garantizarse el aniquilamiento del dolor humano causado por las enfermedades que durante siglos habían sido descritas como el azote de la humanidad (Piñero, 2000).

Hay trabajos como el de McKeown (1982), que documentan la manera en que el cambio en el “medio”, haciendo alusión a lo que hoy equiparamos a condiciones de vida y desigualdad social (Stern y Tuirán, 1993; Durán, 1983; Ruth y Griffith, 1968), a lo largo de los siglos XVIII y XIX tuvo un impacto definitivo en la caída de la mortalidad en dos de las tres grandes regiones que conforman el Reino Unido (Inglaterra y Gales), aun antes de la identificación de los agentes patógenos y de los “descubrimientos”

posteriores que permitieron su control a través de antibióticos y de vacunas.

Para comprender estos cambios en los patrones de enfermedad, es necesario insistir en las condiciones de vida que sostienen la estructura y el tejido económico de un mundo que se industrializa y en esa medida alcanza un más alto nivel de desarrollo, traducido en la operación de medidas propias del ámbito de la salud pública, las que logran impactar favorablemente para detener la propagación de agentes patógenos que en el agua contaminada, el deficiente control de los desechos humanos (excretas, basura orgánica e inorgánica), la contaminación del aire, encuentran el vehículo idóneo para iniciar y propagar la enfermedad.⁴ También, se habla de las mejoras en la alimentación y en la higiene personal como otros de los pilares que de manera concluyente impactaron en la reducción del número de muertes y en la prolongación de la vida.

Es muy importante llamar la atención, respecto a la forma en que las enfermedades infecciosas dejaron ver la necesidad de llevar a cabo una investigación que a la par de los trabajos de laboratorio y estudios clínicos, favoreciera el abordaje de colectividades, de grupos, de comunidades enteras, y no sólo de individuos; aun hoy en día, para prevenir y controlar una enfermedad infecciosa se requiere de un enfoque que mira más allá del individuo, del control médico y farmacológico que se pueda ejercer sobre él (San Martín y Carrasco, 1986; Rosen, 1985; McKeown, 1982). No obstante la importancia de este tipo de abordaje, se le

trivializó y entró en desuso a medida que los avances tecnológicos en el campo de la biomedicina prometían acabar de manera definitiva, y de una vez por todas, con las enfermedades.

Desde la Segunda Guerra Mundial las estrategias de salud pública se han concentrado en la erradicación de los microbios. Mediante un armamento médico poderoso producido durante la posguerra (antibióticos, antipalúdicos, vacunas), líderes políticos y científicos en Estados Unidos y en todo el mundo libaron campañas cuasi militares para extirpar enemigos víricos, bactericos y parasitarios. El objetivo era nada menos que hacer pasar a la humanidad por lo que se llamó la transición en salud, dejando atrás para siempre las enfermedades infecciosas (Garrett, 1996).

En efecto, todavía en los años setenta y ochenta es posible localizar discursos en los que se enaltecen los avances de la ciencia y su poder para hacer frente a los males de la enfermedad, sin duda entonces queda aun mucho de ese resabio en torno al trabajo realizado durante la etapa microbiana, con la que se nombra a un periodo dominado por la identificación de entidades microscópicas (microbios), a las que se hace responsables de la existencia de las enfermedades infecciosas y de su propagación (Mora y Hersch, 1990). La construcción del microscopio por Van Leeuwenhoek, puso al descubierto la existencia de entidades biológicas externas al cuerpo humano, que lo acechan y atacan, desencadenando una serie de síntomas identificados, en particular, con la construcción de una enfermedad. Los descubrimientos de Pasteur y Koch susten-

tan un conocimiento que hasta hoy en día (a pesar de las diversas críticas) mantienen la vigencia de un pensamiento que en la identificación de los virus y las bacterias, traduce la existencia de las enfermedades (Tecla, 1992), cuando en realidad la enfermedad como construcción con sentido y significado social deviene de un proceso complejo inserto en las relaciones y funcionamiento que operativamente, en el caso de la sociedad occidental, construye y traduce la idea de enfermedad como una disfuncionalidad del cuerpo humano, vista a partir de una serie de expresiones biológicas que le limitan su operación para el desempeño de las tareas que deben ser ejecutadas.

“la existencia de enfermedad no se decide por la presencia de un cambio biológico. Es cierto que siempre existe éste, pero solo cuando la sociedad decide que este cambio biológico es enfermedad, entonces aparece la enfermedad” (Ackerknecht, 1985: 17).

Esta manera de enfrentar cotidianamente el sentido de la salud y de la enfermedad, se verá crecientemente fortalecida ante la presencia al alza de las enfermedades crónico-degenerativas, las que colocan en una situación de permanente vulnerabilidad (de por vida, dirían otros), a todo aquel que es diagnosticado con algunos de los padecimientos identificados como parte de este tipo de enfermedades, y a las cuales también se les ha abordado desde una mirada y actuación médica con los altos costos no sólo de índole económica, sino en términos del dolor humano que se ha tejido en torno a ellas.

LAS ¿ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS? BASES PARA UNA DISCUSIÓN Y ANÁLISIS EN EL CAMPO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Después de la exposición realizada, inicialmente resultaría imposible abordar los diferentes tipos de cáncer, la diabetes y los padecimientos cardiovasculares en términos de “enfermedades”, ya que en un sentido estricto, no existe un agente nocivo que dé pie a esos estados de enfermedad; sin embargo, en el imaginario colectivo se sostiene el concepto de enfermedad en el sentido más literal de la palabra. Cotidianamente participamos de las siguientes expresiones: “está enfermo de cáncer”, “tiene la enfermedad de la diabetes”, “le dijeron que tiene una enfermedad del corazón”. Así, cabe preguntar, ¿qué es lo que une, lo que comunica y mantiene la vigencia de la idea de enfermedad, trátase de las infecciones o de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas? de tal forma que no pocos considerarían un sin sentido el aventurar este tipo de interrogante, sobre todo cuando parece obvio que “la enfermedad es la enfermedad”, e invariablemente remite al trastocamiento de nuestro rol social (familia, comunidad), y requiere de una canalización y atención médica.

El sentido a que remite una enfermedad crónico-degenerativa, va más allá de la sola posibilidad enunciativa, ya que en un sentido tanto macro como microsocioal, hay una derivación hacia transformaciones profundas que cruzan la recomposición social de cara a su diagnóstico, lo que supone un largo proceso de desgaste para el enfermo y su entorno afectivo más inmediato; sobrelle-

vando la enfermedad y haciendo frente a las complicaciones que suelen acompañarle. Como en algunos documentos se menciona.

“Antes los decesos eran eventos más o menos súbitos en la vida de una familia, ya que se presentaban casi de manera sorpresiva [...] a partir de una enfermedad no muy prolongada y, generalmente, de etiología infecto contagiosa” (CONAPO, 1999: 15-27).

Hoy en día, el concepto de enfermedad y su significado social ha variado hasta generarse una nueva vivencia a la que atraviesa un sentido ontológico, al igual que la significación de lo que es la salud y la muerte, en su caso las secuelas temporales o definitivas nombradas como discapacidades; se incluyen desde luego, las llamadas complicaciones que suelen acompañar a las enfermedades crónico-degenerativas y en torno a las cuales se teje una lectura médica que proviene de esa interposición.

En el nivel macro, los cambios se hacen patentes al momento en el que las instituciones de salud se ven urgidas de atender una demanda de servicios que en el terreno de la organización, los recursos humanos, la infraestructura y la capacidad económica, pueda atender la demanda médico hospitalaria, de servicios de laboratorio, de abasto y disposición de medicamentos, entre los más destacados, y los que a su vez obedecen a un manejo de los servicios sanitarios en términos de la atención que debe prestarse a la enfermedad (OPS, 2007; OMS, 2004; Poder Ejecutivo Federal, 1994). Por otro lado, en los diferentes niveles de la organización social existe una preocupación unánime

por los costos a que remite la incidencia de unas enfermedades que golpean la producción económica, visible en el manejo de variables que remiten al ausentismo laboral y a las "pérdidas" que ello supone en términos de los indicadores macroeconómicos.

Así, siempre de la mano, el cambio poblacional y el cambio epidemiológico,⁵ han dado paso a la prolongación de la vida a edades cada vez más avanzadas, lo que para los usos y funciones de nuestras sociedades, implica una paulatina "pérdida" de capacidad física, psíquica y social que invariablemente suele acompañar al incremento en la esperanza de vida, y que supone también una "nueva" demanda de servicios y prestaciones en salud, para las que hoy en día cualquier sociedad debe estar preparada. En México, desde hace tres lustros empezó a dejar de hablarse de un país joven, para poner el énfasis en los resultados de esa reducción en el crecimiento poblacional, y el incremento en la esperanza de vida, lo que conduce a un proceso de envejecimiento por el que ya atraviesa este país.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Todo este rápido repaso analítico, guarda la intención de situar el diagnóstico sobre el cambio epidemiológico, en el marco de aquellas categorías de análisis que lo hacen legible y que responden a una constitución y sentido histórico; no son concepciones surgidas de la nada, sino que tienen la función de nombrar y connotar un cierto tipo de diseño a partir del cual nombrar, medir, evaluar, en este caso la actuación gubernamental,

en torno a un fenómeno, el de la "salud", que centra su atención en la medición (a través del manejo de variables e indicadores) de la incidencia y de la distribución según grupo de edad, sexo y región, de la distribución de la enfermedad y de la muerte para conocer y en consecuencia actuar favorablemente.

Sólo en la medida en que pueda realizarse un análisis sociohistórico del fenómeno: salud, enfermedad, muerte, se podrá ofrecer un diagnóstico capaz de reconocer los avances logrados, pero sobre todo se estará en condiciones de reconocer los retos actuales a los que se enfrenta una sociedad cada vez más compleja. Se trata de una problemática en salud íntimamente ligada a transformaciones económicas, tanto políticas como culturales. Estudiar los problemas de salud más allá de sus lecturas tecnológicas favorece una visión extensa y completa de la dimensión del problema y de sus posibles alternativas de solución, con base en los recursos con los que actualmente se cuenta. Se trata de "recursos" en un sentido no sólo económico, sino de un espectro mucho más amplio y complejo del que el término "recursos" alude a procesos y relaciones sociales que viabilizan el sentido de la disposición de tecnologías médicas, químicas, de recursos humanos, en infraestructura disponible, de recursos económicos, encaminando decisiones y horizontes de actuación.

En el terreno de la definición de estrategias públicas para la atención de aquello que ha sido identificado como un problema de salud, y que por tanto requiere de la intervención gubernamental para paliar sus efectos nega-

tivos, es indispensable contar con un marco de análisis que haga posible la interpretación y la comprensión de los cambios demográficos y epidemiológicos que usualmente son presentados de manera descriptiva. En otras palabras, no es suficiente con saber que hoy en día (en comparación con el pasado) existen bajos niveles de mortalidad, o bien, que en el mosaico epidemiológico las enfermedades infecciosas ya no son la principal causa de muerte; ése es sólo el principio para trabajar en situar los alcances y significados sociales que rodean la problemática en salud, y que reclaman sensibilidad y conocimiento de parte de quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones al respecto.

NOTAS

¹ Se asume que la muerte forma parte del proceso mismo de la vida, pero que debe de llegar de manera “natural”, a una edad avanzada; considerando desde luego los patrones culturales que guían el relativo significado de la esperanza de vida y de la vejez.

² Básicamente se trata de enfermedades consideradas como una deuda histórica, vinculadas a la permanencia y/o resurgimiento de padecimientos de tipo infeccioso que habían dejado de ser un problema de salud pública: tuberculosis, paludismo, cólera, dengue, entre las más importantes (SSA, 2001).

³ Aquí es muy importante no confundir la discusión generada ante un modelo económico que perfila un tipo de atención social (que incluye la atención a la salud), con una cada vez menor responsabilidad social, léase estatal; y la urgente necesidad de reconocer en la salud una problemática de tipo social que

además de la perspectiva médica debe incursionar sobre otras posibilidades de estudio e intervención que sean favorables a la atención y procuración de la salud, en contraposición al proceso de medicalización que hoy en día caracteriza a nuestra sociedad, y que cada vez más hace dependiente al ser humano de la atención médica y la prescripción farmacológica.

⁴ En un sentido estricto, asilados los “microbios” no constituyen sino un cierto tipo de entidades con características bioquímicas, que únicamente al entrar en contacto con determinadas condiciones y ambientes socioeconómicos y sistemas culturales, puede traducirse a la clasificación y descripción de una determinada enfermedad.

⁵ El término “transición demográfica”, describe las transformaciones en términos de la estructura y volumen poblacional (Livi-Bacci, 1993; Benítez, 1993; Zavala, 1992; Teitelbaum, 1976); aquellas que de manera particular refieren la disminución de la mortalidad general y el cambio en los esquemas de crecimiento de la población (Martínez y Leal, 2002; Gómez, 2002; CONAPO, 1999). La idea convencional de una transición epidemiológica íntimamente ligada a ese sentido de paso de una condición de subdesarrollo a otra identificada como desarrollada y siempre en el entendido de un movimiento progresivo que señala un momento ideal (ya alcanzado por las llamadas sociedades desarrolladas), es un concepto cada vez más desgastado que desde su nacimiento y a pesar del apego de investigadores para explicar el tipo, la dimensión y distribución de la enfermedad en la sociedad, ha recibido duras críticas por ese manejo ideológico que al margen de la historia trata de hacer aparecer como “natural” el hecho de que las sociedades se hallan indefectiblemente destinadas a arribar

y disfrutar de esa idea de modernidad como la realización definitiva del progreso humano. Se insistía en que sólo era cuestión de ajustar los tiempos, algunos arribaban antes pero el sentido general era que todas las sociedades tarde o temprano estarían destinadas a abandonar su condición de subdesarrollo o de sociedades premodernas para ser partícipes de todos los beneficios y ventajas del desarrollo.

BIBLIOHEMEROGRAFÍA

- Ackerknecht, Edwin H. (1985), *Medicina y antropología social*, Madrid, España, AKAL/Universitaria.
- Aguilar Villanueva, Luis F. (coord.) (2000), *El estudio de las políticas públicas*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Arriaga, E. (1990), *Causas de muerte en la mortalidad general y adulta de México 1980-1985*, México, U.S. Bureau of the Census.
- Bañón, Rafael y Ernesto Carrillo (1997) (comp.), *La nueva administración pública*, Madrid, España, Alianza Universidad Textos.
- Banco Mundial de Reconstrucción y Fomento (BM) (1998), *La larga marcha. Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*, USA, BM.
- Benítez Zenteno, Raúl (1993), "Visión latinoamericana de la transición demográfica. Dinámica de la población y práctica política" (IV Conferencia latinoamericana de población), en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. 1, México, INEGI-IISUNAM.
- Bronfman, Mario y José Gómez de León (coord.) (1988), *La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*, México, El Colegio de México A.C.
- Cardozo Brum, Myriam (1998), "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)", en Enrique Cabrero Mendoza (coord.), *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). Logros y desencantos*, México, Porrúa/CIDE.
- Coale, A. J (1977), *La transición demográfica*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1999), *La situación demográfica de México, 1999*, México, CONAPO.
- Conti, Laura (1971), *Estructura social y medicina*, Barcelona, Fontanela.
- Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) (1989), *Necesidades esenciales en México: Salud*, México, Siglo XXI-COPLAMAR.
- De la Cruz Gallardo, Carlos Mario (2004), "Enfermedades emergentes y reemergentes", en *Revista Salud en Tabasco*, vol. 10, núm. 003, septiembre-diciembre, Tabasco, México, pp. 267-268.
- Durán, Ma. Ángeles (1983), *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos.
- Ferrero, Carlos y Silvia Boada (1988), "Morbimortalidad y tecnología médica", en Mario Bronfman y José Gómez de León, *La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*, México, El Colegio de México A.C.

- Garrett, Laurie (1996), "The coming plague: Newly emerging disease in a world out of balance", en *Publicaciones electrónicas del USIS*, vol. 1, núm. 17, noviembre, en <http://usinfo.stae.gov/journals/itgic/1196/ijgs/gj-1.htm>, consultado el 12 de septiembre de 2008.
- Gérvas, Juan (2006), "Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidades de prevención cuaternaria en España", en *Gaceta sanitaria*, núm. 20 (supl. 1), Madrid, España, Gaceta sanitaria, pp. 127-134.
- Godue, Charles (1998), "La salud en los procesos de globalización y de internacionalización", en *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 25-45.
- Gómez, Rubén Darío (2002), "La transición epidemiológica y salud pública: ¿explicación o condena?", en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (2), pp. 57-74.
- Guevara, Jean Paul y Adán Barreto (1995), *Diagnóstico de la evolución de la dinámica poblacional en el Estado de México 1950-1994*, Zinacantepec, México, El Colegio Mexiquense A.C., Consejo Estatal de Población.
- Lacoste, Yves (1980), *Geografía del subdesarrollo*, Barcelona, Ariel, Colección El cano.
- Laurell, Cristina (1976), *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*, Mimeo, México, UAM-X.
- Lerner, Susana y André Quesnel (1986), "Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales", en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, PISPAL, El Colegio de México A.C.
- LIVI-BACCI, Massimo (1993), "Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina" (IV Conferencia Latinoamericana de Población), en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México, INEGI-IISUNAM.
- Londoño, Ángela L. y Juan Farid Sánchez (1999), *Enfermedades infecciosas emergentes*, s/f, en <http://www.uniquindio.edu.co/infoacade/enfermed.htm>, consultado el 26 de agosto de 1999.
- Martínez, Carolina y F. Gustavo Leal (2002), "La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 51, septiembre-diciembre, El Colegio de México, México, pp. 547-569.
- Mora Carrasco, Fernando y Paul Hersch Martínez (1990), *Introducción a la medicina social y salud pública*, Biblioteca Universitaria básica, México, Trillas.
- Mckeown, Thomas y C.R. Lowe (1982), *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?*, México, Siglo XXI.
- (1989), *Introducción a la medicina social*, México, Siglo XXI.
- Ordorica Mellado, Manuel (1994), "Evolución demográfica y estudios de población en México", en Francisco Alba y Gustavo Cabrera (coord.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México A.C.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción*, Washington, D.C. USA, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994), *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. I y II, OPS, USA.
- (2007), *Salud en las Américas*, vol. I y II, OPS, USA.
- Piñero López, José María (2000), *Breve historia de la medicina*, Madrid, España, Alianza Editorial.
- Poder Ejecutivo Federal (1994), *Programa de reforma del sector salud (1995-2000)*, México.
- Rosen, George (1985), *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI.
- Ruth, Rice y G. Griffith (1968), *Distribución y determinantes de la salud-enfermedad*, Washington, D.C., OMS/OPS.
- San Martín H., Martín S.C., Carrasco J.L. (1986), *Epidemiología. Teoría, investigación y práctica*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Santos Preciado, José Ignacio *et al.* (2003), "La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México", en *Salud Pública de México*, vol. 45, supl. 1, Cuernavaca, México.
- Stern, Claudio y Rodolfo Tuirán (1993), "Transición demográfica y desigualdad social en México" (IV Conferencia Latinoamericana de Población), en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México, INEGI-IISUNAM.
- Secretaría de Salud (SSA) (1990), *Plan Nacional de Salud 1990-1994*, México, SSA.
- (1994), *Reseña testimonial 1988-1994*, México, SSA.
- (1999), *Dirección General de Epidemiología. Misión*, México, SSA.
- (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, SSA.
- Tecla, J. Alfredo (coord.) (1992), *Enfermedad y clase obrera*, México, IPN.
- Teitelbaum, Michael S. (1976), "Importancia de la teoría de la transición demográfica para países en desarrollo", en *Demografía y Economía*, vol. 10, núm. 1, El Colegio de México, México, pp. 54-67.
- Zavala de Cosío, María E. (1992), "Los antecedentes de la transición demográfica en México", en *Historia Mexicana*, vol. 42, núm. 1, El Colegio de México, México, pp. 103-128.
- Zenteno, Raúl (1993), "Visión latinoamericana de la transición demográfica. Dinámica de la población y práctica política" (IV Conferencia Latinoamericana de Población), en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México, INEGI-IISUNAM.