XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

La transición sanitaria: de la teoría a la práctica y su situación en Colombia.

Jiménez Peña, Oscar Mauricio y Bernabeu Mestre, Josep (Universidad de Alicante).

Cita:

Jiménez Peña, Oscar Mauricio y Bernabeu Mestre, Josep (Universidad de Alicante). (2007). *La transición sanitaria: de la teoría a la práctica y su situación en Colombia. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-108/899

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eU8X/1Kh

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

XI° JORNADAS INTERESCUELAS/ DEPARTAMENTOS DE HISTORIA

Tucumán, 19 al 22 de Septiembre de 2007

Título: **LA TRANSICIÓN SANITARIA: DE LA TEORIA A LA PRACTICA Y SU SITUACIÓN EN COLOMBIA**

Mesa Temática Abierta: **Mesa de Historia de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los Siglos XIX y XX**

Universidad, Facultad y Dependencia: **Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia**

Autor/res-as:

Jiménez Peña Oscar Mauricio

Doctorando en Salud Pública

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia

Universidad de Alicante

Campus de San Vicente del Raspeig,

Ap 99. E-03680 Alicante

Teléfono: 965 902164, Fax: 965 903964 y Correo Electrónico: omjp@alu.ua.es

Bernabeu Mestre Josep

Catedrático de Historia de la Ciencia

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia

Universidad de Alicante

Campus de San Vicente del Raspeig,

Ap 99. E-03680 Alicante

Teléfono: 965 903922, Fax: 965 903964 y Correo Electrónico: Josep.bernabeu@ua.es

LA TRANSICIÓN SANITARIA: DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA Y SU SITUACIÓN EN COLOMBIA

El concepto de la transición sanitaria, planteado como "una extensión del concepto de la transición epidemiológica", ha tomado mucha fuerza en los últimos años como fórmula para "explicar los cambios sociales y de comportamiento, y otros de naturaleza diversa, que han ocurrido paralelos a los cambios epidemiológicos", y a los estados de salud de las diferentes poblaciones (Robles, E. & Bernabeu, J., 2000).

La transición sanitaria al hacer énfasis en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento de la salud, agrupa con fines analíticos tres procesos sociales como son: la transición demográfica, la transición epidemiológica y la transición del sistema de salud; a los que añadiremos la transición de riesgos. Todos ellos están interrelacionados entre sí, determinados por los grandes cambios del desarrollo económico y social de cada país, y con un fuerte impacto en la dinámica de salud. Ha sido en las últimas décadas cuando han empezado a proliferar los trabajos dedicados a analizar las diferentes transiciones (Robles, E., Bernabeu, J. & Benavides F.G., 1996a,b).

LA TRANSICIÓN EN SU LABERINTO

Las discusiones surgidas en torno a la definición, alcance, limitaciones y validez de los conceptos de las diferentes transiciones, han hecho de la transición epidemiológica y por lo tanto de la transición sanitaria una teoría con un intenso debate, pero aún con bastantes ambigüedades. A finales de los años sesenta, Frederiksen (1969) asocia el fenómeno de la transición demográfica con el desarrollo económico, y desde el cual se desarrollan ciertas necesidades y recursos para la salud, y se organizan los servicios de salud. De esa interrelación entre la transición demográfica y la "transición económica"[1], sugiere que las

[1] Frederiksen denomina transición económica al proceso de bajos niveles a altos niveles de producción y consumo, y que tal modelo de transición económica y demográfica implica que se podrían lograr los altos

medidas en salud y planificación familiar que se adopten, pueden acelerar ambas transiciones debido al restablecimiento del balance entre mortalidad y fertilidad de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

Omran (1971), validando la teoría de la transición demográfica, formuló una teoría que explica los cambios poblacionales a través de las variaciones en los patrones de salud y enfermedad, y en estrecha relación con sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas. De acuerdo con esta teoría, tras la segunda guerra mundial, los logros alcanzados hasta 1970[2], habrían hecho retroceder considerablemente las enfermedades infecciosas en el mundo entero, independientemente del nivel de desarrollo económico y social. Las críticas suscitadas[3] (Frenk et al., 1991; Olshansky et al., 1998; Gómez, 2001; Avilés, 2001), lo llevaron casi treinta años después, a reformular su teoría, añadiendo dos etapas más a su teoría inicial y a proponer seis modelos explicativos de la

---

niveles de producción, cuando el consumo, la mortalidad y la fertilidad, estén en el mejor de los casos en un nivel intermedio [Frederiksen, H. (1969) Feedbacks in Economic and Demographic Transition. **Science**, 166 (3907) November, pp 838,844].

[2] Omran identifica tres determinantes de la enfermedad: 1 Determinantes ecobiológicos que "indican el complejo balance entre agentes patógenos, nivel de hostilidad en el ambiente y la resistencia en el huésped; 2 Determinantes socioeconómicos, políticos y culturales que incluyen estilos de vida, hábitos saludable, higiene y nutrición, y 3 Determinantes médicos y sanitarios referido a las medidas preventivas y curativas usadas para combatir las enfermedades y que incluyen mejoras en la sanidad pública, inmunización y el desarrollo de terapias (descubrimiento y difusión de técnicas médico-científicas: vacunas, antibióticos, DDT). Para Omran la reducción de la mortalidad en los países europeos y occidentales del modelo clásico y acelerado fue determinado por los factores ecobiológicos y socioeconómicos. El descenso de la mortalidad en los países en desarrollo o "tercer mundo" del modelo contemporáneo o retrasado fue determinado por efecto de los factores médicos o de la tecnología médica [Omran, A.R. (2005) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, 83 (4) December, pp.736-741. Reprinted from Omran, A.R. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (4), pp. 509–38. Style and usage are unchanged].

[3] Frenk et al. critican el poco peso que tiene la morbilidad frente a la mortalidad, la unidireccionalidad del proceso de transición, debido a que es común a que ocurran inversiones en las tendencias (contratransiciones), la separación de etapas, ya es existe un traslapamiento de etapas en muchos países en desarrollo, y el momento de inicio y velocidad de la transición, ya que estos dos atributos no son suficientes para caracterizar la naturaleza de la transición en cada país [Frenk, J., et al.(1991) Elementos para una teoría de la transición en salud. **Salud Pública de México**, 33 (5) Septiembre-Octubre, pp.448-462]. Olshansky et al. Critican que el modelo de Omran no alcanzan a abarcar el conjunto de condiciones de mortalidad que están asociadas con el aumento de la amenaza de las enfermedades infecciosas que han aparecido durante el último cuarto de siglo del S. XX [Olshansky, S.J., et al. (1998) Emerging infectious diseases: the Fifth stage of the epidemiologic transition. **World Health Statistics Quarterly,** 51 (2-4), 207-217].

transición epidemiológica (Omran, 1998)[4], dando más importancia a la morbilidad que a la mortalidad, pero no logró el consenso necesario. Para muchos autores (Olshansky et al. 1998; Gómez 2001; Avilés, 2001), esta teoría seguía siendo superficial, unidireccional, conservadora, de limitado alcance y con una cuestionable validez empírica.

Aún así, y pese a las múltiples deficiencias que presenta la teoría de la transición epidemiológica se siguieron publicando trabajos[5] como el llevado a cabo por Meslé y Vallin (1995) sobre la mortalidad en el mundo, publicado pocos años antes que Omran hiciera un reformulación a su teoría. En el se analizaba el progreso sanitario y la transición sanitaria que vivieron la mayor parte de los países a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Dicho progreso, que se explica en gran parte por el proceso de modernización y desarrollo económico que se desencadenó con la revolución industrial, se difundió a escala planetaria con importantes desfases en el tiempo. Las transiciones beneficiaron primero a la Europa del Noroeste (mediados del siglo XIX, en países como Inglaterra, países escandinavos, Francia y Países Bajos), y con posterioridad a Norte América, Japón, sur y este de Europa. Más recientemente, en el período de entreguerras, alcanzó a América Latina y algunos países de Asia y de Medio Oriente, y por último, después de la segunda guerra mundial, se generalizó en todo el mundo.

---

[4] Omran en su teoría inicial propone tres etapas: Etapa de pestilencia y hambrunas, etapa de descenso y desaparición de las pandemias y etapa de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre; y tres modelos explicativos de la transición epidemiológica: Modelo occidental o clásico, modelo acelerado y modelo contemporáneo o retrasado [Omran, A.R. (2005) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, 83 (4) December, pp.731-757. Reprinted from Omran, A.R. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (4), pp. 509–38. Style and usage are unchanged]. En su trabajo revisado treinta años después, Omran añade dos etapas más: etapa de la declinación de la mortalidad cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes, y la etapa de la calidad de vida esperada; además de tres modelos adicionales de la transición: Modelo de transición rápido, modelo de transición intermedio y modelo de transición lento [Omran, A.R. (1998) The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. **World Health Statistics Quarterly,** 51 (2-4), pp.99-119].

[5] Dentro de los cuestionamientos que hace Avilés, esta el ¿por qué esta teoría es tan ampliamente utilizada por quienes se dedican a la investigación y la práctica de la salud pública internacional?, a lo cual afirma que "responde al poder y a la influencia de las organizaciones internacionales de desarrollo". [Aviles, L.A. (2001) Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 55 (3), pp.168].

Aunque como recuerdan, Meslé y Vallin (1995), la experiencia de los últimos veinte años ponen de manifiesto que estamos muy lejos de adquirir el dominio sobre las enfermedades infecciosas, particularmente en regiones como África. Por su parte, el grupo de países del Este Europeo, en consonancia con los cambios políticos y socioeconómicos que han vivido en las últimas décadas, han visto interrumpida su transición epidemiológica, con la reemergencia de enfermedades de naturaleza infecciosa, y el paso a un segundo plano del control de las enfermedades cardiovasculares y de los cánceres y las enfermedades de sociedad. Los países industrializados, por el contrario, si que han tenido éxito en sus estrategias de control de las enfermedades crónicas y degenerativas, y particularmente las cardiovasculares, lo que les ha permitido reanudar con un ritmo de progresos importantes, luego de la pausa de los años sesenta. En cualquier caso, como concluyen Meslé y Vallin (1995), las evoluciones recientes de la mortalidad son reveladoras de la persistencia o de la aparición de problemas fundamentales de salud pública. Sea por la situación de numerosos países africanos, por la evoluciones negativas en el Este europeo o por la incertidumbre sobre los límites biológicos de la vida, las cuestiones de salud pública están a la orden del día y deberían figurar entre las prioridades de las políticas económicas y sociales de las próximas décadas.

Debido a que la teoría de la transición epidemiológica no logra explicar adecuadamente los cambios poblacionales, ni los patrones de enfermedad en los países en desarrollo, algunos investigadores han introducido cambios y mejoras a la teoría, a la que incluso le han substituido su nombre, por el de “transición en salud”. En este sentido, y en un intento por lograr aglutinar más conceptos y hacer una teoría más universal y no tan europeísta como la de Omran, Frenk et al. (1991) proponen un concepto de la transición epidemiológica, a la que ahora denominan transición en salud, en la que la enfermedad tiene un significado social, en la que cree que “es necesario concebir a la transición como un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, socioeconómica, tecnológica, política, cultural y biológica” y que estos cambios con patrones identificables de salud y enfermedad ocurren a largo plazo. También incluyó la formulación de los determinantes de

la salud analizados en base a cuatro elementos: población, medio ambiente, organización social y genoma, constituyendo la estructura del proceso salud-enfermedad. Esta a su vez puede condicionar la variación de otros determinantes: condiciones de trabajo, condiciones de vida, estilos de vida y sistema de atención a la salud. Para Frenk, todavía falta desarrollar una teoría real que pueda verificarse empíricamente, en la que se puedan interconectar los conceptos, determinantes, mecanismos, atributos y consecuencias de la transición, a través del conocimiento de experiencias reales de la transición, analizando cada país especialmente en el nivel subnacional, para documentar mejor la desigualdades sociales y regionales en salud, y contrastando varios países con diferentes condiciones sociales, políticas, económicas y culturales (Frenk et al. 1991: 450, 460), además, que los sistemas de salud de los países de medianos ingresos, logren superar viejos problemas[6].

Por su parte Olshansky et al. (1998) en su trabajo propone dos etapas o estados adicionales a los propuestos inicialmente por Omran: un cuarto estado llamado "La edad del retraso en las enfermedades degenerativas", caracterizado por un aumento en la esperanza de vida y un retraso en las edades en las que las enfermedades degenerativas causan la muerte, y un "quinto estado" caracterizado por la reemergencia de enfermedades infecciosas, pero que pone en duda, si se trata de un nuevo estado, de una ampliación del cuarto, o de la re-emergencia del primer estado de la transición sanitaria. Para estos autores, la teoría de la transición epidemiológica de Omran, proporcionó las herramientas para categorizar los niveles de mortalidad, y para comparar los riesgos relativos de muerte en subgrupos poblacionales a través del tiempo. Aún así, ni este modelo, ni las extensiones realizadas por otros autores (Olshansky & Aula, 1996; Rogers & Hackenberg, 1989) abarcan el conjunto de condiciones de mortalidad que están asociadas con el aumento de la amenaza de las enfermedades infecciosas que han aparecido durante el último cuarto de siglo del S. XX.

[6] Para Frenk et al. los sistemas de salud que no han logrado resolver los problemas de cobertura de la población, la concentración urbana de recursos, el retraso tecnológico y la baja productividad; y ahora enfrentan los retos de la creación y expansión de instituciones, la diversificación de los recursos humanos, los costos crecientes, la dependencia científica y tecnológica y la calidad insuficiente de atención [Frenk et al. (1991) Elementos para una teoría de la transición en salud. **Salud Pública de México**, 33 (5) Septiembre-Octubre, pp.449].

Todas estas modificaciones introducidas no lograron disipar las múltiples deficiencias de la teoría, que subyacen más en su trasfondo ideológico que en sus aspectos formales. Entre las críticas más relevantes a su trasfondo ideológico están las realizadas por Avilés (2001), que cuestiona la indiferencia de la teoría ante las desigualdades en salud dentro de cada país, la irrelevancia que le da a la situación socioeconómica y los problemas relacionados con la desigualdad de las clases sociales, a la consideración de "la pobreza como un riesgo más" y al fracaso "en identificar las causas de la desigual distribución de las enfermedades pues ignora la importancia de la estructura y la dinámica social". Todas estas criticas hechas desde el punto de vista de la teoría marxista, las relaciona con la ideología del colonialismo[7], tildando a la teoría de la transición epidemiológica de profesar "una fe en un proceso europeizado o norteamericanizado de desarrollo en etapas, beneficioso para todos, hacia el cual todos los países convergen", etnocentrismo este, que ha caracterizado las formas más bárbaras de colonialismo. El autor además refuta la validez empírica de la teoría, a la que considera ambigua por no especificar a que causas de mortalidad se refiere, si son a todas las causas en conjunto, o cada una de las causas específicas de mortalidad, y que ignora y oculta las diferencias epidemiológicas entre las clases sociales, los grupos éticos o de raza, los géneros y las regiones de un mismo país. Por último manifiesta discutible su aplicación, entre otras cosas, debido a que la teoría considera como signo de

[7] Avilés afirma que la principal premisa ideológica de la teoría de la transición epidemiológica es la de un eurocentrismo disimulado o la de una "Europa como modelo a emular". Esta premisa consiste en que la transición epidemiológica de los países en vías de desarrollo se debe más a las ayudas técnicas y financieras de las potencias colonialistas, y que es completamente independiente de su situación histórica, social, económica y cultural; lo que supuestamente resulta "beneficioso para los países del Tercer Mundo". La transición como ideología funciona a través de cinco mecanismos: El primero es la "legitimación de la dominación ejercida por las organizaciones de desarrollo"- Banco Mundial, Agencia Internacional para el Desarrollo - según la cual, los países en desarrollo avanzan en su proceso de transición gracias a la asesoría e intervención de estas organizaciones. El segundo es el enmascaramiento del poder de estas organizaciones al "ocultar, negar y nublar sus intereses políticos y económicos". El tercero es la unificación de ideas, debido a que uniformiza los diversos problemas de salud pública al proponer una única solución para todos los países en desarrollo que consiste en "modernización y desarrollo". El cuarto es la fragmentación de "las oportunidades de desafiar la dominación" al cuestionar la validez científica de las propuestas que impulsan el mejoramiento de la situación económica, social y política de la población para mejorar la salud pública. Y quinto "reífica las etapas epidemiológicas presentándolas como procesos naturales y universales que no tienen causas sociales e históricas", cuando por el contrario, la historia ha demostrado, por la perversidad del crecimiento capitalista moderno - acumulación de riqueza y poder en unos pocos y pobreza en la mayoría - "que las epidemias, el hambre y las guerras no son una etapa natural en el desarrollo epidemiológico". [Aviles, L.A. (2001) Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 55 (3), pp.164-171].

modernidad el nivel relativamente alto de las causas externas de muerte - los homicidios, las guerras, los suicidios, y los accidentes -.

Por su parte Gómez (2001), hace dos tipos de críticas, unas formales, como las realizadas por Frenk et al. y Olshansky et al., y otras a su trasfondo ideológico muy concordantes con las mencionadas anteriormente y realizadas por Avilés. Este es quizás el trabajo que mejor reúne las debilidades de esta teoría, e incluso también las de la teoría de la transición en salud planteada por Frenk et al, y que se plantean más adelante. Entre las críticas formales a la transición epidemiológica están:

- La definición vaga de los momentos de inicio y fin de las etapas de la transición, y la toma del modelo occidental como patrón.
- La controversial clasificación de las enfermedades.
- La poca importancia que le da a la morbilidad frente a la mortalidad, la cual también ha variado a lo largo de la historia.
- Las deficiencias para explicar la mortalidad, aún en los países industrializados, sobretodo al comparar grupos “con criterios étnicos, económicos o socioculturales”.
- La validez empírica de los modelos, coincidiendo con Avilés, debido a que los patrones epidemiológicos no siempre se ajustan a los previstos por los modelos, las hipótesis son difíciles de contrastar al proceder de fuentes incompletas y difíciles de reconstruir, y no se pueden extrapolar a otras poblaciones.
- Su énfasis de universalidad como teoría general de población, al no tener en cuenta las diferentes formas como pueden influir los mismos determinantes sobre la mortalidad y morbilidad.
- Sus análisis incompletos y parciales al no describir los perfiles de morbilidad, y no explicar adecuadamente la influencia de la fecundidad, las migraciones y los factores socioeconómicos sobre la mortalidad y morbilidad.

Entre las críticas que destaca a su trasfondo ideológico y político de la transición epidemiológica están:

- La manera superficial de abordar la dinámica social y la importancia de los factores socioeconómicos, ignorando las inequidades, desigualdades, la explotación y la pobreza.
- Su carácter conservador, transicional y homogeneizante; legitimando y conservando el "statu quo", y haciendo ver como beneficiosos, modernizadores, progresistas, necesarios y universales los supuestos cambios para todas las poblaciones sin importar sus diferencias.
- Su idea implícita de modernidad y colonialismo, caracterizada por su eurocentrismo y su proceso de transición como forma de progreso y ejemplo a imitar.
- Su irreversibilidad y que siempre se trata de un proceso largo y lento, donde no hay lugar para los cambios bruscos ni de velocidad ni de sentido.
- No cuestiona la propiedad privada y la explotación de unos grupos humanos por otros.

Con respecto a las modificaciones introducidas por Frenk et al. a la teoría de la transición epidemiológica, Gómez (2001), argumenta que, a pesar de "su integralidad, su visión dinámica de la salud, su perspectiva holística y multidisciplinaria y su capacidad para reconocer que el estado de salud depende de factores socioeconómicos y culturales de cada individuo y sus comunidades", la teoría de la "transición en salud" aún tiene las siguientes deficiencias:

- La complejidad de la salud, "hace que se diluya en una multiplicidad de causas y factores, disipando los esfuerzos de analistas y artífices de la políticas".
- Se sigue centrando en la mortalidad infantil como medida para determinar el estado de salud y la transición misma, obviando que "la morbilidad ejerce una carga mayor sobre la calidad de vida", y que los indicadores – mortalidad, morbilidad – no varían de la misma forma.
- "La ambigüedad en el abordaje de los determinantes sociales". La débil conceptualización de los patrones o condicionantes, por la confusión presentada entre lo que se denomina patrones de transición, sus mecanismos y sus determinantes. La toma de las condiciones sociales con causas y no como consecuencias de inequidades sociales y relaciones injustas que empobrecen a unos y enriquecen a otros. Ignora la

dimensión política de las condiciones de producción y reproducción social, los intereses particulares y la participación de algunos en la defensa de esos intereses.

- Es individualista en la medición y análisis de los resultados, que la relacionan con "la filosofía del mercado y el gran capital" [8].

Los múltiples cambios realizados a las dos teorías con el objetivo de mejorarla, no han logrado, como lo afirma Gómez (2001), hacer un análisis más profundo de los determinantes sociales, y por el contrario se han convertido en herramientas al servicio de los grupos financieros interesados en los recursos destinados a la salud, "para proponer como inevitable… situaciones históricas concretas, susceptibles de identificación y transformación" si existiera voluntad política. Tampoco han logrado dejar de lado su concepción individualista, utilizada por quienes quieren mantener un statu quo en la propiedad y las estructuras de las relaciones políticas, empujando a amplios sectores a la explotación y la pobreza, y utilizada por la banca internacional y los países industrializados para imponer y justificar reformas sanitarias y políticas regresivas al los países más pobres. Al fin de cuentas como lo sentencia Avilés (2001): "cuando se requieren muchos cambios para mejorar una teoría, es una señal de fracaso en lugar de éxito".

Por lo tanto es necesario, al realizar un análisis de la transición sanitaria en los países en desarrollo -en nuestro caso en Latinoamérica-, tener en cuenta la gran influencia que tienen las desigualdades en salud dentro de cada país y los problemas relacionados con la desigualdad entre las clases sociales; la situación socioeconómica con especial consideración de la pobreza; la violencia no como fenómeno asociado al progreso, sino como un factor que complica aún mas la situación social, económica y política. Además, las injerencias que han tenido los organismos multilaterales en la planeación y desarrollo de reformas económicas y políticas regresivas, en las que el sector salud no ha estado exento.

---

[8] Gómez considera que las críticas para ambos modelos, deberían ahora centrarse en sus fundamentos conceptuales y en las consecuencias de su aplicación [Gómez, R. (2001) La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? **Revista Facultad Nacional de Salud Pública** [Internet], Julio-Diciembre, 19 (2), pp.11. Available from: <http://guajiros.udea.edu.co/revista/revista.htm> [Accessed 12 Julio 2007]].

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMERICA LATINA: DE LA POBREZA Y OTROS DEMONIOS

En lo tocante al ámbito de América Latina y el Caribe, los países de esta región experimentan actualmente una profunda transición epidemiológica que se inició antes de la década de los años treinta, en la que la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial, pero es aún insuficiente y ha ido acompañada de un incremento rápido de los procesos crónicos (Frenk et al, 1991). Los gradientes de mortalidad por infecciones y enfermedades crónicas muestran que dichos países se encuentran en diferentes etapas de la transición epidemiológica, al mismo tiempo que se suman nuevos problemas, como los relacionados con las muertes ocasionadas por accidentes y violencia, que no se corresponden con la etapa respectiva en la transición epidemiológica, como si ocurre en los países con una transición epidemiológica tradicional, resaltando la paradoja documentada por Avilés[9], sobre todo en los países más pobres, los cuales muestran una proporción relativamente mayor de muertes violentas. Los países latinoamericanos pueden dividirse en tres grupos básicos de acuerdo con su patrón de transición: El primero esta representado por las naciones que se encuentran en una etapa avanzada de transición, no muy diferente a los países desarrollados pero con un retraso considerable. Omran lo denominó el "modelo tardío" de transición (Cuba, Chile y Costa Rica). El segundo lo integran países que se encuentran todavía en una etapa inicial de transición. Muestran tasas de mortalidad infantil elevadas y su patrón de morbilidad está dominado por infecciones comunes y desnutrición. (Haití, Bolivia y Perú). El tercero esta integrado por países que están experimentando un proceso denominado "modelo polarizado prolongado" (resto de América Latina) (Frenk *et al*, 1991).

[9] Avilés cuestiona el considerar como signo de modernización un nivel relativamente alto de causas "externas" de muerte como la violencia, la guerra, homicidios, suicidios y los "accidentes" [Avilés. (2001) Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 55 (3), pp.167,168].

Resulta prematuro aventurar el curso que seguirán las transiciones de los países latinoamericanos, ya que la mayor parte de ellos se encuentra en plena transformación, siendo necesario confirmar el "modelo polarizado prolongado" mediante un seguimiento cuidadoso de la evolución epidemiológica de los países. Además, cuanto mayor sea la complejidad epidemiológica, mayor será la necesidad de que esta se refleje en un sistema concordante de atención de salud, por lo tanto, la transición epidemiológica debe guiar la transición de la atención a la salud (Frenk *et al*, 1991).

Además del proceso de transición epidemiológica, en América Latina ha tenido lugar una transición en el modelo de Desarrollo en el siglo XX, desde un modelo basado en "la sustitución de importaciones", a un modelo de "globalización". Esta transición se da por el poco crecimiento económico de las economías latinoamericanas que no lograban satisfacer las demandas de bienestar creciente de la población. Se hacía imposible financiar las políticas sociales, lo que hizo necesario ajustar los gastos sociales con los ingresos, y la única forma de hacerlo era mediante la reducción drástica del gasto. "El ajuste estructural marcó y definió la transición del modelo de sustitución de importaciones al modelo de la globalización"[10] (Vergara, 2000). Dentro de este contexto se realizaron la mayoría de las reformas del sector de la salud, y por consiguiente de la transición del sistema de atención en salud en América Latina. Para Almeida (2002), el contexto social, económico y político no quedó incluido en las reformas en la salud de los años 80. Mientras en los países desarrollados, las reformas fueron fundamentalmente gerenciales, sin intervenir en su financiamiento o en la estructura básica original, dedicando fondos suficientes para hacer sistemas de salud más universales y de un fuerte componente público; en América Latina y el Caribe, las reformas se deben más a "la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos y por el escandaloso aumento de las desigualdades", a pesar que se produjeron en un complejo contexto de transiciones políticas, de mayor participación democrática y de

[10] Para el autor, Esta transición con reestructuración de la producción y ajuste estructural de las economías, tuvo unos efectos sociales devastadores: quiebra de empresas por imposibilidad de competir con productos extranjeros, aumento del desempleo, caída del gasto social y de los salarios. Todo trae como resultado un aumento de la pobreza en América Latina, tanto en su extensión como en su intensidad. Este aumento de la pobreza fue un fenómeno urbano [Vergara, C. (2000) El contexto de las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 8 (1/2), pp.7-12].

expresión de demandas sociales[11]. Este recorte de los gastos públicos y la reorganización "economicista, pragmática y restrictiva" de los servicios de salud, de corte neoliberal, fue favorecida por las circunstancias políticas, económicas y sociales de los años 70, con el consiguiente debilitamiento del Estado de Bienestar Social.

Para los años 80 se armonizan los intereses particulares con lo público, "aplicando a la salud… los conceptos de mercado y de utilidad formulados por la economía". Estas reformas o ajustes económicos financiados por el Fondo Monetarios Internacional y otros organismos multilaterales, remplazaron el desarrollismo impulsado por el Estado, por otro orientado hacia la apertura de las economías, dando mayor participación al sector privado en todos los ámbitos (Almeida, 2002). Estos ajustes contribuyeron al aumento de la pobreza e indigencia, que se acentúo más en las áreas urbanas y metropolitanas, no porque la pobreza rural haya disminuido, sino por la reducción de la población rural[12] (Vergara, 2000; Almeida, 2002). Las políticas sociales que trataron de implementar los países para

[11] La autora hace un buen diagnóstico de lo que ha sido América Latina en el siglo XX y de las que se destacan las siguientes apreciaciones: "La evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes; sociedades altamente segmentadas, con considerables niveles de exclusión y marginalidad social; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con baja capacidad de implementación de políticas y de regulación social; y estructuras de derechos de ciudadanía extremadamente frágiles y parciales. Estados con una inserción subalterna en los mercados internacionales y pautada por un endeudamiento progresivo y perverso". Por ende la transformación de la atención médica producida después de los años 30, se realizó de manera "privatizada ó fuertemente subsidiada por el Estado y dirigida a grupos particulares". Esta estructuración coherente con la política social que privilegió a determinados grupos sociales, determinó diferentes tipos de ciudadanías (ciudadanía regulada); tuvo un control oligárquico y militar de coerción estatal, que impidió la participación y la intervención de la sociedad, pero no la histórica influencia de los organismos internacionales en la formulación e implementación de políticas en la región. "El resultado fue la implementación de políticas sociales poco inclusivas, ineficientes e inefectivas y el desarrollo de complejos médico-industriales desregulados, con alto grado de autonomía, que crecieron a la sombra del Estado o abiertamente subsidiados con recursos públicos". [Almeida, C. (2000) Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. **Cad. Saúde Pública**. [Internet], August, 18 (4), pp.905-925. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en&nrm=iso> [Accessed 8 June 2007]]

[12] Para Almeida, se da una "modernización excluyente, en el que el desarrollo social y la distribución de la renta en general no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos del PIB per cápita". Esta distribución de la renta históricamente desigual, en las dos últimas décadas, se agudiza con la concentración de la renta en los deciles más altos de la población, que aumentaron su participación en la renta total, con la consecuente caída del 40% inferior [Almeida, C. (2000) Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], August, 18 (4), pp.905-925. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0102-311X/lng_es/nrm_iso > [Accessed 8 June 2007]]

reducir la pobreza, partían de un concepto de la misma, sin connotación histórica, social y sin conexión política y económica. Simplemente se reducía a la cuantificación de carencias que tenía una persona o familia[13] (Vergara, 2000).

Aparte de los procesos que seguirán los países, si es posible afirmar que la situación socio-sanitaria de América Latina ha tenido un progresivo deterioro desde los años ochenta y cuyo problema básico es la desigualdad, ligada a la injusticia social y a la pobreza extrema (Rodríguez-Contreras, 2000). En contraposición a la teoría de Omran, Rodríguez-Contreras afirma que de la estrecha relación que existe entre el estado de salud-enfermedad y el desarrollo económico, "se considera, que la mayor parte del cambio en los patrones de morbi-mortalidad del último siglo, ha sido consecuencia, más de los cambio sociales y económicos producidos, que de los mayores recursos invertidos en los servicios de salud". Al evaluar y analizar los problemas sanitarios por grupos de población, el autor describe un panorama poco alentador, la mayoría ligados a la pobreza, entre los que destacan: el subregistro y la baja calidad de los certificados de defunción, y las mayores complicaciones en el embarazo en las mujeres menores de 20 años; la persistente desnutrición infantil y el problema de los niños de la calle, a pesar de la progresiva y continuada disminución de la mortalidad infantil; la gran importancia que mantienen la enfermedades infectocontagiosas, las deficiencias nutricionales y las causas externas, patologías muy asociadas a la pobreza y la exclusión social; la generalización del trabajo precario, el crecimiento del empleo informal y del subempleo, como consecuencia de las políticas de flexibilización laboral, y el aumento de la participación infantil en el mercado de trabajo reduciendo sus posibilidades de salir de la pobreza[14]; las deficiencias de la vivienda, saneamiento, y disponibilidad de agua limpia, constituyen un importante determinante del exceso de

[13] Estas políticas tenían dos elementos claves: 1. Focalización del gasto mediante subsidios directos y personalizados, consiguiendo reducción del gasto social y un rendimiento máximo en eficiencia y eficacia; y 2. Eficiencia gastando los pocos recursos disponibles en quienes efectivamente los necesitaban y eficacia ejerciendo un efecto sobre aquellos indicadores de la pobreza [Vergara, C. (2000) El contexto de las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 8 (1/2), pp.7-12].

[14] Según el autor, la cuarta parte de los niños entre los 6 y los 14 años participan en el mercado de trabajo, muchas veces en labores que los exponen a grandes peligros, y que impiden su educación y desarrollo social, físico y mental [Rodríguez-Contreras, R. (2000) Situación socio-sanitaria en Iberoamérica. Indicadores de salud y desarrollo. **Ars Pharmaceutica**, 41 (3), pp.325-338].

mortalidad y muy vinculado a los niveles de pobreza en América Latina; las desigualdades entre los pueblos indígenas y el resto de la población los ha llevado a la marginalización traducida en pobreza extrema, desempleo, analfabetismo, deserción escolar e inequidad social (Rodríguez-Contreras, 2000).

En general la mayoría de los autores latinoamericanos, destacan la importancia de invertir más en solucionar el problema de la pobreza, la inequidades en la distribución del ingreso, y del acceso a las oportunidades, que en nuevos planes de salud. Por ello es prioritario encontrar un modelo de desarrollo justo, intercultural, en el que la equidad sea la base de un desarrollo respetuoso y sostenible con el medio ambiente, y "reforzar los Estados de derecho, que recauden, movilicen y orienten los recursos de forma progresiva hacia la justicia y equidad social"; que sean participativos, plurales, democráticos y transparentes en su gestión (Rodríguez-Contreras, 2000). Para lograr esto se debe aceptar y entender la heterogeneidad de América Latina, en el diseño y aplicación de las políticas sociales. "El ingreso per cápita, el gasto social per cápita y la fase en cada país latinoamericano se encuentra con respectos al nuevo modelo de desarrollo varían, lo cual le confiere a nuestro continente heterogeneidad y diversidad" (Vergara, 2000). Este autor enfatiza que "la solución en el largo plazo de los problemas que acarrea la pobreza, radica en la calidad y la equidad de la educación y no en los subsidios directos y focalizados", y que el desempleo, la caída del gasto social y la pobreza como consecuencias derivadas de la fase de transición, hace que el crecimiento económico "no sea suficiente para garantizar la legitimidad de la reforma económica", la cual debe ser igual a la reforma social, participativa y democrática y que respete los derechos humanos (Vergara, 2000).

Por su parte Almeida argumenta que los esperados logros de estas reformas, de una mayor transparencia y equilibrio financiero, mejor eficiencia en la utilización de recursos y mayor cobertura que le permitiera a los sistemas enfrentar las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas, se diluyeron por estar en contradicción con los principios de solidaridad y equidad, que tradicionalmente han guiado la organización de los sistemas de servicios, y por el contrario, fomentaron su fragmentación, no superaron las

desigualdades y no lograron ser muy eficientes. El conflicto generado entre eficiencia y justicia social (superación de desigualdades), aumento al ser cuestionada su posibilidad de ser equilibradas. “Las políticas neoliberales enfatizaron el individualismo y vincularon la política social estrictamente al cálculo económico”. Así, América Latina aceptó y experimento de forma acrítica todas condiciones y recomendaciones de los organismos internacionales. Será, por lo tanto necesario que se retome la discusión de las políticas sociales desde la perspectiva de los principios y valores que le subyacen, definir los principios de justicia social y ejecutarlos de manera efectiva, e incluir la negociación política con todos los sectores de la sociedad (Almeida, 2002).

NOTICIA DE UNA TRANCISIÓN EN COLOMBIA

En Colombia se han realizado algunos estudios de acercamiento hacia el tema. Debe ser destacado, uno que realizó el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” COLCIENCIAS para el Plan Estratégico 1997-2002 del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud en el que se hace un breve análisis de los indicadores de Mortalidad Infantil, mortalidad general, tasa total de fecundidad, esperanza de vida entre 1950 y 1995, carga de la enfermedad y la mortalidad (diez primeras causas), años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA) entre 1989 a 1991 y del sistema de salud entre 1978 a 1993, con proyecciones en algunos indicadores hasta el año 2010. En dicho estudio se constata que existe un proceso de transición demográfica como consecuencia de la acelerada reducción de las tasas generales de natalidad y mortalidad y en consecuencia, un aumento de la esperanza de vida al nacer sobre todo entre 1950 y 1980, pero con un proceso de transición epidemiológica “prolongado y polarizado” por la coexistencia de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, con las enfermedades no transmisibles y crónicas, la violencia y el trauma; y una transición del sistema sanitario al pasar de un Sistema Nacional de Salud a un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que según sus autores el sistema antiguo se agotó por “su elevada inequidad, obsolescencia institucional e ineficiencia en la gestión de los recursos del sector Salud” (COLCIENCIAS, 1997).

En otro estudio llevado a cabo por Flórez (2000), se documentan la transición demográfica y epidemiológica en Colombia. Estas transformaciones demográficas, sociales y estructurales, se realizaron especialmente durante la segunda mitad del siglo XX, al igual que la mayoría de los países de América Latina[15]. Para la autora, en su transición demográfica, Colombia ha experimentado tres de las cuatro fases que se distingue del proceso y pasa de tener una tasa de crecimiento baja y constante en las primeras tres décadas, a una tasa de crecimiento baja y decreciente a finales de siglo:

- La primera fase (sociedades premodernas), con tasas de natalidad y mortalidad altas y constantes, y bajo crecimiento poblacional (2%) se experimentaron durante las tres primeras décadas.
- La segunda fase (explosión demográfica), con descenso en la tasa de mortalidad, pero con una tasa de natalidad constante, generó un aumento del crecimiento poblacional (3%), desde finales de los años 30 hasta la primera mitad de los años sesenta
- La tercera fase (avance de la modernización), con descenso rápido de la natalidad, junto al descenso de la mortalidad, llevan a que la tasa de crecimiento baje y alcance entre 1985-93, los niveles de principios de siglo.

Destaca que la fecundidad constante y el descenso en la mortalidad a mediados de siglo, ocasionaron un rejuvenecimiento de la población, pero a medida que la fecundidad disminuía, la población comenzó a envejecer, por la reducción en el número de jóvenes y el incremento progresivo de la población de adultos y viejos. Entre 1938 y 1964 hay un aumento gradual de la carga de dependencia, que vuelve a descender entre 1964 y 1993, con el envejecimiento de la población. Estos cambios en la estructura por edad de la población con su implicaciones socio-económicas, han afectado la demanda de servicios

[15] La autora, retomando fielmente los conceptos de Omran afirma que la transición demográfica como "proceso global de modernización" se diferencia en cuanto al tiempo que tomó dicho proceso. Los procesos de los países europeos fue mucho más lento y se considera como de "las sociedades que inventaron la modernización; mientras que el de Colombia y los países latinoamericanos fue mucho más rápido y se considera como de las "sociedades en la cuales la modernización se impuso en cierto grado" [Flórez C.E. ed. (2000). **Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX**. Bogotá, Tercer Mundo Editores].

sociales de educación, salud, vivienda, mano de obra, infraestructura y productos de consumo (Flórez, 2000).

Al describir la transición epidemiológica, la autora hace eco de los postulados de Omran al afirmar que "Colombia, como la mayoría de los países latinoamericanos, ha experimentado una transición epidemiológica rápida gracias a la actualización de medios simples de lucha contra las enfermedades infecciosas y parasitarias, al uso de los avances tecnológicos en medicina y salud, a las mejoras en las condiciones sociales y del ambiente que fueron posibles gracias al aumento en el gasto público durante los años treinta y cuarenta, y a la mejor situación de la economía en los años sesenta y setenta que permitió mejores niveles de vida a la población colombiana". Según este estudio, es hasta mediados de siglo, que en las acciones sobre la salud de la población, se comienza a incorporar elementos de protección y prevención, y en los años setenta se implantan ya como planes de prevención con visión integral, con un aumento en el gasto público en salud (4% en 1953 al 7% en 1978 del gasto total). Aunque no especifica el porque, posiblemente se da a raíz de la creación de la Organización Mundial de la Salud. Entre los hallazgos importantes que hace este estudio están:

- *La mejora de la calidad de vida de la población entre los años cincuenta y setenta*: Aumentan las viviendas con acueducto y con servicio sanitario, lo que permitió la prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, que fueron perdiendo terreno frente a las patologías endógenas y las muertes violentas.
- *El cambio en el patrón de mortalidad por edad*: En los años cincuenta, a causa de las enfermedades infecciosas (diarrea, respiratorias, desnutrición), predominaban las muertes infantiles y de la niñez (> 5 años), representando cerca del 50% del total de defunciones. Para los años noventa, la importancia de las enfermedades endógenas y las producidas por el hombre, hizo que predominaran las muertes en los mayores de 60 años, que representaban entre el 40% y el 60% del total de defunciones.
- *El diferente comportamiento de la transición epidemiológica por sexo*: La importancia significativa que cobran las muertes violentas en los hombres sobre las enfermedades endógenas de orden biológico (tumores malignos) en las mujeres.

- *El difícil control y prevención de este tipo de patologías*: Los diferenciales en la mortalidad por sexo, dificultan el control o prevención de este tipo de enfermedades en las mujeres, y en los hombres como consecuencia del mayor aumento en la mortalidad por violencia.
- *El incremento sustancial en la esperanza de vida durante el siglo XX*: Principalmente entre finales de los años treinta e inicios de los años ochenta en que aumentó en 23 años, debido a los acelerados cambios en la mortalidad infantil y el patrón epidemiológico. En las últimas dos décadas del siglo, se desacelera este aumento, por efecto de las muertes violentas y por la importancia que alcanzan las defunciones de la tercera edad en las defunciones totales. El diferencial de la esperanza de vida por sexo se ha ampliado mucho más por el aumento de las muertes violentas entre los hombres.
- *La gran pérdida de años de vida saludable (AVISA) por muertes violentas*: Entre 1990 y 1995, las muertes por causas violentas (homicidios), generaron una pérdida de 950 mil años anuales promedio, de los cuales el 90% pertenece a los hombres. Entre 1985 y 1995 los AVISA por muertes violentas en los hombres, es casi 10 veces mayor que el de las mujeres.
- Existe poca información que permita analizar los diferenciales regionales en mortalidad durante el siglo XX. Sin embargo, en 1989 se constata la existencia de grandes diferenciales entre grupos de población. Se encuentran departamentos que tienen altos niveles de mortalidad infantil, bajos niveles de modernización y en donde prevalecen las causas endógenas de muerte (enfermedades infecciosas, respiratorias, diarreas y desnutrición); generalmente ubicados en las zonas limítrofes del país, con carencia de vías de comunicación y presencia del Estado casi inexistente.
- *Descenso notable de la mortalidad infantil*: Iniciada en segunda mitad de los años treinta, la reducción hacia final de siglo es de más del 80% de los niveles registrados a principios de siglo. La mayor parte de esa reducción se dio entre los años 50 y 70 (más del 50%). Esta disminución es debida a que predominaban las causas de defunción por enfermedades evitables (diarreas, enfermedades respiratorias y desnutrición).

- *La sobremortalidad infantil masculina*: La mortalidad masculina es mayor y constante en el tiempo a la femenina (sobremortalidad masculina), aunque las causas de muerte no son muy diferentes por sexo.
- *La mayor y constante tasa de mortalidad infantil en las áreas rurales:* Debida al menor acceso a los servicios de salud, de infraestructura, de servicios básicos y de educación que existe en las zonas rurales.

En el estudio destacan que este importante descenso en la mortalidad infantil, se produce gracias a la implementación de estrategias basadas en los principios de atención primaria en salud, programas de atención materno-infantil, campañas de vacunación, logros en saneamiento ambiental y las mejoras en las viviendas (Flórez, 2000).

En otro estudio realizado por Hernández (2002a) se asume como problema el proceso de formación de la organización de los servicios de salud en Colombia durante la primera mitad del siglo XX. Para este autor, el año de 1946 "constituye un punto de quiebre en la historia de las políticas de organización de servicios de salud en Colombia", institucionalizándose los servicios de salud y de seguridad social, con la creación del Ministerio de Higiene, del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, encargado de prestar los servicios de seguridad social para los trabajadores del sector privado, y de la Caja Nacional de Previsión para los trabajadores del Estado del nivel nacional. Todos estos cambios deben de contemplarse de la consideración de los modelos de organización de los sistemas de salud como "resultado de un proceso sociopolítico que realizan cotidianamente las fuerzas organizadas de la sociedad particular, en medio de las tensiones entre la dinámica internacional, la nacional y la local" (Quevedo, E. et al. 1990; Hernández M, 2002b); es decir, que las políticas de organización de los sistemas de salud es la manera como se transforman y se organizan los sistemas de salud para el suministro de los servicios, y no dependen únicamente del aspecto medico-curativo, sino que también están en relación con los contextos sociales, económicos y políticos de cada país.

A pesar de estos antecedentes, en el caso colombiano parece oportuno profundizar en el análisis de cómo han podido influir los contextos sociales, económicos y políticos en el estado de salud de la población. En las últimas décadas, los cambios políticos y económicos han ocasionado una importante agitación social, que ha conllevado la emergencia del problema de la violencia, al mismo tiempo que ha ocasionado un agravamiento de la situación económica de la mayoría de los colombianos. A la luz de todos estos acontecimientos y de las circunstancias que acompañan “el modelo polarizado prolongado” de transición epidemiológica en el que se encuentra inmersa la población colombiana, parece oportuno estudiar la transición sanitaria en Colombia desde 1946 al 2001 a través de la descripción y seguimiento de sus distintos componentes, y de la descripción y discusión de la influencia que han tenido las condiciones socioeconómicas y políticas en las variaciones de las condiciones de salud.

REFERENCIAS

Robles, E. & Bernabeu, J. (2000) Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. **Política y Sociedad**, 35, pp.45-54.

Robles, E., Bernabeu, J. & Benavides F.G. (1996a) La transición sanitaria: Una revisión conceptual. **Boletín de la Asociación de Demografía Histórica**, 14 (1), pp.117-144.

Robles, E. Benavides, F.G. & Bernabeu, J. (1996b) La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. **Revista Española de Salud Pública**, 70 (2), pp.221-233.

Frederiksen, H. (1969) Feedbacks in Economic and Demographic Transition. **Science**, 166 (3907) November, pp 837-847.

Omran, A.R. (2005) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, 83 (4) December, pp.731-757. Reprinted from Omran, A.R. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (4), pp. 509–38. Style and usage are unchanged.

Omran, A.R. (1998) The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. **World Health Statistics Quarterly,** 51 (2-4), pp.99-119.

Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka, T., Lozano, R. & Sepúlveda, J. (1991) Elementos para una teoría de la transición en salud. **Salud Pública de México**, 33 (5) Septiembre-Octubre, pp.448-462.

Olshansky, S.J., Carnes, B.A., Rogers, R.G. & Smith, L. (1998) Emerging infectious diseases: the Fifth stage of the epidemiologic transition. **World Health Statistics Quarterly,** 51 (2-4), 207-217.

Aviles, L.A. (2001) Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 55 (3), pp.164-171.

Meslé, F., & Vallin, J. (1995) **La mortalidad en el mundo: tendencias y perspectivas**. Traducido del francés por M.C. Añaños. Paris, Centro francés sobre la Población y el Desarrollo – (Documentos del CEPED nº 35)

Gómez, R. (2001) La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? **Revista Facultad Nacional de Salud Pública** [Internet], Julio-Diciembre, 19 (2), pp.11. Available from: <http://guajiros.udea.edu.co/revista/revista.htm> [Accessed 12 Julio 2007].

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., et al. (1991) La Transición Epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 111 (6), pp.485-496.

Vergara, C. (2000) El contexto de las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 8 (1/2), pp.7-12.

Almeida, C. (2002) Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], August, 18 (4), pp.905-925. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php/ script_sci_serial/pid_0102-311X/lng_es/nrm_iso > [Accessed 8 June 2007]

Rodríguez-Contreras, R. (2000) Situación socio-sanitaria en Iberoamérica. Indicadores de salud y desarrollo. **Ars Pharmaceutica**, 41 (3), pp.325-338.

Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" COLCIENCIAS. (1997) Plan Estratégico 1997-2002. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología para la Salud. [Internet], pp.7-24. Available from: < http://www.colciencias.gov.co/programas/salud/pdfs/planest.pdf> [Accessed: 29 junio 2005].

Flórez, C.E. ed. (2000). **Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX**. Bogotá, Tercer Mundo Editores

Hernández, M. ed. (2002a). **La Salud Fragmentada en Colombia, 1910 – 1946**. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Hernández, M. (2002b) Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], August, 18 (4), 991-1001. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0102-311X/lng_es/nrm_iso > [Accessed 8 June 2007]

Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., Mariño, C., Cárdenas, H. & Wiesner, C. ed. (1990) **La Salud en Colombia. Análisis Sociohistórico**. Bogotá, Estudio Sectorial de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud.