

Contexto Socioeconómico y Salud en México 1940-2010

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Médico Cirujano
Área de Humanidades

**Contexto Socioeconómico y
Salud en México 1940-2010**



Imelda Ana Rodríguez Ortiz

Febrero 2012

Contexto Socioeconómico y
Salud en México 1940-2010

Imelda Ana Rodríguez Ortiz

Primera edición: febrero de 2012

Dibujo de portada: Rodolfo Cisneros Márquez
Diseño de portada e interiores: Salomón González Lugo
Corrección de estilo: José Antonio Durand Alcántara



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Médico Cirujano. Área de Humanidades
Academia de Extensión Universitaria y Difusión de la Cultura

Impreso y hecho en México

ISBN

Quien se consagra con afán al estudio
de la medicina, forzosamente
ha de reunir las condiciones siguientes:
disposición natural, educación
y conocimientos profundos, pericia,
amor al trabajo, reflexión,
estudio continuo y sabiduría.

Hipócrates

La vida es una cosa en red -un ser distribuido-.
Es un organismo extendido en el espacio y el tiempo.
No hay vida individual.
En ninguna parte encontramos
organismos solos vivientes.
La vida es siempre plural.
El gran secreto que la vida nos ha ocultado,
es que una vez que nace, es inmortal.
Una vez lanzada no puede ser erradicada.

Kevin Kelly

ÍNDICE

Presentación	11
Contexto socioeconómico en México de 1940 a 2010	15
Panorama demográfico	30
Revisión de las políticas de salud más relevantes	39
Complejidad y bioética en ciencias de la salud	55
Perspectiva sociocultural	70
Anexo: gráficos y tablas	83
Bibliografía	103

Presentación

Este trabajo pretende servir de apoyo a la fundamentación del Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano y como lectura básica para los estudiantes que cursan el área de sociomedicina que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

De inicio señalo la imperiosa necesidad de trazar un eje de reflexión que transversalmente se ocupe de dirigir nuestra perspectiva de análisis. Este eje se constituye por el compromiso público e insoslayable de considerar el carácter nacional y la responsabilidad social de la Universidad Nacional Autónoma de México, y la obligación que los universitarios asumimos por conocer, transformar y servir a la sociedad a partir de la investigación de los principales problemas que le aquejan. Por esta consideración, esencialmente ética, es que el objeto de estudio, de trabajo o de intervención de un profesional de la salud, egresado de la UNAM, deberá justificarse al amparo de estos principios universitarios.

El análisis socioeconómico, demográfico, cultural y político de México, que permite ubicar la historia moderna de nuestro país, inicia en la década de los años 1930-1940 y con el tiempo se transforma e impacta por dos coyunturas sobresalientes. Una, ocurrida durante las décadas 1980-1990, y otra que inició con el nuevo siglo XXI. De 1940 a 2010 la historia de nuestro país ha transitado del modelo sustitutivo de importaciones, para apoyar la urbanización e industrialización de la economía con apoyo en una política social, al neoliberalismo y globalización, que ha desembocado desde 1980 en la terciarización, transnacionalización y privatización de los sectores productivos

más importantes del país.

Este corte en la historia de México entre 1940 y 2010, tiene propósitos explicativos para dilucidar la intrincada relación que existe entre desarrollo económico y político con fenómenos sociodemográficos, particularmente aquellos referidos al proceso salud-enfermedad. Al arribar a la década de 1980 México presentaba importantes avances en algunos indicadores socioeconómicos y de salud. Pero a partir de esa década nuestro país transitó hacia un *Estado Neoliberal*, que Carlos Salinas de Gortari oficializó desde 1988 e impuso sobre el *Estado benefactor y populista* que le precedía. A partir de 1995 la pobreza se agudizó y extendió entre la población. Desde el año 2000, la alternancia en el poder, como resultado de avances significativos en procesos democráticos, no favoreció tampoco el crecimiento económico ni el desarrollo social. Los sexenios de Vicente Fox (2000-2006) y Felipe Calderón (2006-2012) tampoco han sido eficientes para contrarrestar las crisis sociales, económicas o financieras y los problemas de producción, empleo, seguridad pública, pobreza, deuda externa, migración y educación, cada vez se tornan más agudos con los gobiernos panistas. Asimismo, la profundización de la crisis global: financiera, comercial, ecológica, social e ideológica en los últimos diez años, ha dado paso a un nuevo siglo pleno de incertidumbres respecto del bienestar humano y la responsabilidad social del Estado.

Entre 1935 y 1975 México logró cambios sociales, culturales, demográficos y económicos de forma relevante. Pero en las últimas cuatro décadas el Estado se debate entre problemas de legitimidad política, gobernabilidad, confianza y seguridad pública, la población en pobreza aumenta

constantemente y se hace patente la desigualdad social sin precedentes.

Las transiciones demográfica y epidemiológica, de las que se ha dado cuenta en los últimos dos encuentran ante una política desarticulada, una economía sin crecimiento y una población pobre y sin opciones de participación democrática. La política en salud, destacada y exitosa durante los primeros decenios del Siglo XX, topa ahora con problemas estructurales infranqueables y profundas deficiencias político-administrativas. Desde luego que ha habido mejoras sanitarias y resultados positivos en los principales indicadores de salud. Sin embargo, rezago, inequidad, falta de oportunidades y vulnerabilidad, siguen constituyendo rasgos del sistema nacional de salud. A nivel mundial, y especialmente después de las reuniones de ministros de salud en Alma Ata (1976-1978), se ha reconocido la necesidad de impulsar la cobertura universal de salud, la promoción y el fomento de la salud a través de políticas públicas eficientes, pero también se ha hecho hincapié en la formación de médicos con visión social.

Es en este sentido, que la formación profesional en el área de la salud debe ser integral e interdisciplinaria; hacer énfasis en el modo de aprender, más que en los contenidos del saber; se trata de trabajar sobre conocimientos que puedan ser útiles socialmente, por encima de los conocimientos que puedan ser sólo de utilidad práctica para el profesionalista; por lo tanto, un profesionalista debe aprender a registrar, organizar, sistematizar, comprender y explicar un acontecimiento social, una experiencia emocional, un hallazgo cultural o un hecho cualquiera que le provea información, datos y la motivación para estudiar y ejercer su capacidad de análisis, para elaborar un esquema de

interpretación, para pensar en soluciones distintas a las que una comunidad está acostumbrada y tomar decisiones que el mismo alumno ignoraba podían existir.

Finalmente, dejo constancia de la importancia que representa el trabajo de academia, por ello, he incluido un documento que aborda la importancia de la perspectiva bioética en el ámbito de la formación profesional. Este documento forma parte de los trabajos de la Comisión de Bioética de la Carrera de Médico Cirujano y, su inclusión, expresa nuestro interés porque se discuta la pertinencia de integrar el estudio de la bioética en el plan de estudios.

Imelda Ana Rodríguez Ortiz

➤ Contexto histórico-económico en México de 1930 a 2010

Desde nuestra etapa colonial, México ha mantenido una economía capitalista frágil, dependiente, inconsistente y subalterna de economías más poderosas, primero España y EEUU después, como las más importantes. La Independencia y la Reforma permitieron sentar las bases de una nación libre y laica, pero con una economía incipiente, gobiernos inestables y un desarrollo social limitado. La estabilidad política que se mantuvo durante el Porfiriato, permitió crecimiento económico y urbano, diversificación de relaciones comerciales y creación de infraestructura en comunicaciones; el comercio exterior se constituía, principalmente, por exportación de materias primas e importación de bienes de capital, insumos industriales y tecnología, desventaja comercial que provocaba el encarecimiento de las mercancías importadas.

Entrado el Siglo XX, un sector reducido de la población avizoraba con desmedida avidez la modernidad, mientras que el 70% de la población estaba constituida principalmente por campesinos pobres y analfabetas. Concluida la Revolución Mexicana, el Estado inició un proceso de institucionalización y legitimación del poder que favoreció el crecimiento de la burocracia. Desde la proclama de un *Estado Nacionalista*, se iniciaron los primeros intentos de industrialización y modernización de las ciudades. La coyuntura de la Segunda Guerra Mundial, abrió la posibilidad de desarrollar una política de sustitución de importaciones con economía proteccionista, sindicatos muy robustos, así como una pequeña y ambiciosa burguesía industrial, comercial y financiera.

Entre 1940 y 1950 ocurrió el *Milagro Mexicano* y entre 1950

y 1970 la política del gobierno se definió como de *Desarrollo Estabilizador*. Fueron etapas de nuestra historia en las que México alcanzó un crecimiento económico sostenido del Producto Interno Bruto y *per cápita*, se generaron múltiples industrias y empleos, se fortaleció el mercado interno, se diversificó la producción y se multiplicaron las instituciones sociales, crediticias, comerciales y financieras. Este esquema de *crecimiento hacia adentro*, se conoció también como *Modelo Industrial basado en la Sustitución de Importaciones* cuyo principal mérito consistió en establecer las bases modernas para el crecimiento económico y social del país.

El *Estado benefactor* que encabezó Lázaro Cárdenas (1934-1940) se mantuvo, aunque con dificultades, en los siguientes seis sexenios: expropió, creó, compró y administró empresas, favoreció la inversión privada empresarial, desarrolló infraestructura urbana (escuelas, hospitales, carreteras y otros servicios), aumentó el gasto público en obras de beneficio social y, a su amparo, se crearon grandes organizaciones políticas, centrales campesinas y sindicatos obreros.

Esta política de bienestar social o *populista*, también resultó contradictoria e insuficiente, cuando, desde el mismo gobierno, se convocó a una gran inmigración campo-ciudad con el propósito de urbanizar e industrializar al país desde una hegemonía centralista. Entre 1940 y 1970, la ciudad de México recibió un saldo neto migratorio de un millón y medio de campesinos. El proyecto industrialista no sólo empobreció los apoyos a la agricultura sino que, sustrajo de ésta, sus riquezas hacia la industria ocasionando un empobrecimiento mayor en las comunidades rurales. Por otro lado, la relación Estado-empresas-sindicatos, mantuvo diferencias políticas y conflictos

por el ejercicio del poder, que trajeron como consecuencia la presencia de una burocracia ineficiente, improductiva, chantajista y corrupta.

Concluida la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos recuperó su hegemonía en la economía mundial, protegió sus fronteras y redujo las importaciones mexicanas debido a la falta de competitividad de nuestros productos en el extranjero. Los problemas para México se agravaron todavía más, cuando en 1954 se produjo la devaluación del peso ante la moneda estadounidense.

Por otro lado, la centralización y concentración de actividades en la capital del país no sólo desalentó el crecimiento económico en otras regiones, sino que, ocasionó el crecimiento desmedido y desordenado de la capital. Proliferaron los asentamientos pobres e irregulares en la periferia de la ciudad, ya que el uso del suelo urbano y los servicios públicos creados, se habían destinado, con preferencia, para el desarrollo de las industrias, el comercio y los centros financieros.

El fracaso del modelo desarrollista tuvo repercusiones políticas y tensiones sociales graves. Crecía el descontento social entre médicos, maestros y ferrocarrileros a fines de la década 1950 ante la merma salarial, la disminución de la oferta de trabajo y el encarecimiento de la vida. Con el fin de apaciguar las demandas sociales, el gobierno recurrió, a partir de entonces, al constante endeudamiento externo para evitar la quiebra en empresas o la suspensión de obras públicas, pues de otro modo, se incrementaría rápidamente el desempleo y el descontento social. No obstante, a finales de la década de 1960, la crisis social era incontenible y se produjeron importantes

movilizaciones. La más importante de ellas ocurrió entre mayo y octubre de 1968, encabezada, principalmente, por estudiantes universitarios y sectores medios de la población.

A partir de 1970, el país se encontró en una crisis estructural que impedía la movilidad social de la población. Algunos de los factores de esta crisis fueron: crecimiento desmedido de la deuda externa, desplome de los precios del petróleo (principal producto de exportación y base de nuestra economía), corrupción institucional, fuga de capitales y transnacionalización de la economía en sectores estratégicos (alimentos, medicamentos, energía, comercio, transporte e insumos para el campo y la industria, entre otros). Paralelamente, México se fue incorporando a una nueva lógica del capital transnacional a través de la globalización económica, que consolidó su gobierno sobre el mundo a través de controlar toda la cadena de los procesos productivos, del comercio y del consumo de bienes y servicios.

Para 1980, México se encontraba con saldos negativos en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), aumento constante de la inflación y precios de productos y servicios, erogación excesiva por el pago de la deuda externa, fuga de capitales y especulación financiera. Asimismo, se contrajo el gasto público, el mercado laboral y el ingreso por habitante.

Consecuentemente, empeoraron las condiciones de vida de la población, y prosperaron la economía informal, la marginalidad social y el trabajo infantil y femenino. Las mediciones y programas sobre marginación y pobreza se hicieron presentes a partir de entonces. Lo colectivo o lo social perdía fuerza y los anhelos de modernidad transitaban, sin rumbo definido, por debajo de los criterios imperiales de la

globalización.

La tasa de crecimiento promedio del PIB pasó del 6.8 entre 1934-1982 (48 años) al 3.3 entre 1982 y 2009 (27 años); pero el PIB registró la peor caída desde 1934 al registrar -6.5 al finalizar el año 2009. Otras caídas importantes del PIB, con saldo negativo, ocurrieron durante el último cuarto de siglo, en 1982 de 0.52; 1983 (- 3.4); 1986 (- 3.0); 1995 (- 6.2) y 2001 (- 0.17). De acuerdo con datos del Banco de México, la inflación se constituyó en otro indicador de que la economía estaba en serios problemas para su crecimiento. De dos dígitos que mantuvo prácticamente desde 1934 hasta 1970, se pasó a una inflación de tres dígitos a partir de 1976 y durante el gobierno de Miguel de la Madrid, se alcanzó una inflación de 4030.75%¹ a partir de que la moneda estadounidense subió su valor de 148.50 a 2291.24 pesos por dólar. (Consultar gráficos número 14, 15 y 18).

Asimismo, se debilitó el sector primario de la economía, que representaba el 19.7% en la composición del PIB en 1950 y bajó a 5.8% en 2005; el sector secundario todavía daba visos de crecimiento al pasar de 26.5% al 35%, mientras que el sector terciario apenas se movió del 54.3% al 59.1% (también como porcentajes en la composición del PIB y en el mismo periodo). No obstante, el porcentaje de población económicamente activa (PEA) ocupado por la industria apenas se ha duplicado en 70 años, mientras que en los servicios la PEA se ha triplicado al pasar de 19.1% a 61.9%. (Consultar gráficos número 12 y 16).

¹ Este dato fue tomado de:

http://www.economia.com.mx/inflacion_y_devaluacion.htm. El autor de esta página refiere como fuentes INEGI, BANXICO y SAT.

La terciarización de la economía, como principal rasgo estructural, ha dado como resultado un país altamente vulnerable y dependiente respecto de la producción de alimentos, manufacturas y empleos. Tan es así que, México ha estado importando entre el 40 y 50% de la demanda nacional de alimentos desde el año 2000², y lo que habíamos ganado en generación de empleos en treinta años (1970-2000) simplemente se perdió en los últimos nueve años al registrarse una tasa de desempleo abierto de 5.7 en 2009. (Consultar gráfico número 13).

Para 1990 las relaciones político-corporativas entre obreros, campesinos, empresarios, profesionistas y Estado habían entrado en franca crisis y se tendía a la desaparición de las negociaciones políticas entre estas fuerzas; las instituciones públicas se desmantelaban rápidamente, los subsidios fueron desapareciendo, creció el desempleo abierto, el trabajo informal y la pobreza; mientras, se desplomaron los precios internacionales del petróleo y las prioridades del gobierno se definieron hacia la apertura de la economía mediante el Tratado de Libre Comercio y la privatización de importantes empresas como la telefonía o la banca. Por otro lado, el crecimiento desordenado de la población había conformado la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que albergaba una quinta parte de la población nacional demandante de todo tipo de servicios. Finalmente, el sismo de 1985 habría tenido efectos catastróficos sobre la infraestructura hospitalaria, escolar y

² Ortiz Gómez A.S., Vázquez García V., Montes Estrada M., “La alimentación en México: Enfoques y visión a futuro”, en Estudios Sociales, enero-junio, año/vol. XIII, número 025. Universidad de Sonora, México.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/417/41702501.pdf>

habitacional, incrementando con ello, los problemas de sobrevivencia y de seguridad social en la capital del país.

Ante la crisis económica, la transición demográfica tuvo notables manifestaciones. El porcentaje de mujeres incluidas en la población económicamente activa pasó del 7.4% en 1940 al 32.9% en 2005 y se estimó que crecería al 40% para 2010. Éste, ha sido un factor de peso para modificar la dinámica familiar, la composición de los hogares y la fuerza laboral. La inflación promedio entre 1980 y 2000 superó el 45%, el desempleo abierto osciló alrededor del 4% anual, y la pobreza empezó a representar un flagelo social sin precedentes. (Consultar gráfico número 11 y Tabla 1, 2 y 3).

En 1996³, el 36.9% de la población vivía en pobreza alimentaria; 46.2% en pobreza de capacidades y el 68.8% en pobreza de patrimonio y aunque para 2005 los promedios habían disminuido a 18.2%, 24.7% y 47% respectivamente, no podemos soslayar los efectos negativos sobre la salud que, a mediano y largo plazo, ocasiona esta condición⁴. Enrique Hernández Laos ha dicho: “la pobreza es una enfermedad endémica” que impide o anula la posibilidad de establecer una

³ CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). Informe Ejecutivo de Pobreza México 2007.

⁴ El último informe de CONEVAL (2011) cambió la metodología sobre medición de la pobreza y desarrolló un modelo multidimensional, en el cual, el ingreso económico no constituye el único criterio. Ahora, se capta información sobre los siguientes aspectos: ingreso, rezago educativo, acceso a los servicios educativos, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y grado de cohesión social; aspectos que son analizados en tres dimensiones analíticas: bienestar económico, derechos sociales y contexto territorial. En virtud de esta variación metodológica, no es posible realizar comparaciones con respecto de lo otros informes. Consultar el Informe Ejecutivo de Pobreza México 2010.

plataforma de atención a la salud, educación, nutrición y vivienda; condiciones que son básicas para la auto-determinación, participación y posibilidad de generar o potenciar el desarrollo personal y el ingreso.⁵

Los importantes logros en materia de salud que se habían alcanzado entre 1940 y 1970, empezaron a perder importancia ante la emergencia de nuevas enfermedades, como el VIH-SIDA y la reemergencia de aquellos padecimientos prevenibles relacionados con pobreza, alimentación, higiene y acceso a los servicios. Así, tenemos como ejemplo:

Las infecciones respiratorias, intestinales, de las vías urinarias y del oído encabezaron la lista de las 20 principales causas de consulta en los centros hospitalarios del país en 2009, según un reporte de la Secretaría de Salud. El informe señala que hasta el 26 de diciembre se registraron 30.3 millones de diagnósticos por complicaciones derivadas de una gripe y 4.2 millones por problemas estomacales a causa de amibas y otros parásitos intestinales⁶.

Asimismo, se estima que en México, el 49% de los menores de 18 años viven en hogares sin agua dentro de su vivienda; más de 10 millones viven en hogares sin drenaje y más de dos millones viven sin electricidad en sus viviendas. En el aspecto educativo se señala que, mientras la cobertura de educación primaria alcanza casi al 100% de la población infantil, solamente 6 de cada 10 niños y niñas mexicanas han sido atendidos por al menos un año de educación preescolar, 4 de cada diez jóvenes se incorporan a la formación media superior y sólo 2 de cada 10

⁵ Hernández Laos Enrique. "Diagnóstico de la pobreza y la desigualdad en México". Consultar <http://www.cidac.org/vnm/libroscidac/pobreza/Cap3.PDF>

⁶ Periódico *Reforma*, lunes 22 de febrero de 2010. Sec. Nacional, p.13. México, DF.

tienen acceso a la educación superior. El número de médicos por cada mil habitantes en el DF es de 3.03, Estado de México (0.72) y Chiapas (0.79).⁷

Mucho se ha dicho que la transición demográfica y epidemiológica ocurre no solamente en el plano socioeconómico, sino que, significativamente, los fenómenos culturales atraen importantes causas y consecuencias a partir de la conceptualización del proceso salud-enfermedad y la respuesta social que individuos, familias y comunidades emprenden al respecto. Ningún programa nacional de salud ha dejado de lado esta consideración, no obstante, en la práctica, se deja de tomar en cuenta la formación profesional del personal de salud y la supervisión de las prácticas profesionales que responden prioritariamente a tendencias curativas, mientras que la experiencia nacional e internacional ha demostrado que el mayor éxito en salud colectiva solamente es posible de alcanzar a través de modificar las condiciones y los estilos de vida.

En 2004, el filósofo norteamericano Daniel Callahan ⁸, promovió una intensa discusión acerca de cuáles pueden y cuáles deben ser los fines de la medicina en una sociedad cuya población envejece y enferma crónicamente ante los sistemas de salud cada vez más costosos y ante la población de menor edad que no está dispuesta a hacerse cargo de los más viejos,

⁷ *Infancias Mexicanas. Rostros de la Desigualdad*, Informe Alternativo para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU 1999-2004. Informe elaborado por la Red por los Derechos de la Infancia en México.

<http://www.derechosinfancia.org.mx/>

⁸ Citado por Lolás Stepke Fernando en *Acta Bioethica*, año/vol XI, no. 001, OPS, 2005. Chile. Consultar:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/554/55411110.pdf>

desvalidos o enfermos. Ante estos dilemas, Callahan responde que los fines primarios de la medicina actual pueden y deben ser:

- Prevenir la enfermedad y promover la salud
- Aliviar el dolor y el sufrimiento causados por las enfermedades
- Establecer el cuidado y procurar la curación de quienes padecen una enfermedad
- Establecer el cuidado para quienes no pueden ser curados
- Prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz.

Entre quienes han leído y debatido con Callahan, se encuentra G. Berlinguer quien hace un llamado a meditar acerca del lugar que hemos concedido a la medicina moderna que, en múltiples ocasiones, despojamos de su verdadero compromiso y acotada relación con el nivel de desarrollo de un país, los valores predominantes en una sociedad, la diversidad cultural, el tipo de gobierno, la participación social y la dimensión cotidiana de la vida de las personas, e insistimos en atribuirle poderes y alcances que no posee. Por ello, Berlinguer ha dicho que si bien los progresos de la civilización y la aceptación de los Derechos Humanos y Sociales son condiciones determinantes para la salud de la población, ello no significa que la medicina científica sea la única o la mejor opción para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad; que es un error pretender que la medicina y sus campos de conocimiento deban atender todo tipo de males, como se planteó la corriente de la medicalización de la sociedad en los años 1950; y que la formación y la práctica en salud

deben asumir funciones de regulación sobre la inequidad en la atención, la investigación y los programas sociales.

El hincapié está puesto en la necesidad de articular, integral y funcionalmente, la medicina con la sociedad, incluyendo con prioridad: educación, cultura y solidaridad social en torno de la vida para concretar lo que llama Berlinguer, *autopoiesis del bienestar*,⁹ es decir, creación y producción de saberes y condiciones contingentes, necesarias o posibles, dirigidas a favorecer la vida como un todo a partir de un compromiso político, económico y sociocultural.

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)¹⁰ ha insistido en señalar que cualquier propuesta del sector salud no deberá soslayar los diez problemas más graves que aquejan a nuestra sociedad: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados. En este sentido, las instituciones de educación superior, deberán reflexionar acerca de estos problemas cuando pretendan definir el perfil profesional del egresado de las ciencias de la salud.

Finalmente, la crisis estructural por la que atraviesa nuestro país desde 1980, es el contexto social que tendrán que plantearse los formadores de recursos humanos en salud, si lo que se pretende es una educación responsable y útil a la sociedad, de la cual, la comunidad universitaria es deudora. Por lo tanto, la ecuación deberá proponer soluciones a los problemas que apremian a nuestro país:

⁹ Berlinguer Giovanni. *Ética de la salud*. Argentina; Lugar.

¹⁰ *La Salud en México: 2006/2012. Visión de FUNSALUD.*
<http://www.funsalud.org.mx/>

➤ Aumento de la pobreza y deterioro en los niveles de ingreso económico que ocasionan serios problemas al consumo de bienes y servicios. Las familias de más bajos ingresos destinan más del 50% de su ingreso a la compra de alimentos y ello propicia que cualquier alza en los precios de alimentos ocasione serios desajustes en el presupuesto familiar y condiciones de vida. En cambio, las familias de más altos ingresos destinan menos del 25% al mismo fin.¹¹ Aún cuando los indicadores de salud muestran mejoría general, lo real es que existe una enorme disparidad entre las regiones que constituyen el país. Chiapas, Guerrero y Oaxaca padecen, transgeneracionalmente, las peores condiciones de vida del país. El ahondamiento de la desigualdad social es dramático, por ejemplo, el ingreso que perciben los hogares ubicados en el decil I es quince veces menor al ingreso promedio que perciben los hogares ubicados en el decil X. (Consultar tabla 1 y gráfico 19).

➤ Desigualdad y pobreza que constituyen el principal problema social de México. En 2006, el 10% de hogares más favorecidos económicamente acumulaba el 36.04% del ingreso disponible y el 60% de los hogares menos favorecidos (deciles del I al VI) acumulaban el 26.05%. Pero el 10% más pobre sólo recibe el 1.6% del ingreso disponible. Así: “el ingreso de una familia ubicada en el decil X sería suficiente para solventar las necesidades de 21 familias ubicadas en el primer decil.”¹²

¹¹ www.banxico.org.mx

¹² Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Cámara de Diputados. <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/>

➤ Precarización del trabajo reflejado en modificaciones importantes en la oferta de empleos y en las condiciones laborales por contrataciones temporales, parciales y sin prestaciones. Esta precarización también incluye un incremento pírrico del salario mínimo general (SMG), al haber pasado de \$40.35 en 2000 a \$57.46 en 2010 y \$59.82 (2011), es decir, el SMG aumentó escasos 19 pesos en los últimos 11 años. Asimismo, no es el mismo ingreso para quienes viven en poblaciones con más de 2,500 habitantes y en la región norte del país, que a la inversa; como tampoco es igual el ingreso urbano que el rural o si corresponde a una persona con mayor o menor escolaridad o, incluso, si el ingreso o salario corresponde a un hombre o una mujer.¹³

➤ Crecimiento del Desempleo. En 1980 se planteaba la necesidad de crear 800 mil empleos al año para estabilizar la relación crecimiento de la población con crecimiento de la economía. Actualmente, se requiere la apertura de más de un millón de empleos al año para estabilizar la demanda. Después de la caída del – 6.5 de la economía en 2009, es posible que este requerimiento no sólo aumente en cantidad de empleos sino también en tiempo que tendrá que sostenerse este crecimiento.

➤ Dificultad para hacer redituable el bono demográfico, que ha acompañado a la presente década 2010, a favor del crecimiento económico y de la economía formal, al contrario, ha

¹³ Lustig Nora C. y Miguel Székely (1997). "México: Evolución económica, pobreza y desigualdad". Washington, DC. Consultar: <http://www.iadb.org/sds/doc/877spa.pdf>

desembocado en el trabajo informal y el desempleo y a costa de los beneficios que podría generar, para los jóvenes, la contratación formal. Los requerimientos laborales incorporados al proceso de globalización (manejo experto de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs), el uso y difusión del conocimiento e información en red, los nuevos mercados laborales que demandan creatividad e ingenio y producción de nuevas tecnologías, entre otros, están presentes en una sociedad cuyos jóvenes, en su mayoría, no tienen acceso libre y gratuito ni a la educación superior ni a las TICs. La tasa de desempleo entre jóvenes de 14 a 29 años es de 8.9, la más alta en la historia reciente de nuestro país. Una gran parte de nuestros jóvenes no cumple aspiraciones educativas, recreativas o laborales, ni siquiera en calidad de expectativas posibles.

➤ Este vasallaje colonial se basa en generar al mismo tiempo que expectativas nulas, frustración; imposición de nuevas formas de privación y cautiverio heredadas, precisamente, de ese pasado colonial. Decía Hobswan que la generación de necesidades y la insatisfacción, eran las nuevas medidas coloniales de control y de autodestrucción sin sangre. La tecnología de hoy permite que podamos comunicarnos más pero es posible que tengamos menos cosas importantes que decirnos. Un síntoma de aislamiento, abandono, incapacidad para resolver problemas, dificultad para relacionarse o estado de desesperanza lo constituye precisamente el suicidio.¹⁴

¹⁴ En el mundo, el suicidio ocupa el primer lugar como causa de muerte violenta entre personas de 15 a 34 años; un millón al año; uno cada 40 segundos.

En nuestro país la tasa de suicidio entre 1995 y 2004 fue de 3.2 y el 62.3% de los suicidas tenían entre 15 y 39 años de edad. Fueron 82.8% hombres y 17.2% mujeres. Las causas de suicidio referidas tienen que ver con problemas amorosos o familiares en primer lugar, aunque destaca el 62.8% de los casos en los que se desconoce la causa del suicidio. Un dato notable es que a mayor escolaridad menor es la incidencia del suicidio: el 44% de los suicidas tenían escolaridad primaria; 30% secundaria; 15% preparatoria y 10% estudios profesionales.

➤ Devaluaciones de la moneda mexicana frente al dólar estadounidense en 1976, 1982, 1988, 1994 y 2000, como las más importantes, que debilitan la macroeconomía, encarecen y complican el pago de la deuda externa, amplían el déficit en la balanza comercial, empobrecen las exportaciones y encarecen las importaciones. En este sentido, las exportaciones de productos del sector primario son las más afectadas por la transacción comercial. Entre 1954 y 1976 el dólar mantuvo estable su valor con relación al peso mexicano. Durante esos 22 años su valor fue de \$12.50, en cambio, en los siguientes años, nuestra moneda tuvo que fluctuar entre la paridad fija y la flotación, lo que hace sensible e inestable el comercio ante condiciones económicas externas.

➤ Prevalencia de la estrategia del Estado Neoliberal que se niega a reconocer a los ciudadanos como actores políticos (ciudadanos), que en otro tiempo contribuían al equilibrio de funciones, comunicación, valores, vinculación y dinámica familiar son frecuentes y trastocan tradiciones y órdenes sociales, morales y jurídicos que se habían mantenido estables en las

décadas anteriores. Los moldes que antes fabricaba la memoria, han quedado rotos, obsoletos o han dejado de producirse por falta de interés y tiempo para hacerlo. El Estado, la familia o la escuela han dejado de ejercer su papel tutelar sobre la juventud y los jóvenes están a merced de la tiranía del mercado internacional de bienes y servicios, quienes definen modos de vida, identidades e intimidades que antes se resolvían en la familia, la escuela o el barrio.

➤ **Panorama Demográfico**

Para situar el problema de la salud-enfermedad de la población en México, el análisis sobre política y dinámica demográficas representa una unidad de estudio indisoluble, particularmente, desde la década 1940, periodo en el que se produjeron transformaciones profundas en crecimiento, composición y distribución de la población. Asimismo, se iniciaron importantes cambios en morbi-mortalidad general, esperanza de vida y fecundidad, como resultado de programas estatales encaminados a la producción de recursos y servicios para la atención de salud de la población. (Consultar gráfico número 7).

De acuerdo a datos censales, entre 1940-2010 la población del país aumentó aproximadamente 5.7 veces, al pasar de 19.7 a 112.3 millones de habitantes respectivamente¹⁵. Un aumento de esta magnitud se había presentado durante los 215 años anteriores, pues en 1790 la población era de 4.6 millones y

¹⁵ INEGI había calculado que la población en 2009 ascendería a más de 108 millones de habitantes, pero el Censo de 2010 arrojó la cifra de 112,336,538 millones de habitantes.

pasó, como ya dijimos, a 19.7 millones hasta 1940. Asimismo, en 1940 la población rural representaba el 64.9% del total y la población urbana el 35.1%; para el año 2005, la relación se había invertido y la población urbana representaba el 76.5% y la rural apenas el 23.5%.¹⁶ (Consultar gráfico número 1).

Mientras que en 1940, la tasa media anual de crecimiento de la población era de 1.7%, entre 1960-1970, se registró un crecimiento de 3.5% y una tasa global de fecundidad de 6.6%. Este crecimiento acelerado de la población, en un periodo de desaceleración de la economía, motivó que el Estado dirigiera una intensa campaña de promoción para la utilización de métodos anticonceptivos. El resultado de esta campaña ha mostrado un fuerte impacto en la disminución, tanto de la tasa anual de crecimiento de la población que actualmente oscila alrededor del 1.0%, como de la tasa global de fecundidad que representa aproximadamente el 2.2%. Estas transformaciones han contribuido a establecer, desde el año 2005, una estructura por edades de la población con una clara tendencia hacia el envejecimiento y un notable predominio de habitantes entre los 15 a 64 años de edad que ahora representan el 66% de la población total. (Consultar gráficos número 2 y 3).

México tiene 187,938 localidades de las cuales, 3,190 son urbanas y 184,748 son rurales. En las localidades urbanas se concentra el 75.4% de la población; significa que las ciudades se caracterizan por la alta concentración de población, mientras que las localidades rurales, por la dispersión. Las comunidades urbanas casi han quintuplicado su número entre 1940 y 2005, al pasar de 686 a 3,190 respectivamente, mientras

¹⁶ INEGI. *Estadísticas Históricas de México 2009*, Colección Memoria, México, 2010.

que las rurales han crecido en más del 75% al pasar de 104,822 a 184,748 en el mismo período. Este fenómeno repercute en la dificultad para organizar y resolver la prestación de los servicios públicos básicos (agua, drenaje, luz, escuelas, servicios médicos, entre otros) y el abastecimiento de productos y alimentos.¹⁷ (Consultar gráficos número 10, 20, 21 y 22).

En 1940, solamente la Ciudad de México era una localidad con más de un millón de habitantes, pero en 2005, ya eran diez ciudades las que contaban con más de un millón de habitantes cada una: Tijuana (Baja California), Juárez (Chihuahua), México (DF), León (Gto.), Guadalajara y Zapopan (Jalisco), Ecatepec y Nezahualcoyotl (Estado de México), Monterrey (Nuevo León) y Puebla (Puebla). Finalmente, la densidad total de población que en 1940 equivalía a 10 habitantes por km², para el año 2005, se calculó en 52.7 hab./km². Actualmente, las regiones del país más densamente pobladas son el DF con 5,871 hab/km² y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), con aproximadamente, 3,214 hab/km². (Consultar gráficos número 23, 24 y 25).

Los principales indicadores de crecimiento demográfico también han expuesto cambios muy importantes: el número de nacimientos por cada mil habitantes ha sufrido una drástica disminución al pasar de 44.3/1000 en 1940 a 18.0/1000 en 2009. Para el mismo período, el número de defunciones totales ha decrecido del 22.8/1000 habitantes a 4.9/1000 respectivamente y las defunciones en menores de un año pasaron de 124.5/1000 nacimientos en 1940 a 14.7/1000 en 2009.^{17, 18}

¹⁷ INEGI. *Estadísticas Históricas de México 2009*, Colección Memoria, México, 2010.

La esperanza de vida al nacimiento calculada en 41.5 años para la década de 1940, ha aumentado a 75.3 años en los últimos sesenta años. El número de nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años disminuyó de 196 en 1940 a 87 en 2005. Esta nueva realidad puede constituir una oportunidad para el crecimiento económico de nuestro país ya que al disminuir el índice de dependencia demográfica (relación entre población dependiente y población productiva) se obtiene un bono demográfico constituido por personas potencialmente productivas, ya que la edad promedio pasó de 19.0 años en 1940 a 24.0 años en 2005.

El proyecto modernizador de la capital, el elevado crecimiento demográfico entre 1940-1970 y la fuerte migración campo-ciudad, ocasionaron una enorme presión al crecimiento de la metrópoli, y el fenómeno de la conurbación entre el Distrito Federal y el Estado de México, empezó a arrojar tasas de crecimiento superiores al 10% en la ZMCM. De acuerdo al Consejo Nacional de Población:¹⁸ en la primera etapa, el crecimiento de la ZMCM se explica tanto por las altas tasas de crecimiento natural como por la inmigración proveniente del medio rural y de las ciudades de menor tamaño. Como resultado de esa dinámica demográfica expansiva, entre 1950-1970 la ZMCM casi triplicó su población, al pasar de menos de tres millones de habitantes en 1950 a 8.7 en 1970, con aportación de aproximadamente un millón quinientos mil mexicanos que formaron parte del saldo neto migratorio más importante en esas dos décadas.

¹⁸ <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/zmcm/02.pdf>

A partir de los años setenta se produjo un cambio en las tendencias demográficas de la ZMCM. El aspecto principal radicó en la desaceleración del crecimiento poblacional (moderado en los sesenta y más acentuado en la siguiente década); que inicialmente fue determinado por la sensible reducción en la tasa global de fecundidad y por la menor inmigración campo-ciudad. En tanto que, en los años ochenta, además de los citados factores influyó la expulsión de población de la ZMCM, como parte de una política urbanística que modificó el uso de suelo en la capital del país. Así, el número de habitantes de las delegaciones del Distrito Federal y 27 municipios conurbados del Estado de México pasó de 12.8 millones en 1980 a 15.1 en 1990; de tal suerte que en el 0.23% del territorio nacional residía el 18.5% de la población total, es decir, un poco más del 25% de la población residente en localidades con más de 2 500 habitantes. Para el año 2000, la población de la ZMCM era de 17.7 millones de habitantes con 35 municipios del Estado de México en conurbación ocupando una superficie de 4,925 Km².¹⁹

Es en la ZMCM,²⁰ constituida por el DF y más de 40 municipios del Estado de México, el sitio donde se concentra el mayor volumen de población. Pero es el DF la región más densamente poblada del país, al tener casi 6 mil habitantes por kilómetro cuadrado. Al mismo tiempo, existen regiones en las cuales la densidad de población rebasa el promedio. Tenemos por ejemplo, al Municipio de Nezahualcoyotl y las Delegaciones

¹⁹ INEGI. *Estadísticas del Medio Ambiente del Distrito Federal y Zona Metropolitana, 2002*. México.

²⁰

<http://cuentame.inegi.gob.mx/monografias/informacion/df/poblacion/distribucion.09>

Iztapalapa o Iztacalco, que superan los 18 mil habitantes por km².

Por otro lado, la desigualdad en las condiciones de vida de estas poblaciones ejerce una presión muy fuerte sobre la infraestructura urbana, pues mientras que en el DF existen 3.5 médicos por cada 1000 habitantes, en el Estado de México, la proporción es de 1.0 médicos por cada 1000 habitantes (igual que en el Estado de Chiapas y una de las más bajas del país). De tal manera, que el DF abastece de éste y otros servicios (educación, mercado de trabajo, áreas recreativas, entre otros) a los habitantes del Estado de México.

Así tenemos que en 2008²¹, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del DF era de 0.9176, mientras que en el Estado de México era de 0.8168, pues las carencias de infraestructura en el Estado de México se hacen visibles cuando se estiman directamente. Esta heterogeneidad también se hace presente de acuerdo a cada delegación del DF o cada municipio del Estado de México. Por ejemplo, en la Delegación Benito Juárez el IDH fue de 0.923 (equiparable al de España o Francia) y es el más alto del país. Por supuesto que las diferencias más radicales se presentan con los municipios del sureste del país donde se alcanza un IDH de 0.414 puntos, como es el caso del municipio de Metlatónoc, en el Estado de Guerrero.²²

Si bien estas transiciones demográficas y espaciales de la población han tenido repercusiones notables en la transición epidemiológica que experimenta nuestro país, es necesario resaltar que prevalecen características socioeconómicas que

²¹ Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Consultar: www.undp.org.mx/desarrollohumano

²² Labastida Martín del Campo, J. Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005). México: IIS/UNAM.

permiten advertir enormes disparidades entre habitantes del territorio nacional. No obstante, los logros en el control de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles y el descenso en las tasas de crecimiento de la población urbana, hoy, estos ciudadanos se ven amenazados por el crecimiento de la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas en el contexto de una población que envejece y vive más años. De manera contraria, la población con menores recursos económicos o que habita en las localidades rurales, sigue presentando problemas sanitarios y condiciones de salud-enfermedad ancestrales.

No debemos perder de vista que las enfermedades infecciosas siguen conviviendo entre nosotros, algunas reemergentes como tuberculosis o cólera, otras emergentes como algunas infecciones de transmisión sexual o el VIH-SIDA, o la nueva pandemia de influenza AH1N1. Otros problemas tendrán que ser atendidos también, por ejemplo, los que se derivan de los desastres naturales, las adicciones, la violencia o los accidentes y la cauda de problemas sociales, lesiones e invalidez que ocasionan.²³ En este contexto es posible afirmar que existen diferentes perfiles demográficos en nuestro país que corresponden a la desigualdad social que prevalece. Por un lado, al examinar algunos datos, como los que proporciona el IDH, se observa que los sectores sociales más favorecidos gozan de las transformaciones socio epidemiológicas más favorables, mientras que la población más pobre subsistió en un patrón epidemiológico semejante al de 1950.²⁴

²³ De la Fuente Juan Ramón. "La salud en un México en transición", en *Salud Pública de México*, Vol. 46, No. 2, marzo-abril 2004.

²⁴ Tuirán Rodolfo. "Los desafíos demográficos de México en el Siglo XXI", en *Este País*, No. 138. Septiembre 2002.

Un último aspecto a considerar tiene que ver con México como país de origen, destino y tránsito de importantes movimientos migratorios. De acuerdo a datos del Consejo Nacional de Población, se estima que al menos uno de cada cuatro hogares en México cuenta con un familiar que trabaja en Estados Unidos de América, lo que implica intercambios monetarios y no monetarios con su familia de origen. Intercambios que influyen en patrones de vida y de comportamiento entre la población. Se estima, además, que México ha contribuido con el 13.5% de la población total en ese país entre 1970 y 2000, y que, aproximadamente, 8.5 millones de mexicanos residentes en EU, nacieron en nuestro país.²⁵ Todo ello contribuye a plantearnos la necesidad de analizar más a fondo la manera como estos flujos migratorios influyen en las transiciones demográficas y epidemiológicas que ocurren en México.

Los desafíos que plantea nuestro panorama demográfico se relacionan directamente con la necesidad de establecer políticas sociales tendientes a integrar a la población al desarrollo económico del país. Como hemos podido observar, las grandes transiciones demográficas y epidemiológicas han coincidido con momentos coyunturales de crecimiento económico, activación de programas educativos, de salud, seguridad social, trabajo y distribución del ingreso. Pero ha hecho falta redoblar y mantener esfuerzos para validar la participación social, eliminar pobreza, marginación, rezagos y discriminación entre los habitantes; ponderar y ampliar oportunidades sociales y derechos humanos; es decir, nuestro país necesita producir cambios culturales y políticos encaminados a la promoción de la salud desde una perspectiva integral.

²⁵ www.conapo.gob.mx

Es urgente mejorar la comunicación horizontal, ética y humanística entre los profesionistas de la salud y la sociedad a fin de que la información, el conocimiento y las decisiones que afectan la vida colectiva sean tarea compartida y comprometida. Coincido con Tuirán cuando afirma: “El avance de la transición demográfica -en interacción con otros cambios de naturaleza económica, social, cultural e institucional- seguirá trastocando de manera profunda la estructura del curso de vida individual, la conformación de los hogares y la organización familiar. Así, por ejemplo, el avance de la transición demográfica ahondará la disminución del tamaño promedio de las familias, y como en otros países que ya han completado o están completando la transición demográfica, también es previsible una transformación en las pautas nupciales y en los arreglos residenciales, lo que dará cada vez mayor impulso a la llamada segunda transición demográfica”.²⁶

²⁶ Tuirán Rodolfo, *Op.cit.*, p. 9

➤ Revisión de las políticas de salud más relevantes

El desarrollo de la atención a la salud en México durante las primeras décadas del Siglo XX, se caracterizó por la definición de tareas sanitarias que fueron muy exitosas al involucrar participación comunitaria, medidas preventivas, educación para la salud, así como estrategias políticas de Estado para mejorar condiciones de salubridad de la población y desarrollos de la medicina científica para afrontar cólera, fiebre amarilla, viruela y tuberculosis, que eran algunas de las epidemias de mayor repercusión en la mortalidad general. Sin embargo, el desarrollo institucional de un sistema de salud inició formalmente a partir del sexenio del Presidente Lázaro Cárdenas.

En 1936 el gobierno del Presidente Cárdenas impulsó el proyecto *Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, mediante el cual, se crearon 11 hospitales rurales zonales, 56 centros de salud con sanatorio, 36 centros de salud rural y 225 centros auxiliares rurales²⁷. En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública y se instituyó el servicio social para estudiantes de medicina. Durante la década de 1940, se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición. A finales de la década siguiente se crearon los Centros de Salud Urbanos y Rurales y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE).

²⁷ Moreno Cueto E., Moguel Viveros, J., et all. (1982). *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*, México, IMSS. p. 76

La participación intensa del Estado en la producción de servicios urbanos y los resultados obtenidos en el control de las principales epidemias, valió para que, desde 1907, se estableciera en la ciudad de México la Oficina Sanitaria Panamericana (que en 1946 con la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se transformó en Organización Sanitaria Panamericana u Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el protocolo de creación de la OMS se consignó la definición de salud: *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

En 1947 la OPS firmó su acta constitutiva y comprometió como primeros temas de su agenda, los siguientes: influir para que las escuelas de medicina incluyeran en los planes de estudio la enseñanza de la medicina preventiva, atención médica y asistencia social colectiva a través del fomento de la salud, saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles y educación para la salud. Los miembros de la OPS ofrecieron el apoyo técnico y financiero para ampliar el número de escuelas de medicina de la región y fortalecer la educación médica interdisciplinaria con orientación en salud pública.

Los objetivos de la formación profesional y práctica en salud, tanto de las instituciones educativas como de las prestadoras de servicios de salud, fueron: prevenir, combatir y erradicar las enfermedades transmisibles, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes del continente²⁸. Objetivos que se avizoraban como posibles de alcanzar gracias

²⁸ OPS. *Boletín Especial*, Vol.113, No.5 y 6, Noviembre y Diciembre, Washington, D.C., 1992.

al progreso industrial y crecimiento económico que, países como México, dejaban ver entre las décadas 1940-1950. La asistencia técnica, el financiamiento y las inversiones externas, fluían generosamente en nuestro país y ello era alentador para el desarrollo económico y la modernización industrial. Esta fue una época que se conoció con el nombre de *panamericanismo en la salud*; asimismo, en el país se celebraba este desarrollo con la rúbrica de *milagro mexicano*.

Sin embargo, el esfuerzo que se emprendió en aquellos años no rendía frutos inmediatos y en 1958, durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, el Dr. Abraham Horwitz, originario de Chile, expuso lo que a juicio de los salubristas, constituía la verdadera realidad de la salud pública en el continente. Dijo:

Hoy el gran reto para la salud pública está en el ambiente social de la mayoría de los países en desarrollo, donde un gran número de personas apenas si logra subsistir: su trabajo es improductivo; sus alimentos siempre escasos; su vivienda inadecuada; su expectativa de vida corta; y su salud física, mental y social deficiente y precaria.

Era evidente que el uso masivo de antibióticos, la permanencia de campañas de vacunación y otros avances tecnológicos habían impactado la mortalidad general y la esperanza de vida al nacimiento. La aplicación del gasto social en la ingeniería ambiental había hecho contribuciones muy importantes al saneamiento básico; los hospitales y los recursos en salud se habían multiplicado; la tecnología médica contribuía a atender con mayor eficacia los problemas de diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas; no obstante, iban en aumento o no se lograban revertir las llamadas patologías o en-

fermedades de la pobreza: desnutrición, alcoholismo, mortalidad infantil y materna por enfermedades transmisibles y por causas prevenibles; discapacidad por lesiones y accidentes de trabajo, entre otros problemas, seguían manteniéndose como primeras causas de morbimortalidad. Este resultado provocaba que disminuyera el entusiasmo y se volviera a traer a la mesa de discusión el asunto de la injusticia social, la explotación de los trabajadores y la marginación social, como los problemas que constituían los verdaderos determinantes del estado de salud de la población.

El Estado Mexicano había actuado con decisión política y perspectiva social durante las décadas 1940 y 1950. Había actuado como un *estado benefactor* porque así convenía a su proceso de consolidación y legitimidad, pero, al mismo tiempo, respondía a los compromisos corporativos que había adquirido con los sectores obrero-campesinos y patronales, aunque carecía de un proyecto nacional de largo alcance, de modo que, las enormes migraciones campo-ciudad, la política sustitutiva de importaciones y la falta de diversificación en la producción de manufacturas y mercados, se fueron constituyendo en trabas para sostener el desarrollo del país.

Todavía a finales de la década 1950, se tomaron decisiones importantes e, incluso, se declaró como “acción de utilidad pública” la construcción de hospitales y la aplicación masiva de programas de asistencia social. En este contexto, el IMSS adoptó en 1954 el *Programa de Medicina Familiar* y en 1960 definió su proyecto nacional como *Programa de Medicina Social* que pretendía ampliar la cobertura como un principio de justicia social y democracia.

Avanzada la década de los años 1960, se introdujeron nuevos temas para el estudio de la salud-enfermedad. Las teorías de la dependencia, del desarrollismo y cambio social nutrieron la perspectiva sociohistórica, económica y política del debate en salud; y la tendencia “medicalizadora”, “tecnificada”, “ahistórica” y “elitista” del llamado *Modelo Médico Hegemónico* fue sometida a una feroz crítica desde la perspectiva de las ciencias políticas y sociales.

Esta postura teórica interdisciplinaria, produjo innumerables estudios acerca de la relación estructura-económica y fenómeno salud-enfermedad. Se proclamó la necesidad de garantizar cambios en las condiciones y calidad de vida de la población, si lo que se pretendía era su bienestar. Otros horizontes de análisis abarcaron temas referidos a: cultura médica alternativa, salud como derecho jurídico y problema moral, criterios para una nueva ética médica, financiamiento en salud, entre otros muchos temas.

Para 1963 la OPS adoptó la relación salud-ambiente y salud-trabajo como factores de desarrollo económico. Afirmó: “...la salud contribuye directamente al desarrollo económico y social ya que prolonga la vida y aumenta la productividad, o indirectamente, puesto que facilita el aprovechamiento de los recursos naturales reduciendo o eliminando factores ambientales desfavorables”.

En 1967 los presidentes latinoamericanos propusieron un plan de articulación entre comunidades científicas, culturales y económicas a favor de la salud colectiva. Al finalizar la reunión, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ofreció financiamiento para programas de saneamiento básico, malnutrición y educación. En 1968, se estableció la noción de *riesgo a la salud*

como criterio para la asignación de fondos. En 1970 se firmó el *Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980* cuyos temas centrales fueron: *participación de la comunidad, extensión de servicios y planificación de programas*. México diseñó entonces su primer Plan Nacional de Salud (1973) en el que se establecieron, como prioridades, la formación de médicos comunitarios y la ampliación de modelos de servicio a la salud, creando puestos de atención médica y casas de salud en las fábricas, las escuelas y otros espacios públicos.

Entre 1970 y 1972 se realizaron dos eventos de gran trascendencia: la *Cumbre por la Tierra* (Río de Janeiro, Brasil) y la *Conferencia de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente Humano* (Estocolmo, Suecia). Ahora se ponía en evidencia que los asuntos del medio ambiente en combinación con altos índices de crecimiento de la población representaban un nuevo reto para los sistemas de salud. Saneamiento ambiental ya no sólo representaba abastecimiento de agua y servicio de alcantarillado, ahora se entendía como la complejidad de formas y expresiones de la vida en un mundo compartido con recursos naturales finitos. Se desarrollaron agresivos programas de planificación familiar y salud reproductiva, mismos, que dieron resultados exitosos: disminuir la tasa de crecimiento de la población. Así, el crecimiento promedio anual de la población pasó de 3.5% anual al 1.02% entre 1970 y 2005, respectivamente.²⁹

²⁹ INEGI; *Estadísticas Históricas de México 2009*, Colección Memoria, México 2010.

Aparecían nuevos problemas y la medicina moderna parecía instalada en la creencia de que a ella le correspondía injerencia y competencia en cualquier asunto social, sobre el cual, pudiera normar u opinar. La confianza en la *medicalización* de la vida influyó para que, en 1973, la OPS se propusiera aumentar la matrícula de estudiantes de medicina en todo el continente. A este fin dedicó el 40% de su presupuesto, estableció dos *Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud* (CLATES) e impulsó la edición de libros de texto.

En 1974 se creó el *Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria*. En 1979 el gobierno de López Portillo promovió el proyecto *COPLAMAR* (Coordinación General del Plan Nacional para Áreas Deprimidas y Grupos Marginales) con el propósito de establecer, en colaboración con el IMSS, servicios de salud y *solidaridad social* en zonas marginadas y rurales de todo el país. *Mínimos de Bienestar* (1979) y *Necesidades Esenciales de México* (1980) fueron las investigaciones más importantes que COPLAMAR aportó al conocimiento sobre las condiciones de alimentación, educación, salud y vivienda de la población.

En 1989, *IMSS-COPLAMAR* se transformó en *IMSS-Solidaridad* y a partir de 2002 en *IMSS-Oportunidades* con base en un Modelo de Atención Integral a la Salud y un Sistema Regionalizado de Servicios, que incluía la capacitación de parteras y promotores de salud voluntarios. Paralelamente, en 1977 se creó la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), mismo que se denominaría en 2002, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). No obstante, propósitos y metas de programas gubernamentales han adolecido de una política pa-

terralista, fragmentaria y coyuntural, lo que ha provocado acentuación de rezagos, inequidad y desigualdad social: analfabetismo, desempleo, pobreza y perfiles epidemiológicos en los que conviven enfermedades “innecesarias, evitables, reprobables e injustas” como: desnutrición, alcoholismo, accidentes, lesiones y enfermedades transmisibles, con enfermedades crónicas y degenerativas.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el lema *Salud para Todos en el año 2000* a través de la estrategia *Atención Primaria de Salud y Participación Comunitaria*. Esta política internacional tuvo gran resonancia entre los ministros de salud y, algunos meses después, en la Ciudad de Alma Ata, se celebró una de las conferencias internacionales más concurrida, entusiasta y esperanzadora alrededor de la estrategia Atención Primaria de Salud. En 1980, la OPS difundió el documento titulado *Salud para Todos en el año 2000: Estrategias* y, en 1982, distribuyó el *Plan de Acción de Salud para Todos en el año 2000*.³⁰

Los nuevos temas de inclusión fueron: corresponsabilidad y participación social, estudio de la medicina tradicional, sistemas de información y uniformidad en la gestión, prestación y administración de servicios, retroalimentación y vigilancia epidemiológica, entre otros. Además, se hizo evidente la crisis global del modelo médico dominante altamente individualista, tecnificado, elitista, biólogo, rehabilitador, curativo y costoso. Los nuevos programas prioritarios fueron: salud familiar, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud ambiental, formación de recursos humanos para la investiga-

³⁰ OPS/OMS. *Salud para todos en el año 2000*, Washington, D.C., diciembre 1980.

ción-acción y creación de modelos y sistemas de planificación y evaluación en salud.

La década 1980-1990 se proclamó como *Decenio internacional de agua potable y saneamiento ambiental*, pero también como *La Década Perdida*, toda vez que no se habían alcanzado a cubrir las metas propuestas en Alma Ata. Tal parecía que la creación de la OMS y el proyecto *Salud para Todos en el Año 2000*, iban a quedar como “utopías modernas” acerca de la atención a la salud, tal y como lo afirma Berlinguer G., (2003)³¹. En 1982, la comunidad internacional declaró a la salud como derecho fundamental de la persona y México incorporó este derecho al artículo 4° Constitucional en 1983, asimismo, aprobó la Ley General de Salud en 1984, instituyó el Sistema Nacional de Salud y se elaboró el primer Plan Nacional de Desarrollo como respuesta a la visión programática y estratégica que dominaba el ambiente internacional.

Como Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodríguez (1988-1994), estableció nuevas directrices institucionales, entre las que cabe destacar: promoción de la enseñanza de las humanidades, la ética y las ciencias sociales entre los estudiantes de medicina, fortalecimiento de la investigación en infectología clínica, la estadística en salud y el fomento a la salud colectiva. En esta nueva plataforma de ideas se definieron como valores de la sociedad que influyen en la salud, los siguientes: comprensión, tolerancia y justicia social en relación con equidad, cobertura universal, compromiso, participación y eficiencia en el desarrollo y logro de los programas de salud. Se reconoció que el desarrollo urbano-industrial había logrado importantes avances en el control de enfermedades transmi-

³¹ Berlinguer G., (2003) *Ética de la Salud*. Argentina; Lugar

bles, sin embargo, se iniciaba un difícil camino para comprender y afrontar la prevalencia, incidencia y magnitud de las enfermedades crónico-degenerativas, la emergencia de enfermedades nuevas como el VIH/SIDA y la agudización de otros padecimientos asociados a la farmacodependencia y la violencia.

En la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, nuevamente se insistió en la promoción de la salud como la mejor estrategia para prevenir y revertir daños a la salud; ésta se definió como: acción concertada entre población, servicios de salud, autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de la salud individual y colectiva. *Crear ambientes, hábitos y estilos de vida saludables* a partir del *empoderamiento* del ciudadano para asumir la corresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad, era la nueva consigna.

En 1990 se realizó en Nueva York la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y se puso el acento en las condiciones de subsistencia de los niños y adolescentes. En México, se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos (1990) y en 1994, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (1994), como instancias de apoyo a la sociedad civil. En 1995 se estableció el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica que desde entonces se propuso constituir el Sistema Único de Información Epidemiológica. Pero al mismo tiempo, se impulsó la Reforma del Sector Salud 1995-2000 cuyos resultados se vieron reflejados en el “achicamiento” y segmentación de los servicios y la seguridad social.

La nueva estructura del Sistema Nacional de Salud anticipa una recomposición de la población con base en una nueva

forma de acceso diferencial a los servicios de salud. Así, la población queda conformada en tres grupos: a) el sector de la seguridad social, compuesto fundamentalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización, así como de algunos sectores de trabajadores de la economía informal que puedan pagar el Seguro de Familia; b) la población pobre no asegurada que, en el mejor de los casos tendrá acceso a los servicios brindados por las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) a partir del Seguro Popular de Salud; c) el grupo que accederá a servicios privados de acuerdo a su capacidad de pago, compuesto por los grupos de mayor cotización a la seguridad social en el esquema anterior, sectores de la economía informal y la población de clase media no asegurada pero con capacidad de pago.³²

La década 1990-2000, fue considerada como la segunda *década perdida* en materia de salud colectiva y mejoramiento en las condiciones de vida de la población latinoamericana. Durante el régimen del Presidente Vicente Fox, se conoció el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 subtitulado *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Cabe mencionar que al menos 29 de los 43 programas establecidos en el PNS, correspondieron a políticas tradicionales de *Atención Primaria de salud*. El titular en turno de la Secretaría de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, consideró que la misión del PNS debería ser:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sostenible mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a los servicios integrales

³² Tamez G. Silvia y Valle Arcos Rosa Irene. "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud", <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones>.

y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrezcan oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.³³

El 10 de octubre del 2000 se estableció en el *Diario Oficial de la Federación* la obligación de crear, con carácter permanente, la Comisión Nacional de Bioética y la Comisión Nacional del Genoma Humano, con el propósito de reflexionar acerca de: investigación, biotecnología, formación de especialistas, difusión de conocimientos y atención médica relacionada con la genética. En 2003 se reformó nuevamente la Ley General de Salud y se instituyó el Sistema de Protección Social en Salud para atender a la población no derechohabiente a través del Seguro Popular. Éste fue definido como: "...mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación".³⁴

Es un hecho que ha ocurrido el desmantelamiento de la infraestructura de salud y de los servicios de asistencia social, particularmente, desde el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) que proclamó al neoliberalismo como directriz de su política de Estado.

³³ SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001.

³⁴ Luna A. José Luis. "Sistema de Protección Social en Salud". <http://www.salud.gob.mx/dirgrss>

Este anuncio implicó replegamiento del Estado para impulsar políticas sociales y el reforzamiento de su carácter administrativo para garantizar la libre oferta y demanda de bienes y servicios, incluidos aquellos que se relacionan con la atención médica. Por otra parte, la creciente globalización de la economía y las crisis financieras mundiales ejercieron gran presión sobre las economías dependientes y contribuyeron a acrecentar la pobreza y la desigualdad social.³⁵

En 2007 se dio a conocer la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud y poco después se difundió el Programa Nacional de Salud 2007-2012, subtítulo, *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. En sendos documentos se reconoció que la transición epidemiológica está marcando una mayor distribución porcentual de enfermedades no infecciosas como primeras causas de morbilidad, no obstante, las estrategias que define el PNS, nuevamente, se encaminan a insistir en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y protección contra riesgos sanitarios, ante la evidente propagación de enfermedades transmisibles entre los pobres, pero también porque, las enfermedades no transmisibles podrían modificar su prevalencia e incidencia a través de la participación social y políticas

³⁵ Ver: “La adversidad económica y su asociación con la mortalidad de menores de un año en México”. Revista Panamericana de Salud Pública vol.16 no.3 Washington Sept. 2004. <http://www.scielosp.org/scielo.php>. También: Claudio Stern, Rosa María Núñez, et al. “Cambio en las condiciones de sobrevivencia infantil en México y estrategias para el futuro” Salud Pública Méx 1990; Vol. 32(5):532-542. <http://www.scielosp.org/scielo.php>; Frank R. “Los años de la crisis...” Soc Sci Med. 2004;59(4):825–835.)

públicas para evitar, o en su caso, afrontar, el tratamiento o curación de las mismas.

Las crisis económicas de México de 1995 y de 2009, han sido las más profundas de nuestra historia moderna y han dejado al país en una situación estructuralmente muy comprometida. En lo que respecta al sector salud, la OMS ha ratificado que una de las principales deficiencias de nuestro Sistema Nacional de Salud tiene que ver con la insuficiencia de recursos y la inequidad³⁶. Por su parte, FUNSALUD³⁷ considera como los principales logros de este sistema, los siguientes:

- Campañas de vacunación
- Rehidratación oral
- Combate a las enfermedades transmitidas por vector
- Lucha contra el VIH/SIDA.
- Encuestas nacionales de salud
- Ampliación de cobertura
- Mejoría en capacidad de respuesta

Cierto es que la disminución en la mortalidad general, el aumento en la esperanza de vida y la reducción de la natalidad han repercutido en el envejecimiento de la población y en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas; también es cierto, que el 50% de la mortalidad ocurre ahora entre la población mayor de 65 años y que el 85% de las causas de esas muertes se asocian a enfermedades no transmisibles y a lesiones y accidentes, pero el panorama es complejísimo si asu-

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.

³⁷ *La Salud en México: 2006/2012. Visión de FUNSALUD.* <http://www.funsalud.org.mx/>

mimos, también, la existencia de problemas de salud emergentes como el VIH/SIDA (a finales de la década 1970) o la influenza AH1N1 (reconocida en abril de 2009) y la presencia de enfermedades reemergentes como cólera o tuberculosis.³⁸

Estas condiciones representan el gran desafío a la política de salud actual y es probable que volvamos a equivocarnos el rumbo como país si la atención sigue centrada en soluciones parciales y sectoriales. A 30 años de Alma Ata, es posible observar la dificultad que ha existido para asumir que la salud-enfermedad es un proceso histórico, sociocultural, económico, político y ético, determinado, en primera instancia, por el modelo de desarrollo económico nacional, pero influido también por el contexto de la globalización; proceso, que no sólo tiene causalidades o manifestaciones clínicas, sino que a ellas subyace, el entramado social y sus repercusiones directas sobre el individuo-comunidad-sociedad-mundo.

Los problemas del Siglo XXI, tienen que estudiarse y afrontarse en un nivel de comprensión y complejidad mayor. La propuesta de análisis que ofrece la bioética desde el paradigma de la complejidad es, por hoy, la opción que mejor reconoce el esfuerzo de la medicina humanista, que una población como la de nuestro país, merece.

La ciencia y la técnica del Siglo XX resultaron insuficientes para responder por la salud de las mayorías. Hizo y hace falta, introducir el análisis de lo cultural y lo bioético para enriquecer las mejores tradiciones pedagógicas, epistémicas y empíricas de la formación profesional en ciencias de la salud. No es posible que México siga destinando más del 70% del gasto en salud en

³⁸ De la Fuente Juan Ramón, "La salud en un México en transición", en Salud Pública de México vol.46, no.2, marzo-abril de 2004.

atención curativa y sólo el 7% en atención preventiva (Fundación ISALUD)³⁹. Asimismo, la educación en salud deberá fortalecer la investigación en todas sus áreas y tendrá que ratificar la responsabilidad social y el compromiso ético que desea establecer con la sociedad.

³⁹ <http://www.isalud.org>

➤ Complejidad y bioética en ciencias de la salud⁴⁰

Durante el siglo XX se han configurado diferentes paradigmas del conocimiento en el campo de las Ciencias de la Salud. En este documento nos interesa abordar los dos marcos conceptuales de mayor impacto para la enseñanza de las ciencias de la salud: el *Informe Flexner* (“La educación médica en Estados Unidos y Canadá”) publicado en 1910, y la teoría histórico social desarrollada en América Latina particularmente en la década de 1970, a la luz de dos proposiciones que en la actualidad son objeto de debates importantes: complejidad y ética.

Del primer paradigma construido por el informe Flexner⁴¹, parten las teorías de la medicina científica y de las ciencias de la salud, en las que es relevante el problema de la enfermedad como el problema (el mal) a eliminar y curar, considerando esta práctica como elemento básico del quehacer profesional. En esta lógica se encuentran situadas la mayor parte de las escuelas, facultades y departamentos de enseñanza superior en ciencias de la salud en el mundo. A partir de teorías de las ciencias básicas se estructura un plan de estudios que considera primordial el conocimiento micro y macro del átomo, órgano y organismo del individuo desde la microbiología; sea para eliminar el mal, curar o mantener el cuidado de la salud in-

⁴⁰ Este documento se presenta en la versión original escrita por Alfredo Gómez Castellanos e Imelda Ana Rodríguez Ortiz en octubre de 2009 y forma parte de los trabajos de la Comisión de Bioética de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Z.

⁴¹ Lorenzano C. La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En Rodríguez MI. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. OPS-OMS. 1994, Washington.

dividual, valores que son apoyados por el método científico en ciencias de la salud, sustentado en las ciencias naturales y el uso de las tecnologías apropiadas. De acuerdo a De Lambourne (1972) se enfrenta la problemática de salud desde un punto de vista estrictamente biólogo (ver figura 1).

Este paradigma de la biomedicina se identifica con el paradigma positivista de las ciencias naturales que hace énfasis en estudios del campo biológico, basados en la objetividad y el racionalismo que predomina en este campo. Y como señala Moreno-Altamirano⁴²: “Esta manera de abordar los problemas médicos estuvo acompañada de grandes éxitos en el área terapéutica y abrió camino a la investigación de numerosas medidas de control y de fármacos que hicieron posible el tratamiento individual del enfermo. Sin embargo, ayudó poco a descifrar enteramente las causas de la enfermedad, ya que no explica por qué un agente patógeno no produce siempre enfermedad, ni el papel que desempeñan otros factores en la aparición o el curso de una determinada condición morbosa” (p. 66). Hoy, el análisis de los factores psicosomáticos y sociales tiende a reestructurar al objeto de conocimiento y repercute en los paradigmas en esta área.

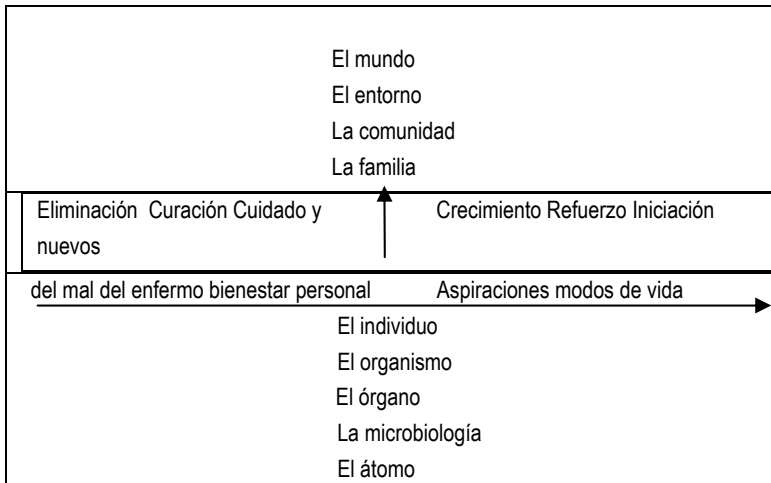
Según Capra⁴³, el desarrollo de la biología transcurrió conjuntamente con el de las ciencias de la salud, con mayor énfasis en la medicina, de allí que al establecerse la concepción

⁴² Moreno-Altamirano L., “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”, Salud Pública de México, V.49 No.1, ene-feb 2007, México.

⁴³ Capra F. *O ponto de mutação: A ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. 25ª Ed.* São Paulo; Editora Cultrix, 2004.

mecanicista de la vida en el campo biológico, la perspectiva del personal médico se vio dominada por la consideración del cuerpo humano como una máquina, en la cual, la enfermedad es vista como un mal funcionamiento de los mecanismos biológicos en tanto que el papel del médico es “reparar” dicha máquina. En este sentido los elementos del principalismo de Beauchamps y Childress (1979) se adaptan al concepto de cura y clínica, como factores éticos individuales a ser ejercidos en el quehacer médico.

Fig. 1. Paradigmas en ciencias de la salud
Dirección de valores en ciencias de la salud



Fuente: De Lambourne en Fourez G. *La construcción del, conocimiento científico. Filosofía y ética de la ciencia*. Madrid: Narcea, 1994

Posteriormente, la enfermedad fue considerada como producto de las interacciones entre agente, huésped y ambiente dentro de una perspectiva multicausalista. Conocida esta teoría como ecologista, tampoco resultó suficiente para comprender, a cabalidad, ni los factores de riesgo ni los determinantes de las condiciones de salud-enfermedad de los individuos y las colectividades. Renovando las ideas de Claude Bernard (1813-1878) acerca de la importancia de las condiciones de vida y su relación con la salud-enfermedad, se enriqueció el concepto de homeostasis para referirse a las características objetivas y subjetivas del individuo y su influencia para enfermar y afrontar la enfermedad. En esta perspectiva se dieron los primeros pasos firmes para fundamentar los principios de la medicina preventiva y la epidemiología. Asimismo, se consolidaron las prácticas clínicas curativas o de rehabilitación dirigidas a individuos particulares.

Al mismo tiempo, se renovaron ideas sobresalientes de J. Peter Frank y R. Virchow que durante la consolidación de la modernidad del Siglo XIX, habían llamado la atención acerca de la relación entre estructura sociopolítica, condiciones de trabajo y condiciones de vida, como elementos precursores etiológicos de enfermedad y muerte entre grandes sectores de la población. El campo de la salud pública iniciaba su aparición formal en la enseñanza de la medicina y el análisis de los factores sociales como determinantes de salud-enfermedad, definió la responsabilidad del Estado para legislar en materia de salud.

Intentos más sólidos para abordar con mayor profundidad el problema de la causalidad de la enfermedad, trajo para la década de 1960 nuevos modos de pensar. El modelo histórico social y el paradigma ecológico iniciaron planteamientos cada

vez más integrativos acerca del proceso salud-enfermedad. Apoyándose en la teoría de sistemas (el paradigma ecológico) y en los modelos interpretativos (funcionalistas, económicos e historicistas) de las ciencias sociales, se alcanzaron niveles, cada vez más complejos, de exposición y comprensión de los problemas sociales.

El paradigma histórico social tuvo su mayor auge a partir de los años 1970 en el ámbito latinoamericano, estableciendo como objeto de estudio-trabajo al proceso salud-enfermedad y definiendo su respuesta científico-técnica-social-ética a través de una articulación de la producción del talento humano, la producción de servicios y de conocimientos, constituidos por diferentes categorías. (Ver cuadros 1, 2 y 3).

Es en este contexto donde la bioética se ha desarrollado de manera crítica. Ha trasladado la clásica visión individualista hacia un enfoque social y humanístico, y podría ser comprendida como una exigencia moral⁴⁴, como un principio que se inscribe desde el deber individual-colectivo, y como una forma de comprender que la ética proviene también de una fuente externa expresada a través de la cultura, las creencias y las normas de una comunidad-sociedad. En síntesis, como una relación del todo con las partes y de las partes con el todo (hologramática) que se relaciona con una fuente originaria de la organización viva, transmitida genéticamente por la especie humana.

Así: “en el centro de la articulación discursiva del concepto de bioética, se encuentra un extenso conjunto de problemas políticos, científicos, antropológicos, ideológicos y jurídicos

⁴⁴ Morin Edgar. *O método 6: Ética*. Porto Alegre:Sulina, 2005.

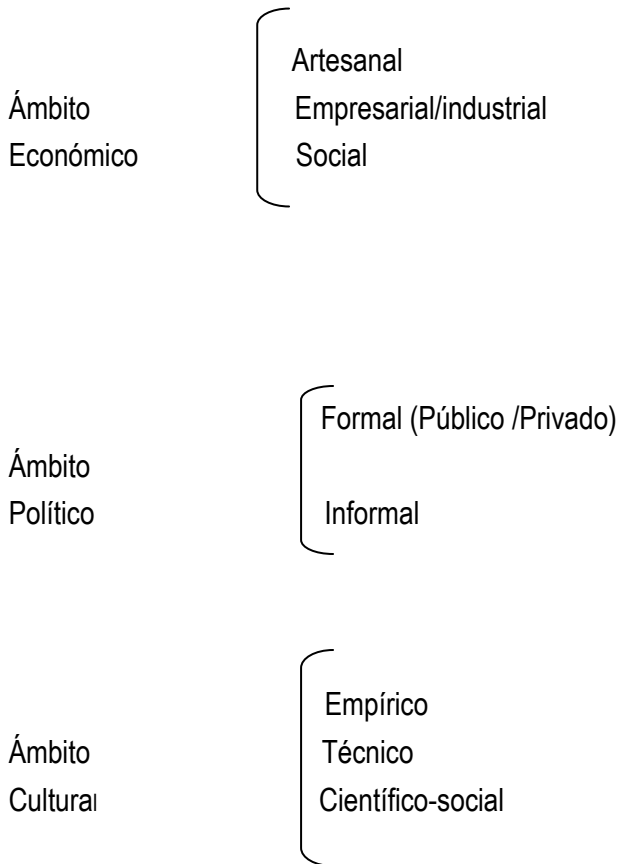
vinculados no sólo al saber y la práctica médica, sino sobre todo, a problemas emergentes derivados de una seria reflexión sobre el valor de la vida colectiva en sentido solidario.”⁴⁵

Cuadro 1. Práctica profesional: formación de talento humano

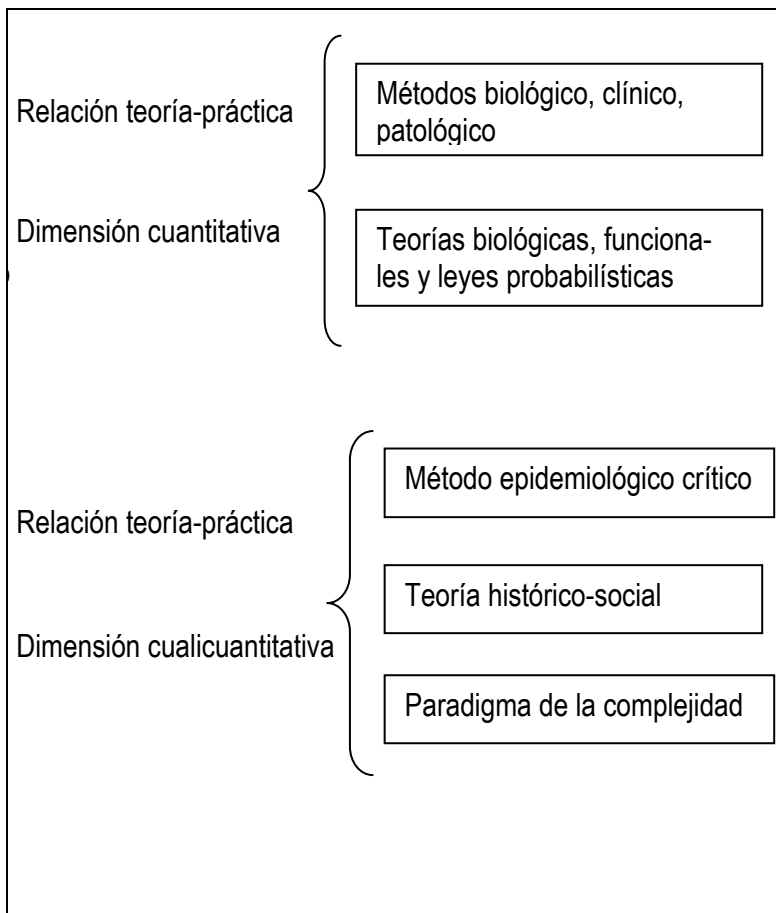
Enfoques	Características
FLEXNERIANO	Disciplinaria: teorías biológicas básicas y presupuestas Objeto de estudio: la enfermedad Quehacer: individual, curativo, costoso, elitista Pedagogía: individual Diseño curricular: disciplinas desintegradas Planeación: normativa
ECOLÓGICO	Disciplinaria: áreas Ciencias biológicas y Ciencias sociales Objeto de estudio: la salud Quehacer: preventivo, individual, costoso, elitista Pedagogía: individual-grupal Diseño curricular: áreas desintegradas Planeación: pedagógica-Normativa
LATINO AMERICANO	Multi e Interdisciplinaria Objeto de estudio: proceso salud-enfermedad Práctica profesional: formación del talento humano Producción de servicios y conocimientos para prevención integral / profunda Diseño curricular: Integración del conocimiento en sistema de enseñanza modular Pedagogía: grupal / teoría-práctica Planeación: estratégica

⁴⁵ Rodríguez Ortiz I. A., Bioética y Salud. Mimeo. 2009.

Cuadro 2. Práctica profesional: producción de servicios



Cuadro 3. Práctica profesional: producción de conocimientos



En este contexto y desde la metódica de la complejidad, las tres fuentes de la ética (individuo-sociedad-cultura) se encuentran en el interior del individuo, en su calidad de sujeto. Lo cual, según

Morin⁴⁶, es válido para todo ser viviente. La calidad de sujeto está constituida por la noción de egocentrismo, como un ser auto-afirmado en el centro del mundo en un principio de exclusión, conteniendo al mismo tiempo de manera antagónica y complementaria una noción de inclusión con el otro, convirtiéndose el yo en un nosotros (familia, patria, partido) que le permite insertarse en su comunidad. De manera dialógica el sujeto asocia el egoísmo y el altruismo y la idea básica es dirigir el egoísmo y desplegar el altruismo⁴⁷.

En este sentido, la ética del ser humano debe ser considerada como una cadena dialógica de los términos individuo-sociedad-especie, como una interacción de la cual surge la conciencia y el espíritu humano; consideración que denota la complejidad de la ética desarrollada por el ser humano. Así, se prevé la necesidad de perfilar la ética de la comunidad, de la solidaridad, de la comprensión y del género humano.

La ética de la comunidad se relaciona con la auto-ética, a la cual precede y llega a trascenderla cuando se solidariza con el interés común, solidaridad que sólo puede alcanzarse a través del lenguaje. Solidaridad que está presente desde las sociedades arcaicas hasta las sociedades históricas, en donde los términos sociedad y comunidad se encuentran en interacción permanente, entre el conflicto y el sentimiento de pertenencia y consenso. En esta complejidad social surge la democracia que instituye derechos y libertades para todos, el respeto a la

⁴⁶ Morin Edgar. *O método 6: Ética*. Op. Cit.

⁴⁷ Morin Edgar. *Os Sete Saberes necessários à educação do Futuro*. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO. 2002.

pluralidad de ideas y opiniones, el control de los auto-controladores por los auto-controlados, como una virtud ética de la política.

En la dimensión política se cierne la ética de la solidaridad, sobre todo, cuando el egocentrismo individual y las relaciones de interés-ganancia agudizan y desintegran las formas de solidaridad-responsabilidad, ocasionando la pérdida de la auto-ética. Esto se presenta con mayor énfasis en sociedades complejas, donde se destruyen los límites, se diluyen los lazos sociales; ante lo cual, se debe reintegrar la cohesión no sólo por la justicia, sino también por la responsabilidad-solidaridad-conciencia de los conciudadanos.

La gran batalla en la democracia cognitiva, que se presenta en el paradigma histórico-social o latinoamericano, es encontrar los caminos que nos conduzcan a evitar las disciplinas cerradas de la ciencia, la hiperespecialización y la tiranía de la tecnociencia, evitando enseñar a conocer el mundo “a través de ideas claras y distintas” (Morin, 2005), de reducir lo complejo a lo simple y de evitar el desarrollo de una inteligencia plural y general. En suma, la obsesión de eliminar todo lo que provoque desorden o contradicción en nuestro intelecto.

De cierto la idea de ciencias de la salud rompe con esta forma de pensamiento reductor y disyuntivo, puesto que el desafío de la complejidad en este campo, permite captar ligaduras, interacciones, implicaciones mutuas, fenómenos multidimensionales, las relaciones solidarias y conflictivas, o sea, como dijo Pascal: “Todas las cosas siendo causadas y causantes, provocadas y provocadoras, mediatas e inmediatas, y todo interrelacionados por un vínculo natural e insensible que liga a las más distantes y más diferentes, considero imposible

conocer las partes sin conocer el todo, así como conocer el todo sin conocer particularmente las partes.”⁴⁸

“Los fundamentos de la bioética se deberán revisar y sustentar en un nuevo contrato de relación cultural, partirán de la libre disposición de las personas y de la necesidad de una conciencia colectiva acerca del contenido ético subyacente a cualquier toma de decisión sobre la vida que la altere y afecte. Entonces, la primera consideración de importancia es: cualquier acto del hombre frente a la vida debe contar con el respaldo moral de su sociedad y su cultura.”⁴⁹ El hombre puede considerarse objeto de observación y objeto de explicación porque es el cuerpo-objeto, pero también es el cuerpo vivido, el cuerpo propio, el cuerpo que habla con otros cuerpos, que interactúa, vive y padece entre los otros cuerpos, su sociedad y la naturaleza. Entender al cuerpo, dice P. Ricoeur: “como parte del mundo y desde donde aprehendo el mundo para orientarme y vivir en él” (p.22).⁵⁰

Es en esta ecología de saberes, en el ámbito de las ciencias de la salud y la práctica médica, “donde pueden apreciarse modelos inéditos como derivación del trinomio *neoliberalismo/posmodernidad/globalización* que somete costumbres e impone nuevas pautas de consumo. La tradición local médica de los pueblos colonizados, que durante cientos de años fue despreciada por propios y extraños, es actualmente motivo de estudio como alternativa de atención a la salud. Lo étnico adquiere en este principio del tercer milenio una atención magnificada por los países de economías industrializadas.

⁴⁸ Morin E. *O método 6: Ética*. Op. Cit.

⁴⁹ Rodríguez A. *Bioética y Salud*. Mimeo. 2009.

⁵⁰ Ricoeur Paul y Jean-Pierre Changeux. *Lo que nos hace pensar. La naturaleza y la regla*. Península, Barcelona, 1999.

La etnomedicina resulta hoy disciplina digna de estudio junto con las llamadas ciencias duras. Las universidades europeas y norteamericanas implantan cátedras de etnobotánica, etnofarmacología y otras innovaciones académicas que promueven el estudio de los mecanismos por los cuales sobrevive la medicina indígena.”⁵¹

Asimismo, señala Alfredo Alcántar, “la herencia del siglo XX ha sido la obsesión de controlar la naturaleza y la sociedad por medio de la ciencia y de su brazo práctico: la tecnología. Pero el método de análisis objetivo de las realidades humanas no es suficiente para abarcar y comprender la complejidad del ser humano. Es necesario estudiar los nuevos métodos de asomarse a la integral realidad del hombre con una amplia perspectiva que ensanche la mirada a los confines extensos y extensibles de la complejidad del pensamiento nuevo. Ese es un compromiso que la conciencia del siglo XXI arroja a la mirada de los universitarios no sujetos a los intereses de la fragmentación y la parcialidad”.⁵²

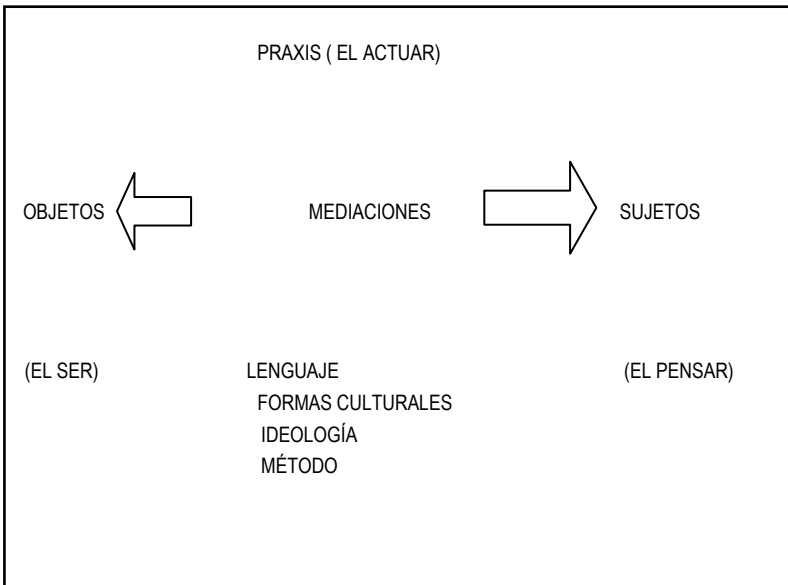
En resumen, la formulación de una bioética de la complejidad en ciencias de la salud, debe pasar por la discusión profunda del campo de la complejidad (tejer junto, abrazar, comprender) retomando los siete saberes necesarios a la educación del futuro basado sobre todo en la ética del género humano e identificar los elementos claves de la triada individuo-especie-sociedad, en los componentes básicos del objeto de estudio de las ciencias de la salud –proceso salud-enfermedad-

⁵¹ Durand J. A. Notas breves sobre globalización, neoliberalismo y posmodernidad. Mimeo, 2009.

⁵² Alcántar A. La obsesión de simplificar. Mimeo, 2009.

y su respuesta científico-técnica-social ética a través de una práctica profesional alternativa, acorde a la realidad de nuestra sociedad mexicana y apegada a principios axiológicos⁵³.

Cuadro 4. Paradigma praxiológico o latinoamericano objeto/concepto/práctica de salud



Fuente: Breilh J. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

⁵³ Morin E. *Os Sete Saberes necessários à .edução do Futuro*. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO. 2002.

libres que se erigen reconociendo sus necesidades y cualidades morales y la obligación de procurarse el mayor bien entre sí.

En diversos ambientes académicos se plantea la necesidad de concebir un nuevo humanismo en el que ciencia, ética y política sirvan a la comprensión del orden y preservación de la vida *planetaria* y no sólo de la vida humana.

No debemos soslayar el sentido profundo del significado de *prójimo*, definido por la Real Academia de la Lengua Española: “hombre respecto de otro, considerados bajo el concepto de la solidaridad humana”, que se traduce como alteridad, fórmula que anula lo interior-exterior a favor de la existencia de hombres.

Dennis Gabor, *Premio Nobel de Física*, al recibir la condecoración en 1979 declaró: “nuestra civilización está basada sobre una extraordinariamente exitosa tecnología material y espiritualmente sobre absolutamente nada y eso debe cambiar”.

Morin (2002) en el libro auspiciado por la UNESCO: *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, llama a los educadores para construir la *antropoética* que guíe sus actividades escolares. El autor menciona que en la globalización, la tarea de educar sólo es posible desde el horizonte de la complejidad cultural, que entre otros alcances, tiene los siguientes:

➤ Las condiciones para conocer deben establecerse como proyecto educativo-institucional reconociendo las características bioantropológicas, socioculturales y noológicas que prevalecen en el ambiente educativo. Evitar que las ideas nos posean, cieguen y cancelen nuestra posibilidad de interrogarnos acerca del mundo, el hombre y el conocimiento en general.

➤ La educación debe permitir que profesores y alumnos analicen y comprendan su contexto sociocultural y político pero también lo global y lo multidimensional a partir de desarrollar una “inteligencia general” flexible y en red.

➤ La educación debe enseñar la condición humana procedente desde la condición cósmica, física, terrestre y humana, porque si bien somos individuales, también somos diversos, pero, sobre todo, siempre seremos humanos genéticamente iguales. Esta condición general (especie humana) debe ponderarse por encima de las diferencias socioculturales.

Opinión que ampliamente comparten Wallerstein y los miembros de la Comisión Gulbenkian en su libro *Abrir las Ciencias Sociales* (1999), a través del concepto *universalismo pluralista* cuando dicen: “... pedimos que se ponga el acento en lo complejo, lo temporal y lo inestable, que corresponde hoy a un movimiento transdisciplinario que adquiere cada vez mayor vigor en el mundo (...) implica el reconocimiento de que los principales problemas que enfrenta una sociedad compleja no se pueden resolver descomponiéndolos en pequeñas partes que parecen fáciles de manejar analíticamente, sino más bien abordando estos problemas, a los seres humanos y a la naturaleza, en toda su complejidad y en sus interrelaciones”. (p. 85-87).

➤ **Perspectiva Sociocultural**

La densidad de la población urbana que se quintuplicó entre 1940 y 2005 aumentó las dificultades para la creación de infraestructura y para la convivencia humana en las principales ciudades del país. El México eminentemente rural de la década 1940, tenía más de la mitad de la población analfabeta y el 40% de los habitantes del país eran menores de 15 años. Pero el México del Siglo XXI es mayoritariamente urbano, el 91.5% de la población sabe leer y escribir, tiene escolaridad promedio de 8.1 años cursados y 66 de cada 100 habitantes tiene edades entre los 15 y 65 años.⁵⁴ (Consultar gráfico número 9).

Mientras que los niños que nacieron en el año de 1940 tenían una esperanza de vida de 38.8 años, enfermaban o morían generalmente por enfermedades transmisibles e infecciosas y mayoritariamente trabajaban en labores agrícolas; los jóvenes del 2010 tienen una esperanza de vida superior a los 75 años, enferman con mayor frecuencia de enfermedades crónico degenerativas, la mortalidad por accidentes, homicidios o muertes violentas, ocupa los primeros lugares entre ellos, enfrentan serias dificultades para insertarse en el mercado laboral tradicional o para incorporarse a la educación superior; y además, constituyen el sector más importante de la población migrante ⁵⁵ hacia Estados Unidos de América y un sector vulnerable ante los desafíos que plantea la globalización. (Consultar gráfico número 8).

⁵⁴ INEGI, *México hoy 2009*. www.inegi.org.mx

⁵⁵ Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) consideran que aproximadamente 10 millones de mexicanos están residiendo en EU. Ver: CONAPO (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*. México.

La globalización entendida como sistema mundial caracterizado por la multiplicidad de vínculos, relaciones e interconexiones entre Estados, sociedades e individuos, que en términos espaciales y temporales implica la mayor extensión, fluidez y profundidad en alcances y repercusiones socio culturales jamás antes vistas, tiene efectos directos sobre economía, política y conocimiento de las sociedades y de los individuos. Hace énfasis en la actualización permanente de la vida sobre las formas de comunicar, informar, aprender, producir, vender o comprar servicios o mercancías diversas; impacta las formas de relación social y añade volumen a la transubjetividad mediante la producción o renovación constante de ideas, necesidades, códigos y signos.

La globalización se ha acompañado del desarrollo de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y de las habilidades cognitivas y creativas de los individuos que tienen la oportunidad de interactuar con estas tecnologías. México ha llegado tarde a este proceso y las brechas digitales constituyen un gran reto a vencer por parte de las instituciones educativas y los jóvenes. De acuerdo a cifras proporcionadas por INEGI, sólo el 22.1% de los hogares mexicanos tiene computadora y 12% tienen conexión a internet, cuando existen países como Corea, donde más del 92% de los hogares tienen computadora y acceso a internet desde su propio domicilio.⁵⁶

Es decir, los jóvenes mexicanos del Siglo XXI están teniendo que enfrentarse a cambios y consecuencias producidas entre premodernidad, modernidad, posmodernidad y globalización, tal vez, sin poder reflexionar y menos aún comprender, ni las condi-

⁵⁶ INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de la Información en los Hogares, 2007.

ciones socioeconómicas que precipitaron estos cambios, ni las formas de afrontarlos desde la situación de desventaja social en la que se encuentra la mayoría de ellos.^{57,58}

Como señala Zermeño: “Tenemos así un México modernizador, el *México transnacional*, llamémoslo así; junto a él, un *México moderno* en desmantelamiento; más abajo, en términos de niveles de ingreso y oportunidades de participación, se extiende enorme un México que hemos llamado el *México roto* (...) y tenemos en fin, nuestro *México profundo*...”⁵⁹, ese país conformado por campesinos e indígenas que conservan tradiciones centenarias y cuya subsistencia siempre se ha visto amenazada por la economía capitalista. A estas precisiones de Zermeño, se corresponde un México con historia e identidad colonial, políticamente subordinado a intereses mercantiles y extranjeros, con gobiernos ineficientes en los que se distingue la impunidad y corrupción, socio económicamente dependiente, pobre, desigual e inequitativo; aunque también, México es un país diverso en su integración, visión y prácticas culturales.

En algunas regiones de ese México transnacional, también florecen sociedades y formas de vida que se individualizan negando al otro y se corresponden con otras denominaciones de las actuales sociedades que peregrinan hacia la transmoderni-

⁵⁷ Lucio E., León I., et all. “Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico”, *Salud Mental*, Vol. 24, No. 5, octubre 2001.

⁵⁸ Rodríguez O. Imelda A., “Adolescencia: pedacito de obsidiana”, en *Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento*, No. 7, noviembre 2003-febrero 2004, FES Zaragoza y “Construcción social de la identidad adolescente”, en *Psicología y Ciencias Sociales*. FES Zaragoza, México 2008.

⁵⁹ Zermeño Sergio. *La sociedad derrotada. El desorden mexicano del fin de siglo*, IIS-UNAM/Siglo XXI editores, México, 2001.

dad⁶⁰: *Sociedad del Riesgo*⁶¹, *Sociedad Líquida*⁶², *Sociedad de la Información*⁶³ o *Sociedad del Conocimiento*⁶⁴. Sociedades especialmente conformadas por nuevas generaciones de jóvenes “tribales” cuya identidad societaria es flexible, nómada y coyuntural. Para muchos de estos jóvenes, la autoridad y contundencia del mundo físico está perdiendo densidad en el ámbito de su vida cotidiana pues ahora sus aspiraciones, actividades escolares y relaciones sociales tienden a ser mayoritariamente resueltas, frente a una computadora conectada al internet.

Sobre este mundo interconectado por redes de proveedores de servicios y usuarios con acceso a solicitar y recibir información abundante sobre casi cualquier asunto, dice el eco-

⁶⁰ Dussel Enrique. “Sistema mundo y transmodernidad”, en *Modernidades Coloniales*. Colegio de México, México, 2009, pp. 201-226.

⁶¹ Noción atribuida al sociólogo Ulrich Beck para referirse a los “peligros” que ha traído consigo la posmodernidad que, a diferencia de los que produjo la sociedad industrial moderna, que eran cuantificables, localizados y hasta previsible, los de la sociedad del riesgo son incuantificables, impredecibles y globales; entre ellos: pérdida de confianza en las instituciones, debilitamiento de la familia, individualismo exacerbado, estado de desesperanza e incertidumbre y ausencia de controles funcionales.

⁶² Noción atribuida a Zygmund Bauman para referirse a la exacerbación de atributos propios del capitalismo moderno en la fase global de la economía mundial, entre ellos: desregulación, informalidad, extrema flexibilidad, transitoriedad, volatilidad, fragilidad de los vínculos humanos, nomadismo y miedo intenso.

⁶³ Noción atribuida a Daniel Bell para referirse a la importancia de la innovación tecnológica y uso del conocimiento como base de la economía en aras de un mercado mundial abierto, competitivo y desregulado.

⁶⁴ Noción atribuida a Peter Drucker y reelaborada por la UNESCO para promover la reflexión y aplicación de conocimientos y saberes que permitan transformar las sociedades hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida.

nomista norteamericano Jeremy Rifkin⁶⁵, que la conformación de estas redes está desplazando la forma de operar de los mercados convencionales instalados en un sitio geográfico, a partir del cual, productores, comerciantes y consumidores mantenían una relación de compra-venta directa y física de productos-objetos. El tiempo, los intereses manifiestos, la creatividad y la información que cada persona le dedica a estas complejas redes es lo que realmente importa en este nuevo sistema económico global, que cifra sus mayores ganancias en el uso de estas redes que permiten el intercambio y representación de estas experiencias vitales (virtuales) a gran velocidad y hacia cualquier destino.

En este contexto, Constantin Noica, filósofo rumano (1909-1987), ha sumado a las enfermedades somáticas y psicológicas las enfermedades del espíritu, a las que también llama ónticas o constitutivas del ser. Dichas enfermedades pueden entenderse como estados de pesar o condiciones del ser humano que dan cuenta “del sentimiento de exilio en la tierra, la alienación, el tedio metafísico, el sentimiento del vacío y del absurdo, la hipertrofia del yo, el rechazo de todo, la protesta sin objeto”.⁶⁶

El filósofo Noica describe como enfermedades ónticas, aquellas que han minado la conciencia, la voluntad, la libertad humana y han sumido a los hombres en un universo reducido al absurdo; abrumador y laberíntico (universo *concentracionario*, le llamó Steinhardt). Enfermedades en las que se presentan estados *carenciales*, estados de *exceso* o de *indiferencia* frente a la individualidad y su anclaje con lo general. Sociedades que padecen la permanente insatisfacción y la ausencia de reflexión

⁶⁵ <http://www.acam.es/acam/imagenes/rifkin.pdf>

⁶⁶ La Jornada Semanal, *La Jornada*, no. 358, 13-I-2002, México, p.5

frente a sí mismo y lo social. Que extravían las medidas y las formas de medir actos y consecuencias en un mundo que ha desdibujado las fronteras entre lo público y lo privado.

El exceso de individualismo, sin ser sinónimo de conciencia de libertad, ha promovido que en la actualidad el hombre se haya desnutrido de sí mismo, a tal grado, que ha perdido identidad y morada (en el sentido ético). Consecuentemente, en el proceso de globalización, el sufrimiento se gesta eficazmente, porque no se tienen, porque se sobrecargan o porque se olvidan los compromisos *humanos* esenciales. Trastocado el sistema filosófico que dio vida al humanismo, cada día perdemos mayor solidez en la vida comunitaria.

Es decir, el nuevo negocio o comercio mundial ha desplazado a los objetos-cosa y ha introducido a la cultura y sus expresiones el objeto-virtual como el producto de mayor potencial socio económico. Producto al que fácilmente acceden los jóvenes en tanto productores, consumidores, gestores y difusores de cultura. Lipovetsky pregonaba: “Con el universo de los objetos, de la publicidad, de los *mass media*, la vida cotidiana y el individuo ya no tienen un peso propio, han sido incorporados al proceso de la moda y de la obsolescencia acelerada: la realización definitiva del individuo coincide con su desubstancialización, con la emergencia de individuos aislados y vacilantes, vacíos y reciclables ante la continua variación de los modelos.”⁶⁷

Existen opciones para todos los deseos, creación constante de deseos y deseo de poseer lo más nuevo y de inmediato, lo que garantiza la existencia sin esfuerzo: la tecnología del marcapasos, el placer virtual, el *ritalín* contra la impaciencia de

⁶⁷ Lipovetsky Gilles (1986). *La era del vacío*. México: Anagrama, p. 107.

los niños, *prozac* para sustituir la tristeza, *viagra* para asegurar un sexo más allá del límite personal, es decir, para desconocer el propio límite. El *chat* para buscar *amigos distantes* y conversar sin mostrarse, la nanotecnología para estar enchufado a dos destinos (el cyborg y el humano), la reproducción asistida para dejar vírgenes los úteros, negar o evitar al padre, o alejar la polinización entre personas o el uso de las drogas inteligentes para dejar de pensar. Y mientras un día se pone en el mercado la venta de lo nuevo, al otro día ya se produce lo más nuevo de lo nuevo en otra parte. Las tecnologías se desechan, se reemplazan o se agotan rápidamente y, con ello, las personas se mueven también de lugar, se reemplazan, se desechan, se agotan o se cambian.

Es en este intercambio de subjetividades que la identidad de los jóvenes configura su perfil y define sus anhelos. Claro está, que el entorno y acotamiento de las condiciones de vida determinarán, finalmente, la configuración o recreación del perfil y cumplimiento de esos anhelos. En este orden es que se permite pensar que los jóvenes necesitan canales de expresión y entornos sociales que les provean de educación, recursos, seguridad y confianza para su participación social.

Hace apenas cinco o seis décadas, la sociedad mexicana podía advertir dos mundos paralelos: el de la vida privada, doméstica e íntima, donde la familia tenía roles específicos entre padres e hijos, existían lugares y aspiraciones comunes, plazas, mercados, escuelas e iglesias que se consideraban como patrimonio familiar. Entre los miembros de la familia, frecuentemente numerosa, se tejían redes de apoyo social que incluían a los amigos y vecinos. Ahora la familia se desgrana en grupos domésticos plurales, diversos, temporales, que evalúan

sus relaciones anteponiendo lo individual a lo colectivo, lo racional a lo afectivo, lo inmediato a lo necesario o el riesgo a la protección. En México; han aumentado los hogares unipersonales, monoparentales y de parejas sin hijos (dinkies), al mismo tiempo, aumenta el porcentaje de mujeres solteras, divorciadas y separadas.

Cada vez es más notable la postergación del matrimonio, ya que las parejas se unían a los 18.8 años en promedio en 1970; 21.3 años en 1980, 23.1 años en 1997 y 26.7 en 2007. Asimismo, ha aumentado, significativamente, la separación o divorcio entre las parejas al pasar de una tasa del 3.0% en 1970; 6.0% en 1997 al 13.0% en 2007. El protagonismo de la mujer mexicana teniéndose que hacer cargo de la familia, es otro dato del cambio que experimenta el grupo doméstico, la sociedad y la cultura. Se estima que en 2010, al menos el 38% de la población económicamente activa está constituida por mujeres, cuando en 1940 sólo participaba el 7.4%.

Mientras que en 1970, las mujeres mexicanas dedicaban 25 años a la crianza de los hijos, actualmente, sólo dedican 10 años en promedio. Al menos uno de cada cuatro menores de 15 años vive en un hogar monoparental y uno de cada 4 menores de 6 años es cuidado por terceras personas. Asimismo, 50% de jóvenes entre los 15 y 19 años no asiste a la escuela y, aproximadamente, 39 millones de niños menores de 17 años viven en hogares pobres.

En el otro mundo, el de la vida pública, se privilegiaba el crecimiento de la población urbana, el desarrollo industrial, la educación nacionalista y el trabajo productivo. Era un mundo abierto, prometedor, estructurado, bien definido, relativamente seguro y estable. Éste, era un espacio social que articulaba a la

población y sus diferentes grupos mediante un proyecto político y económico que pretendía constituir y servir a una nación en *vías de progreso y desarrollo*. Era un México que tenía proyectos políticos, educativos, económicos y sociales para todos sus habitantes, y los jóvenes de entonces, representaban una auténtica esperanza para forjar el futuro del país.

Era un país con un sólido Estado y eficiente gobierno. Había un contrato social lleno de posibilidades y cualquier ciudadano podía pasar de un mundo a otro sin demasiados requisitos o contradicciones.

Hoy, esos prometedores entornos se han desdibujado y, en su lugar, ha quedado incertidumbre, desesperanza, vacío, pobreza que asciende a gran escala y afecta las condiciones de vida de grandes sectores de la población. Ingovernabilidad y problemas de autoridad o legitimidad del Estado y gobierno mexicano se manifiestan en el desequilibrio entre demandas sociales y capacidad de respuesta para satisfacerlas y desconfianza de los ciudadanos en el gobierno, que ha dejado de contribuir, efectivamente, al bienestar común y a otros propósitos deseables. Al México urbano le ha llegado la *hora de la identidad acumulativa, la demasiada gente*, que, como ha dicho el escritor Carlos Monsiváis, teme la participación y la acción política.

Veinte millones de jóvenes mexicanos que ahora tienen entre 15 y 24 años de edad son una población en riesgo permanente, porque muchos de ellos están sin familia, casa, escuela o trabajo, viven en coladeras, lotes baldíos, cañerías, puentes o parques. Jóvenes sobrevivientes a la desnutrición, al hacinamiento, promiscuidad, abandono, violencia, ignorancia, desencanto, soledad.

México, se encuentra entre los países con un índice de Desarrollo Humano medio equivalente a 0.829 y se ubica por debajo de países como Canadá, Estados Unidos de América, Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica. Nuestro gasto *per cápita* en salud es trece veces menor al de EU, y otro tanto, el gasto de salud que el gobierno destina para cada habitante.⁶⁸

Vandalismo, farmacodependencia, delincuencia organizada (narcotráfico, secuestro, fraude), accidentes de tránsito, diferentes manifestaciones de violencia (familiar, escolar, laboral, institucional) e inseguridad pública, se han tornado elementos cotidianos en la vida de los habitantes. El suicidio ahora está más presente que en años anteriores; en conjunto, la población entre los 15 y 34 años de edad contribuyó con el 54.3% de suicidios ocurridos en México en 2001; menores de 15 años con el 3.1% y los adultos mayores de 40 años con el 42.6% (entre ellos, el grupo de 60 y más años con 10.2% respecto de ese total).⁶⁹

La formación de cualquier profesionista no puede ni debe quedar al margen de la consideración de los datos referidos, menos aún, la formación de médicos que son profesionistas de primer contacto con la población y cuya labor debe responder a los principios de la educación universitaria pública y gratuita: atender a la población con visión ética, ejercer con autonomía, conocimiento y pericia; servir con responsabilidad social y asegurar el desarrollo de la bioética en cualquier ámbito de su competencia. Además, la globalización por un lado y, por otro, la desigualdad que impera en nuestro país, debe exigir de los pro-

⁶⁸ INEGI. *México en el mundo 2008*. www.inegi.org.mx

⁶⁹ CONAPO (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*. México.

fesionistas un trabajo de análisis sistemático para acercarnos al capital cultural del país con el propósito de cerrar brechas geográficas, comprender diferencias, compartir saberes y prácticas, redefinir la identidad nacional, revalorar la convivencia y comunicación humana, así como reconocer y potenciar los diferentes elementos del acervo cultural.

Para el caso de la formación en salud, las Instituciones de Educación Superior deberán tomar en cuenta el dilatado y ancestral patrón cultural que poseen los diferentes sectores de la población: amplio, profundo, complejo y diverso; transcultural y sincrético, con una larga y valiosa medicina tradicional, doméstica, popular y alternativa, que define, trata y resuelve enfermedades viejas y nuevas, ya por el canal de la nosología tradicional o mediante el argumento y eficacia radical, sesgada y monolítica de la medicina científica.

Los médicos del Siglo XXI tendrán que moverse en estos márgenes intangibles de reconocimiento cultural; ya la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define cultura como: “conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, creencias y tradiciones.”⁷⁰ Estamos obligados a reflexionar acerca del modo de ser de una sociedad y su identidad sociohistórica y cultural que se transforma muy lentamente, jamás a la par de los adelantos científicos y técnicos, menos

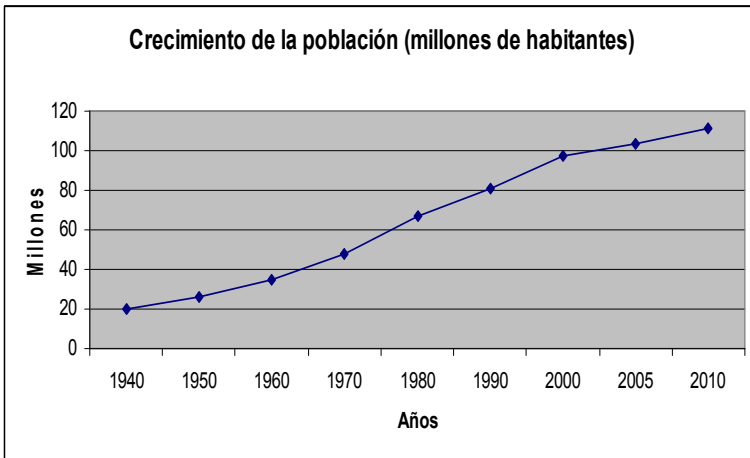
⁷⁰ UNESCO (2009). *Marco de Estadísticas Culturales de la UNESCO 2009*. p. 9

aún, cuando éstos ocurren a una velocidad superior a la que una sociedad requiere para socializar los impactos del uso de ideas y objetos nuevos.

ANEXO

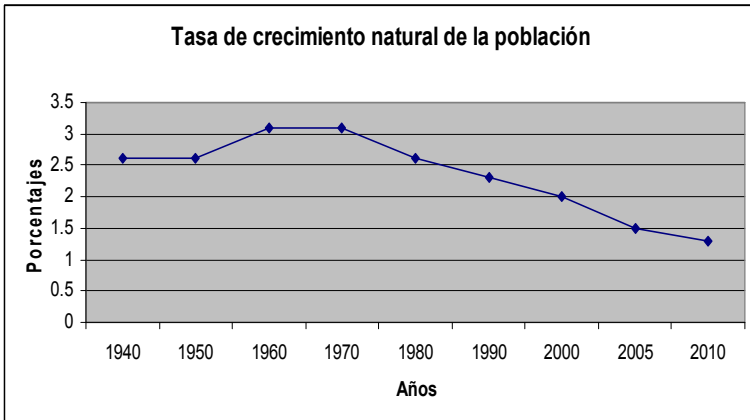
GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1



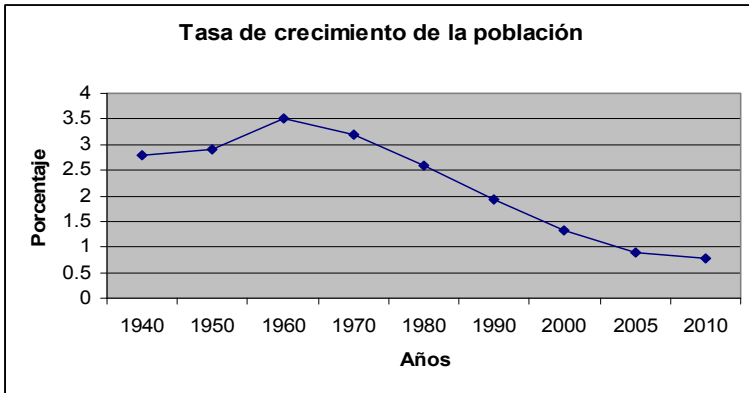
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010.
México, 2011.

Gráfico 2



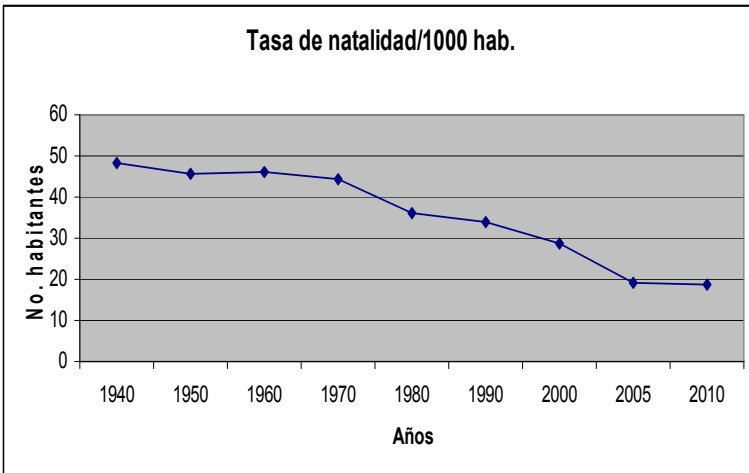
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010.
México, 2011.

Gráfico 3



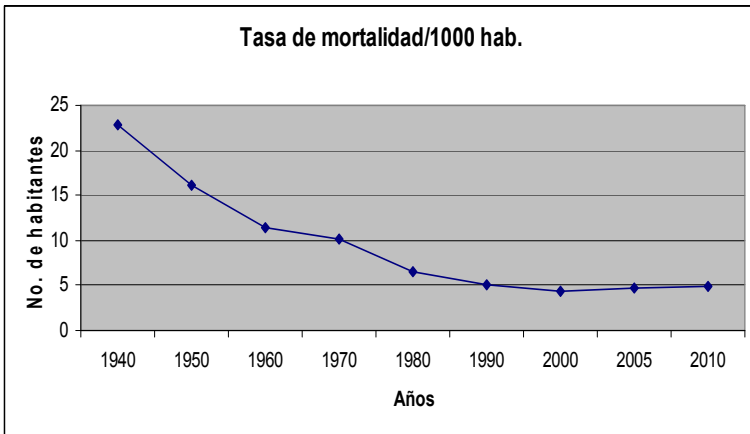
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010.
México, 2011.

Gráfico 4



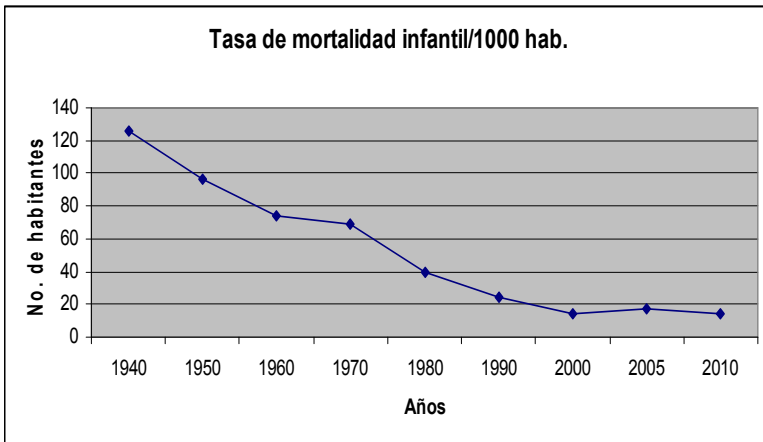
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010.
México, 2011.

Gráfico 5



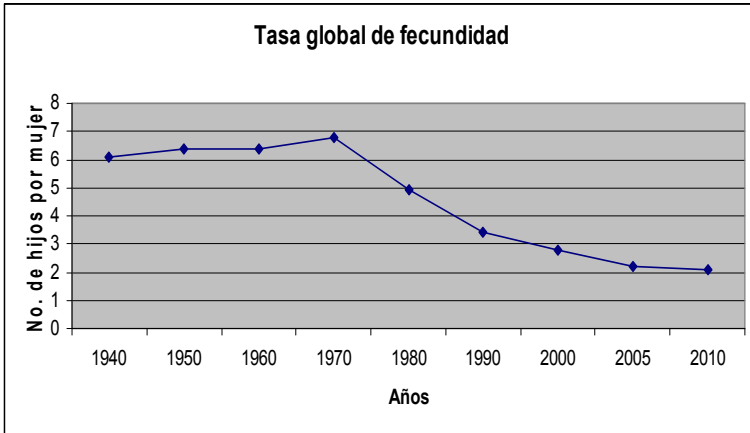
Fuente: INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

Gráfico 6



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

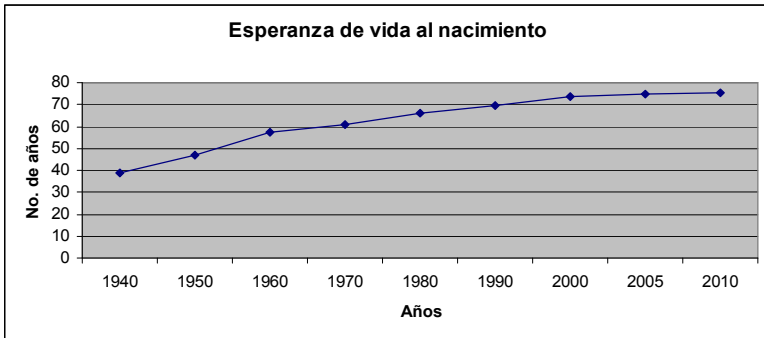
Gráfico 7



Fte. INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

Gráfico 8

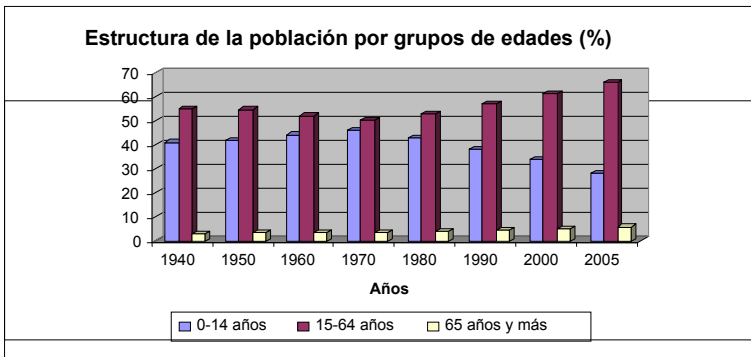


Fte. INEGI. *Estadísticas Históricas de México*, 2009

INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

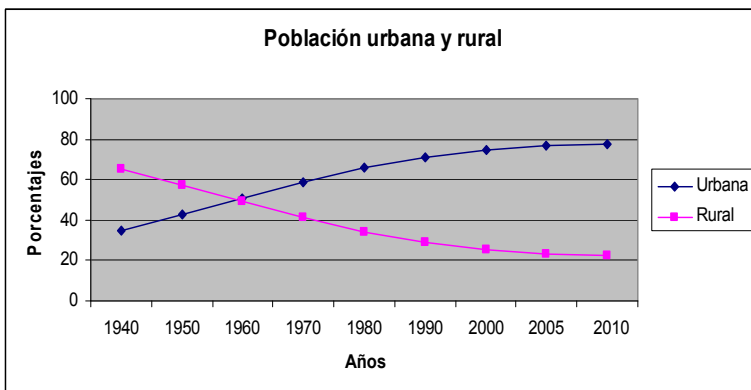
INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

Gráfico 9



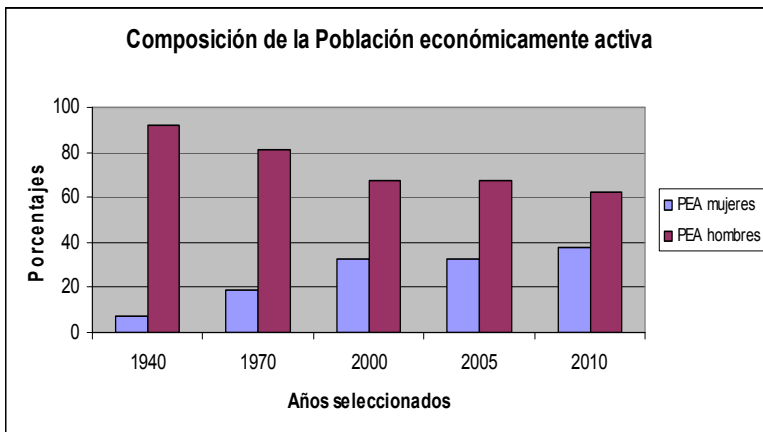
Fte. INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México*. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.

Gráfico 10



Fte. INEGI. *Estadísticas Históricas de México*, 2009
 INEGI. *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010.
 México, 2011.

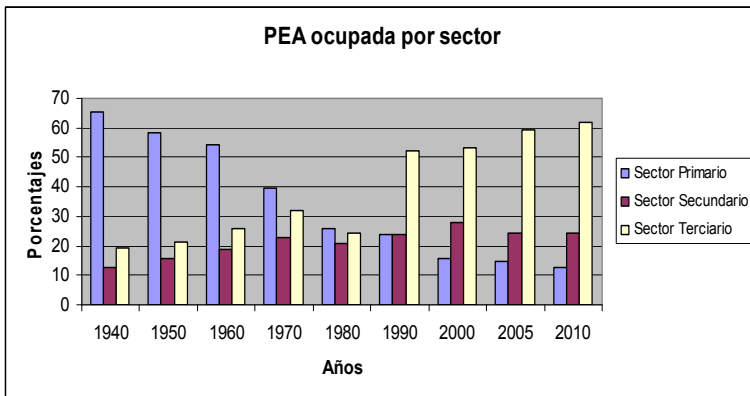
Gráfico 11



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

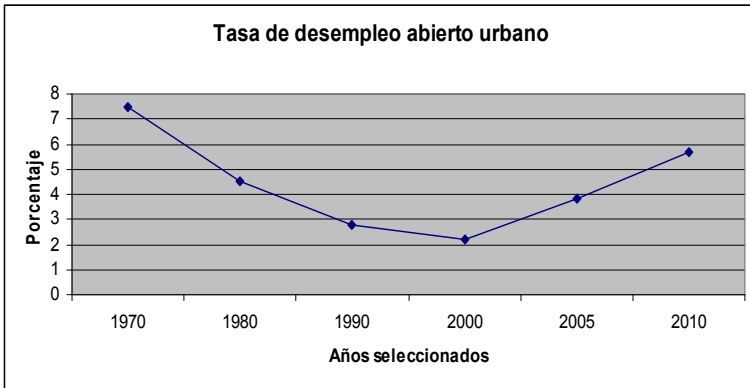
Gráfico 12



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida M del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

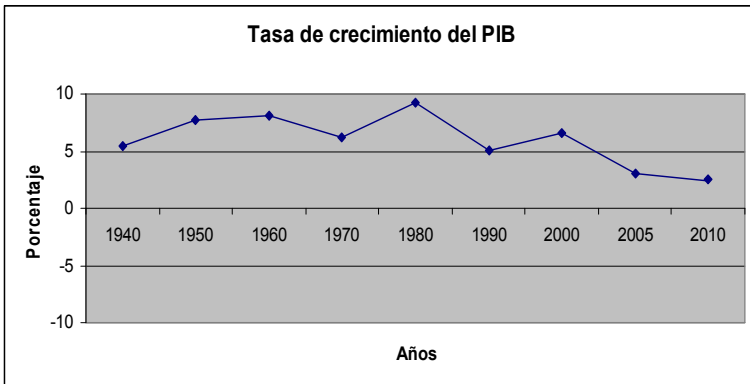
Gráfico 13



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

Gráfico 14

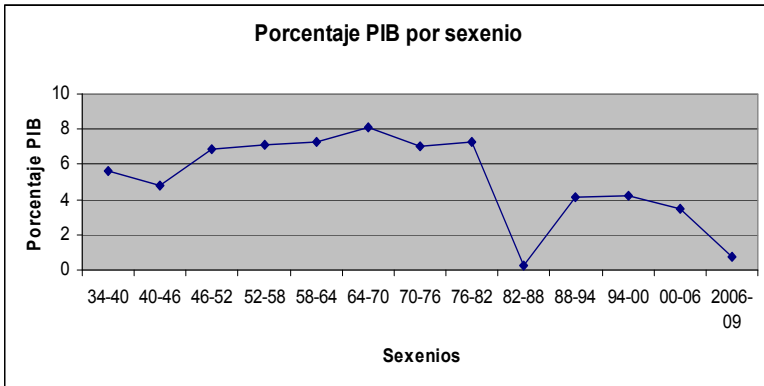


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

http://www.economia.com.mx/crecimientodel_pib_de_mexico.htm

Gráfico 15

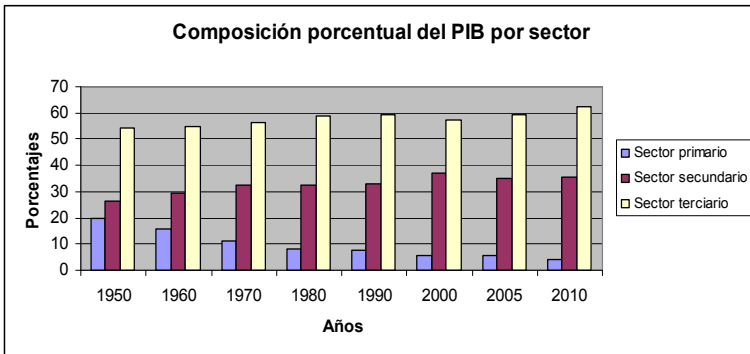


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

http://www.economia.com.mx/crecimientodel_pib_de_mexico.htm

Gráfico 16

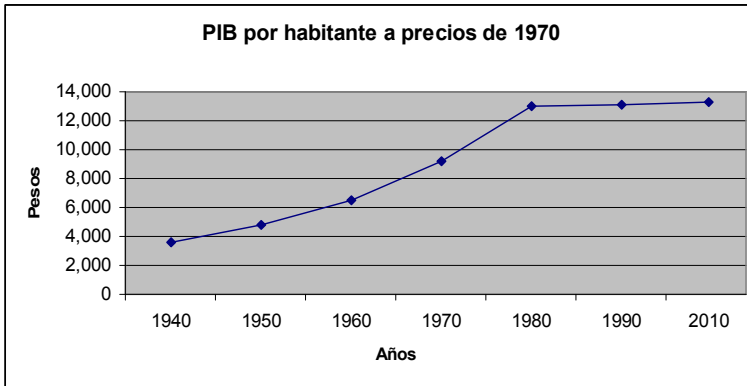


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM

http://www.economia.com.mx/crecimientodel_pib_de_mexico.htm

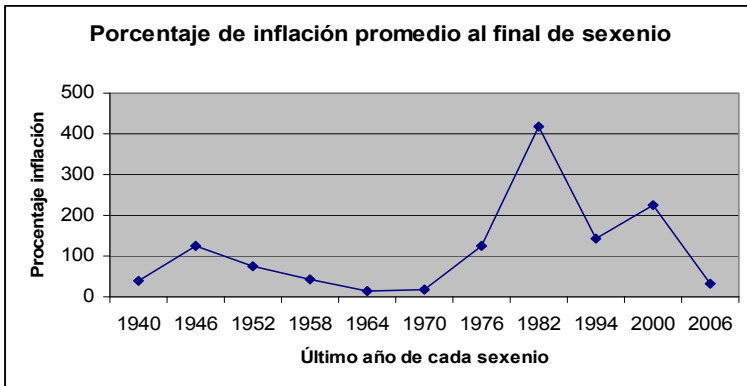
Gráfico 17



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*, IIS/UNAM
http://www.economia.com.mx/crecimientodel_pib_de_mexico.htm

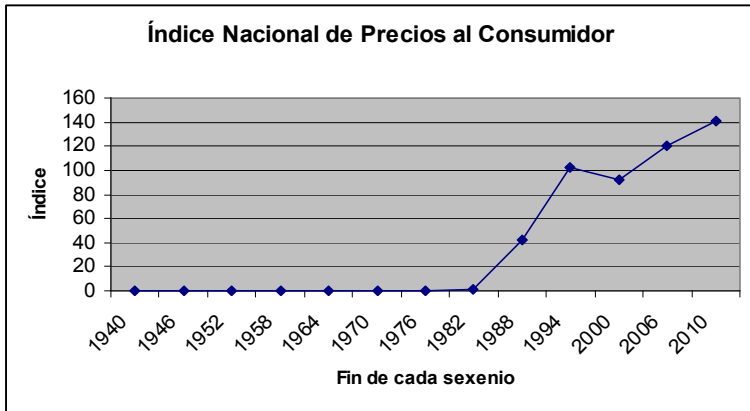
Gráfico 18



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

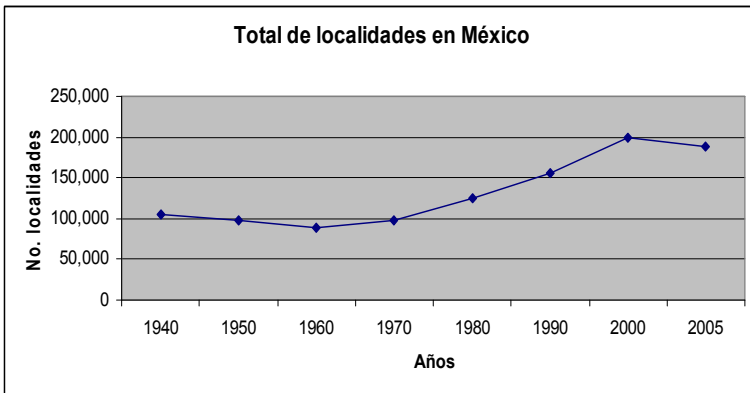
Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*. México, IIS/UNAM
http://www.economia.com.mx/crecimientodel_pib_de_mexico.htm

Gráfico 19



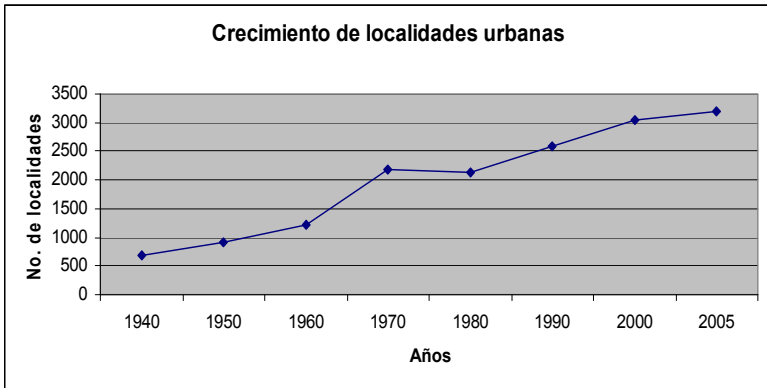
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
Labastida Martín del Campo J. (2009). *Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005)*, IIS/UNAM
http://www.economia.com.mx/crecimentodel_pib_de_mexico.htm

Gráfico 20



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009
INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

Gráfico 21

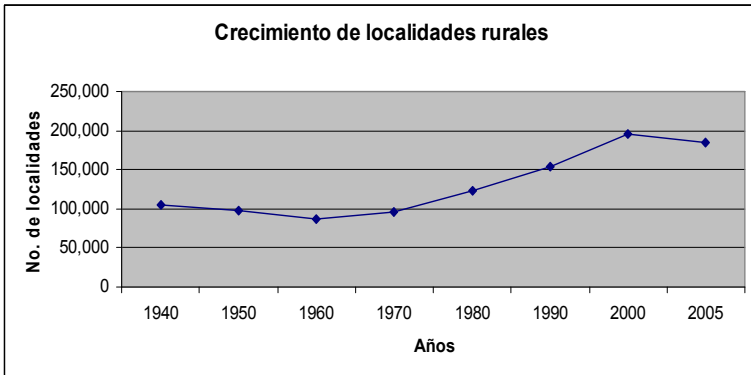


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.*

Gráfico 22

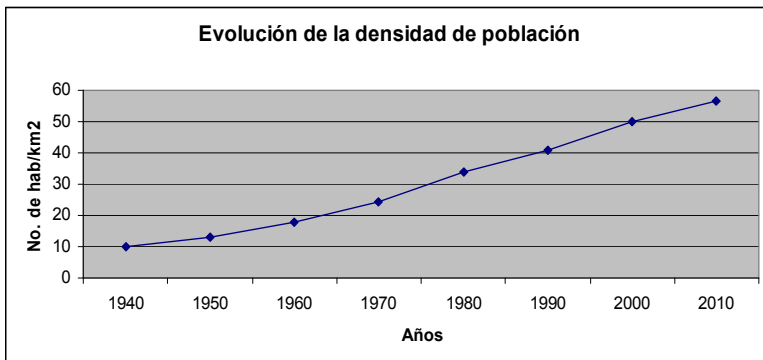


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.*

Gráfico 23



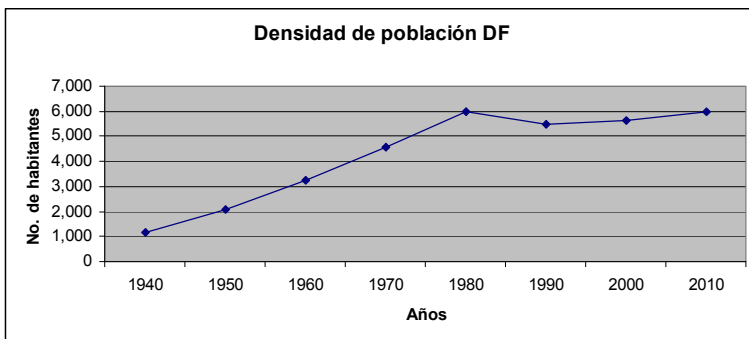
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

INEGI. *México hoy 2009*

Gráfico 24



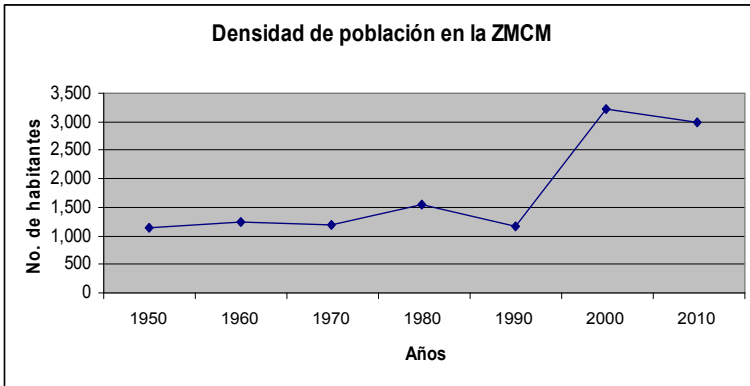
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

INEGI. *México hoy 2009*

Gráfico 25

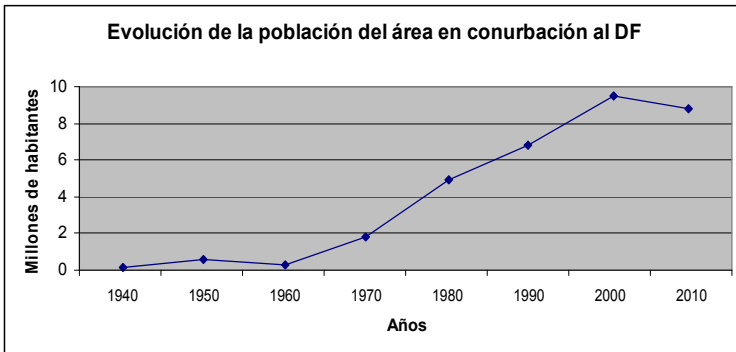


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

Gráfico 26



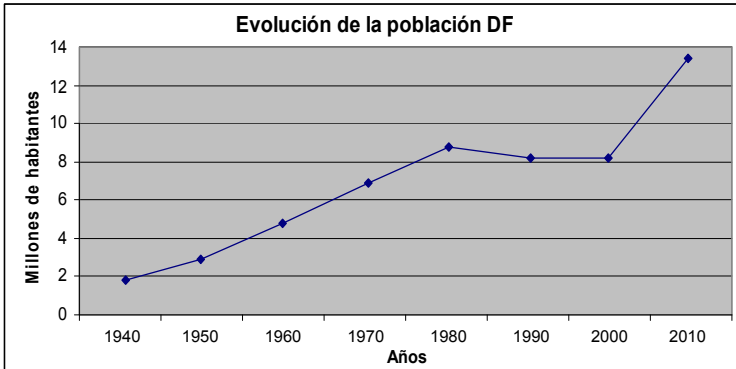
Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

INEGI. *México hoy 2009*

Gráfico 27

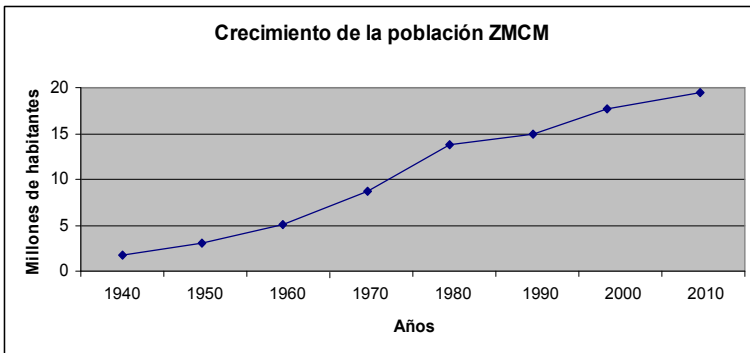


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

Gráfico 28

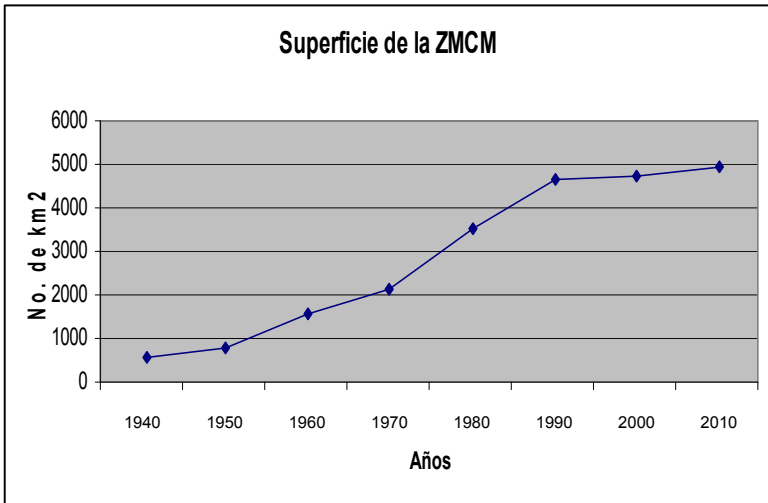


Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

Gráfico 29



Fte. INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

INEGI. *Hacia un sistema de indicadores de sustentabilidad urbana para la ZMCM, 2005*

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010*. México, 2011.

INEGI. *México hoy 2009*

Tabla 1: Distintas mediciones de pobreza

Mediciones /año	1992	2000	2005	2007
Población total/millones	84.1	97.6	103.1	105
INEGI/CEPAL	70.4	76.8	78.6	ND
Invest. Boltvinik	63.7	73.5	75.3	ND
Congreso del Trabajo	49.3	60.2	61.7	ND
Pobreza patrimonial	44.2	52.5	53.7	47.0*
Pobreza capacidades	23.5	31.1	31.8	24.7*
Pobreza alimentaria	18.9	23.6	24.2	18.2*

Fte: Rev. Comercio Exterior, Vol. 53, num. 6, México 2003

* Informe Ejecutivo de Pobreza México 2007. CONEVAL

Tabla 2

Evolución de la distribución del ingreso en México, 1950-1998 (%)													
	1950	1958	1963	1968	1970	1975	1977	1984	1989	1992	1994	1996	1998
I	2.43	2.32	1.69	1.21	1.42	0.69	1.08	1.72	1.58	1.55	1.59	1.80	1.50
II	3.17	3.21	1.97	2.21	2.34	1.28	2.21	3.11	2.81	2.73	3.76	3.00	2.70
III	3.18	4.06	3.42	3.04	3.49	2.68	3.23	4.21	3.74	3.70	3.67	3.90	3.60
IV	4.29	4.98	3.42	4.23	4.54	3.80	4.42	5.32	4.73	4.69	4.64	4.90	4.70
V	4.93	6.02	5.14	5.07	5.46	5.25	5.73	6.40	5.90	5.74	5.68	6.00	5.80
VI	5.96	7.49	6.08	6.46	8.24	6.89	7.15	7.86	7.29	7.11	7.06	7.30	7.20
VII	7.04	8.29	7.85	8.28	8.24	8.56	9.11	9.72	8.29	8.92	8.74	9.00	8.90
VIII	9.63	10.70	12.70	11.40	10.40	8.71	12.00	12.20	11.40	11.37	11.34	11.50	11.50
IX	13.90	17.20	16.50	16.10	16.60	17.10	17.10	16.70	15.60	16.02	16.11	16.00	16.00
X	45.50	35.70	41.60	42.10	39.20	45.00	38.00	32.80	37.90	38.16	38.42	36.60	38.10

Fte. <http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r36251.DOC>

**Tabla 3. México: indicadores macroeconómicos
de las últimas dos décadas.
Promedio de cada década**

Indicadores macroeconómicos	Década 1991-2000 %	Década 2001-2010 %
Crecimiento económico (anual)	2.67	1.49
Crecimiento PIB per capita (anual)	1.25	0.64
Desempleo abierto nacional	2.2	5.7
Informalidad (% de la población)	26.9	28.0
Exportaciones a EU (% del total)	84.5	84.6
Dependencia a los ingresos petroleros	32.7	32.3
Balance público (% del PIB)	0.34	-0.79
Gasto público total (% del PIB)	8.3	9.3
Recaudación (% del PIB)	8.3	9.3
Inflación promedio anual	18.1	4.5

Fuente: México, Periódico *Reforma*, sección *Negocios* p. 11. 29 noviembre 2010. Con datos de INEGI, Banxico, SHCP, SAT y análisis de ITESM

Bibliografía

Alcántar Camarena A. (2009). "La obsesión de simplificar". Mimeo.

Berlinguer Giovanni (2003). *Ética de la salud*. Argentina; Lugar

Capra F. (2004). *O ponto de mutação: A ciencia, a Sociedade e a Cultura emergente*. 25ª Ed. São Paulo; Cultrix,.

CONADIC/SSA (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas*. México.

CONAPO (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*. México.

CONAPO (2000). *Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico*. México.

CONAPO (2000). *Índices de desarrollo social en las etapas del curso de la vida*. México.

CONAPO (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México*. México.

CONAPO (2003). *La situación demográfica de México*. México.

CONAPO (2004). *La situación demográfica de México*. México.

Durand Alcántara JA. (2009). “Notas breves sobre globalización, neoliberalismo y posmodernidad” Mimeo.

Gilles, Lipovetsky (1986). *La era del vacío*. México; Anagrama.

Gómez Castellanos A., y Rodríguez Ortiz I. (2009). “Complejidad y bioética en ciencias de la salud” (Documento de la Comisión de Bioética de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Z).

INEGI (2005). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México.

INEGI (2002). *Uso del tiempo y aportaciones en los hogares mexicanos*. México.

INEGI (2002). *Estadísticas del Medio Ambiente del Distrito Federal y Zona Metropolitana, 2002*. México.

INEGI (2007). *Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicación en los hogares, 2007*. México.

INEGI (2008). *México en el mundo 2008*. México.

INEGI (2010). *Estadísticas Históricas de México 2009*, Colección Memoria, México.

INEGI (2010). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, México.

INEGI (2009). *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos 2009*. México.

INEGI (2009). *México hoy 2009*. México.

INJ (2000). *Encuesta Nacional de la Juventud*. México; INJ.

INEGI (2011). *Panorama Sociodemográfico de México*. Censo de Población y Vivienda 2010. México.

INEGI (2011). *Resultados Definitivos*. Censo de Población y Vivienda 2010. México.

Labastida Martín del Campo, J. (2009). Los cambios en la sociedad mexicana: la población y la economía de México (1940-2005). México; IIS/UNAM.

Lorenzano C. (1994). La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En Rodríguez M.I. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington; OPS-OMS.

Lucio E., León I., et all. (2001). “Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico”, *Salud Mental*, Vol. 24, No. 5, octubre 2001. México.

Lustig Nora C. y Miguel Székely (1997). “México: Evolución económica, pobreza y desigualdad”. Washington, DC. Consultar: <http://www.iadb.org/sds/doc/877spa.pdf>

Moreno-Altamirano L. (2007) "Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica", *Salud Pública de México*, V.49 No.1, ene-feb 2007, México.

Morin Edgar. (2005). *O método 6: Ética*. Sulina; Porto Alegre.

Morin E. (2002). *Os Sete Saberes necessários à .edução do Futuro*. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO.

OPS (2003). *Medios y salud pública: La voz de los adolescentes*. www.ops.org.mx

Rifkim, Jeremy (2000). *La era del acceso. La revolución de la nueva economía*. Argentina: Paidós

Ricoeur Paul y Jean-Pierre Changeux (1999). *Lo que nos hace pensar. La naturaleza y la regla*. Barcelona; Península.

Rodríguez Ortiz Imelda A. (2004). "Adolescencia: pedacito de obsidiana", en *Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento*, No. 7 noviembre 2003-febrero 2004, México: FES Zaragoza.

Rodríguez O. Imelda A. (2008). "Construcción social de la identidad adolescente", en *Psicología y Ciencias Sociales*. México; FES Zaragoza.

Rodríguez Ortiz Imelda A. (2009). "Bioética y Salud". Mimeo.

Wallerstein, Immanuel (Coord.) (1996) *Abrir las ciencias sociales*. Comisión Gulbenkian, México; Siglo XXI.

Contexto Socioeconómico y Salud en México 1940-2010
editado por la Academia de Extensión Universitaria y Difusión
de la Cultura de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM,
se terminó de imprimir en el mes de enero de 2012, en los talleres de
Master Copy, S A de C V. Av. Coyoacán 1450, Col. Del Valle, México DF
Se imprimieron 200 ejemplares en papel cultural de 90 gr.