

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

T  
214

**CORAZONES URBANIZADOS  
CORAZONES PRIVATIZADOS**

**MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL**

**DIAZ VELAZQUEZ NANCY ANTONIA  
JIMENEZ ALVAVAREZ MARTA  
VEGA ESTENS PATRICIA  
VILAR PEYRI EUGENIA**

**11 DE DICIEMBRE DE 1995**

84374

# INDICE

Página

## I. PANORAMA GENERAL

1. México, 1995 2
2. La Salud en México 8
3. Transición Epidemiológica 12
4. Enfermedades Emergentes 16

## II. CONCEPTO ETIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON

1. Enfermedad Isquémica del Corazón 17
2. Factores de Riesgo 22

## III. EL DISCURSO OFICIAL

1. Modelos Explicativos del Proceso 25
2. Estilos de vida y Factores de riesgo 28

## IV. BALANCE

Relaciones entre condiciones de vida y salud

1. Otra Mirada
  - México 1995 29
  - Salud en México 31
  - Transición Epidemiológica 33
2. Otra Respuesta
  - Proceso de Urbanización e Industrialización 36
  - Migración 40
  - Empleo/Desempleo 42
  - Clase Social 44
  - Alimentación 45
  - Medios de Comunicación 46
  - Procesos de Trabajo. 48

3. Hacia la construcción de un modelo explicativo alternativo 50

V ANEXO  
Tablas y Gráficas

VI. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como propósito analizar desde el punto de vista de la Medicina Social, la situación de la mortalidad por enfermedades del corazón; mismas que en la década de los cuarentas se hallaban en el lugar número 9 de las 10 principales causas de defunción, y en los años noventa pasan a ocupar el primer lugar. Asumiendo que una de las razones principales de este cambio se debe al acelerado ritmo de crecimiento en áreas urbanas y junto con esto la desigual y tan deformada reproducción social de las unidades domésticas que caracterizan a cada una de las clases sociales que conforma a la ciudad.

Todo esto originado no sólo por el reduccionismo biológico utilizado en el pensamiento médico actual sino como resultado de la aplicación del modelo económico neoliberal, el cual aparte de enfatizar como objetivo básico de su postura la elevación de las tasas de ganancia a través de una plusvalía relativa, también se ha dado a la tarea de crear a los neoindividuos. Donde se privatiza todo.... hasta el alma y el corazón.

## **1. PANORAMA GENERAL**

## 1.1 CONDICIONES SOCIOPOLITICAS Y ECONOMICAS EN MEXICO

### INTRODUCCION

"... Nuestro cuerpo social es un cuerpo desproporcionado y contrahecho. Del tórax hacia abajo es un niño. El peso de la parte de arriba es tal, que el cuerpo en su conjunto se sostiene difícilmente. Más aún, está en peligro de caer. Sus pies se debilitan día por día. En efecto, las clases bajas día por día empeoran su situación y en la última, la de los indígenas jornaleros la dispersión ha comenzado ya."(Molina, E.,1909:221)<sup>1</sup>

La Revolución mexicana resulta ser una verdadera explosión popular que en su reestructuración y conformación quedan sobrepuestos los intereses de las viejas clases privilegiadas y las de las recientes oligarquías surgidas en el proceso revolucionario.

Durante el desarrollo de la Revolución se observa la herencia socioeconómica del porfiriato donde se había permitido la existencia de enormes latifundios propiedad tanto de mexicanos como de extranjeros que concentraban la propiedad rural nacional

"no en balde y no sin causa, la Revolución se topará con un país en el que el 3.1 % de la población se conformaba por terratenientes, en tanto que el 96.9% carecía por completo de tierras-" (Medin, Itzvi, 1981:8).<sup>2</sup>

Posterior a la lucha contra el porfiriato se dan dos fracciones opuestas para la conformación del nuevo Estado: una sería la liberal carrancista (constitucionalista) y la otra sería la liberal obregonista y la diferencia de estos liberalistas se basa en la postulación de un liberalismo clásico para el caso de Carranza y de un liberalismo progresista apoyado por Alvaro Obregón.

El nuevo orden es de prioridad en la realización de los idearios revolucionarios vertidos en la Constitución de 1917, en donde se implantan las bases para que se dé el caudillismo revolucionario.

---

<sup>1</sup> Molina E., Andrés. citado por Medin. Tzvi en: Ideología y praxis política de Lázaro Cárdenas, 1981, Edit. Siglo XXI. México, 25)

<sup>2</sup> Ibid. pp: 8

La unidad nacional y la reivindicación de las clases populares se convierten en conceptos importantes y complementarios, donde se logra la hegemonía de uno de estos caudillos sobre los demás.

Obregón llega al poder apoyado por las clases populares, por el Partido Liberal Constitucionalista, además de contar con el apoyo de la CROM y del Partido Nacional Agrario.

Posteriormente, durante el período Callista se atestigua el acercamiento y la práctica de la unificación del sindicalismo obrero y el Estado.

En este período se fomentan las relaciones entre los obreros y capitalistas, con la postulación de la necesidad de un nacionalismo económico que sirviera de trinchera para resistir al imperialismo norteamericano, consintiendo a la iniciativa privada y con la idea de llegar rápidamente a la etapa de la propiedad ejidal.

En el período de Lázaro Cárdenas(1934 - 1940) los objetivos de su política, plasmados en el Plan Sexenal, se centran en lograr la independencia económica nacional y consolidar un progresivo nivelamiento de las clases sociales, regido todo esto por la iniciativa e intervención gubernamental.

Es importante señalar que en el gobierno cardenista con la política fiscal se limitan las ganancias de los empresarios, pero nunca se arriesga ni se pone en peligro la existencia del régimen capitalista.

Durante el sexenio cardenista se da comienzo al desarrollo industrial sobre todo en la sector de la transformación, apoyado por la inversión del Estado.

La política social de Cárdenas promueve elementos para el desarrollo industrial y paralelo a esto la característica del Estado Benefactor se evidencia cuando se mejoran las condiciones de la clase obrera

El carácter corporativo del Estado Mexicano se despliega de manera paulatina con el grado de desarrollo y avance de las fuerzas productivas, así como de las dos clases fundamentales de la sociedad capitalista: la burguesía y el proletariado.

Es importante señalar que para este período el crecimiento económico se realizaba de manera acelerada, con la característica de las políticas tendientes al

favorecimiento del capital, particularmente al nacional. El Estado se convierte en esta etapa en un empresario público y actor en los procesos económicos productivos. Tales políticas buscaban consolidar a las grandes empresas monopólicas públicas y a las empresas privadas en general.

La ejemplificación de la nueva postura del Estado se puede ilustrar con la nacionalización de los recursos naturales y de ciertos monopolios extranjeros, implantación de políticas proteccionistas para la producción nacional, exención de impuestos a empresas registradas como mexicanas, creación de instituciones gubernamentales, ejercicio de un control sobre el volumen y el ritmo de entradas y salidas del capital extranjero, venta de bienes y servicios producidos por el Estado, realización de inversiones del capital público en obras de infraestructura, bajos impuestos a las empresas, establecimiento de precios de garantía para ciertos productos agropecuarios, fijación de salarios mínimos, ofertas de estímulos fiscales, monetarios y tecnológicos a empresarios.

Posteriormente, los gobiernos que siguen a esta etapa (de Avila Camacho hasta López Portillo), transitan hacia una nueva etapa de industrialización, donde la necesidad de incrementar la exportación de bienes manufacturados y los mayores requerimientos tecnológicos inciden de tal manera que el capitalismo mexicano se ve en la necesidad de subordinarse al imperialismo estadounidense, permitiendo la entrada masiva de capital extranjero, reforzando la fuerza de éste y desplazando del mercado a los pequeños y medianos empresarios, acelerando así la concentración monopólica del capital y afectando la capacidad de la industria para absorber la creciente fuerza de trabajo, desplazada del campo y concentrada en los nuevos centros industriales y urbanos.

"Las afirmaciones (en el caso de Manuel Avila Camacho) para las políticas sociales del estado se refieren a reiteraciones como la siguiente:

...Queremos una prosperidad con justicia sobre la cual se exalten los valores espirituales de México, Miguel Alemán afirmaba que las metas propuestas...: el enriquecimiento del país..., la abolición de la miseria..., el mantenimiento de las reformas sociales en favor de las clases laborantes... Y Ruíz Cortines afirmaba que: el proceso económico sólo podrá acelerarse en la medida que vaya liberando de la pobreza a nuestro pueblo, como lo postulan los principios de la Revolución Mexicana."(Cámara de Diputados, 1966: 151, 358,671)

En este sentido la tipificación del Estado se define como el *Estado Benefactor*

La absorción del Estado Nacional por el imperialismo se da mediante la creación

de organismos y agencias establecidas por convenios, acuerdos y conferencias de jefes de estado, mismos que simbolizan el capitalismo internacional y son la expresión hegemónica estadounidense sobre otros estados capitalistas, por ejemplo, a través del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM).

En América Latina se auspicia la creación de la Organización de Estados Americanos (OEA) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Por todo esto, las relaciones y las estructuras imperialistas confieren al estado mexicano la característica de ser un eslabón importante en el funcionamiento de la globalización del imperialismo. El aparato estatal se convierte en un apéndice de la estructura internacional que rige el funcionamiento de las corporaciones transnacionales

La década de los 80's se caracteriza por la reestructuración del sistema capitalista a escala mundial y el inicio de la restauración del capitalismo en la mayoría de los países del socialismo "real" (Pradilla, 1992).

La reestructuración capitalista se realiza en lo económico de manera primordial aunque incluyendo los aspectos políticos y sociales integrados en una ideología monetarista.

Los ejes básicos de la reestructuración neoliberal son:

- La reforma del Estado capitalista, su desmantelamiento, su adelgazamiento a través de la privatización y reducción de presupuestos, sobre todo lo concerniente a políticas sociales.
- La implantación ideológica del libre mercado y la extensión del proceso para la creación de mercados regionales.
- Consolidación de los países capitalistas hegemónicos para lograr la reorganización internacional del trabajo.
- Una reorganización y modernización en los procesos de producción industrial, agropecuaria, de circulación mercantil y monetaria, en la producción y gestión de las condiciones generales de la reproducción social y administrativa con la reducción de la fuerza de trabajo necesaria, intensificando su explotación a través de la plusvalía relativa.

- Cambio de relaciones laborales a través de la reducción salarial, reformando la ley laboral, minimizando al máximo las contrataciones colectivas y debilitando a los sindicatos.

El proceso del neoliberalismo en América Latina tiene diferentes perspectivas que las de los países desarrollados, donde la trayectoria se presenta con un paso diferente por las condiciones políticas particulares más "ortodoxas".

Son cuatro las estrategias de implantación bajo este modelo económico, en relación con las políticas sociales:

- 1) Recorte del gasto social,
- 2) La privatización,
- 3) La localización del gasto social público en programas selectivos contra la pobreza, y
- 4) La descentralización

Y la manera de lograr estos objetivos generan la necesidad de legitimar ideológicamente el proceso de privatización y llevar a cabo los cambios estructurales necesarios"(Laurell, A. Cristina, 1992:138)<sup>3</sup>

agregando que la privatización se realiza siempre y cuando el objetivo central de convertirse en actividades económicamente rentables esté garantizada.

La adopción y la descentralización de las políticas sociales bajo el esquema del neoliberalismo implantadas e impulsadas en los gobiernos de América Latina forman parte de la reestructuración del estado liberal, no tiene por objetivo la democratización de las acciones públicas sino que permite y favorece e incentiva los procesos de privatización produciendo un desarrollo social minimizado y de sacrificio en lo concerniente a los programas públicos.

Dentro de este contexto, las políticas de los servicios de salud, se establecen a través de una serie de mecanismos para estratificar a la población en función de la capacidad de pago y el riesgo a enfermar. El neoliberalismo se manifiesta en contra de la universalidad, la igualdad y gratuidad de los servicios sociales y es por esto que los seguros y la producción de los servicios sociales juegan un papel muy importante.

---

<sup>3</sup> Laurell, A. Cristina (1992). "Avanzar al pasado. La política social del neoliberalismo" . en: Laurell (Coord). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México, Friedrich Ebert Stiftung. p 138.

La clave de este modelo se basa en el proceso de selección o rechazo a los asegurados de bajo pago-alto riesgo en el sector privado, debido a que sus cuotas no cubrirían las primas establecidas, mientras que en el sector público se acepta a todos, como es el caso de los pobres, enfermos y viejos que consumen más de lo que cotizan.

## LA SALUD EN EL PAIS

El panorama de la salud en México, en el contexto histórico de los acontecimientos políticos y sociales, presenta matices diversos de acuerdo al momento o época política de que se trate. En efecto, los periodos que marcan cambios importantes en la vida política y social del país, corresponden a grandes cambios en las políticas de salud que tienen una proyección en la sociedad y como una manifestación, en el perfil de salud.

Reconociendo la dificultad para hacer un análisis detallado del panorama de salud y considerando que para hablar de salud no podemos prescindir de las políticas de salud y su relación con el Estado, abordaremos los aspectos histórico-políticos más relevantes y las implicaciones en la política social y de salud del país, desde el Estado "interventor y benefactor" hasta el Estado que se retrae de sus responsabilidades en el campo de la economía y derechos sociales y la proyección que tiene en el perfil de salud.

En este contexto, al referirnos a la salud, decimos que:

cada una de las enfermedades posee su propia historicidad, es decir se vuelven flagelos de colectividades enteras y luego retroceden, mientras aparecen nuevas enfermedades... (Berlinguer 1975:11)

De manera general, podemos identificar a finales de los años 30 a un Estado que se caracteriza por ser "interventor", (durante el periodo Cardenista 1934-1940), con una política económica de apoyo al mercado interno, favorece la nacionalización del petróleo y una educación socialista. Este Estado sienta las bases para el Pacto social y el Estado de Bienestar; en esta época la formación social mexicana estaba compuesta por un patrón básicamente rural, para 1940 había una población de 19 654,000 habitantes, de ellos, 15 millones vivían en el campo y sólo el 21.9% en la ciudad (Ianni 1977: 57).

La práctica de la acción estatal favoreció una reserva de mercados para las industrias instaladas y nuevas en el país, lo que ocasionó un desplazamiento del campo a la ciudad. Se inició así la industrialización por la vía de sustitución de importación.

Durante la época cardenista se impulsaron las actividades de beneficencia como parte de la política de salud, durante 1934-1940 se asignaron los presupuestos, en términos relativos, más elevados de la historia de la Federación a la Secretaría de Asistencia. El perfil de salud para 1940 era el de la presencia de enfermedades infecto-contagiosas que ocupaban los primeros cinco lugares, las enfermedades del corazón se encontraban en séptimo lugar (Tabla 1).

Después de 1940, las acciones llevadas a cabo durante este “Estado de bienestar” en el campo de la salud, se encaminaron a fortalecer el pacto social, así como acciones que legitimaran al Estado, el cual sufrió algunas contrarreformas con Avila Camacho y Miguel Alemán, este último planteaba la retracción del Estado en el bienestar social.

Es durante la época de 1934 a 1980 que el Estado como interventor lleva a cabo programas de bienestar que se expresan en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, la formación del Seguro Social, al que se le trató de dar un carácter selectivo, exclusivo para la clase trabajadora. Los movimientos obreros en la década de los 50 impulsan las acciones benefactoras del Estado y se constituye también el ISSSTE.

Sin embargo, continuaba el crecimiento demográfico y la migración del campesino a la ciudad, debido a una proletarización de la población campesina; para 1950 la población urbana creció hasta un 42% mientras que decrecía la población campesina. (tabla 1) No sólo se dió una urbanización acelerada en la década de los 40 a 50, también se dió un cambio en el perfil de salud, estando dentro de las primeras causa de mortalidad las enfermedades infecciosas y las del corazón (gráfica 1).

En este contexto, el Estado de bienestar continúa con su política social, llevando a cabo programas que se extienden al campo como el de IMSS Coplamar, enfocados principalmente a la atención médica rural y como un programa de extensión de cobertura. Estas acciones estaban encaminadas a legitimar la política social del Estado, hacia finales de los 70, época en que se presenta una crisis económica.

El crecimiento urbano continúa, en estos años de 1970 se acentúa el cambio de la distribución poblacional, en relación a 1940. Para esta época la población urbana está constituida por el 58.7% (gráfica 2), indicador de una

descapitalización del campo que continúa y un mayor desarrollo industrial; con un panorama de salud que combina enfermedades infecciosas y crónicas, mostrando un incremento éstas últimas (tabla 1).

¿Significa lo anterior que las políticas de salud durante varias décadas no incidieron en la salud de la población? ¿De qué manera la descapitalización del campo y la migración a la ciudad repercutieron en la salud?

Para 1980 se hace manifiesto el debilitamiento del Estado benefactor, dando cabida a la política neoliberal como una alternativa a la crisis de la economía mexicana, repercutiendo profundamente en las condiciones de vida de la población y a las políticas de salud.

El descenso del gasto social, el retraimiento del Estado en políticas de bienestar social, el desempleo y desvalorización del salario enmarcan lo que da lugar a un nuevo perfil de salud-enfermedad, que una década posterior vemos el cambio en el perfil de mortalidad de la población. Se observa la concatenación de enfermedades infecciosas y crónicas ocupando el primer lugar las enfermedades del corazón (tabla 1, gráfica 1).

En este mundo neoliberal con características económicas de sujeción a organismos internacionales:

La economía mundial necesita un mercado de consumo en perpetua expansión, para que no se derrumben sus tasas de ganancia, pero a la vez necesita, por la misma razón, brazos que trabajen a precio de ganga en los países del sur y del este del planeta... (Galeano 14 oct. 95: La Jornada).

Con el desmantelamiento del Estado de bienestar, el Estado actual elude la responsabilidad de garantizar los derechos sociales. favorece la acumulación del capital internacional, así:

En el mundo sin alma que se nos obliga a aceptar como único mundo posible, no hay pueblos, sino mercados; no hay naciones, sino empresas; no hay ciudades, sino aglomeraciones; no hay relaciones humanas, sino competencias mercantiles....(Galeano 14 oct 95: La Jornada).

Es en este contexto que en 1982 se integra a las diversas instituciones de salud en un Sistema Nacional de Salud, con la materialización del ordenamiento jurídico en la Ley General de Salud y la modificación al Artículo Cuarto Constitucional que especifica el derecho a la protección de la salud.

Las metas propuestas fueron: ampliar la **cobertura** de los servicios a toda la población, elevar y **uniformar** la calidad de los servicios y propiciar mejores condiciones de salud ( Qué es el Sistema Nacional de Salud? UAM), como una de las estrategias propone la **descentralización**.

El Sistema de Salud ha mostrado, sin embargo, un descenso en el gasto social que ha sido la constante. En 1988, el gasto destinado a salud representó el 1.9% del Producto Interno Bruto y para 1990 el 1.6% (Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: 22).

¿Podemos decir que estamos ante un Sistema de Salud que tiene equidad?

La política de salud también se ha venido adelgazando, teniendo al interior una distribución irregular de los recursos. La crisis del desempleo, ha redundado en una disminución de la población derecho habiente, disminuyendo y modificando el sector salud la cobertura. Se propone una nueva organización del Sistema Nacional de Salud con el fin de incorporar a mayor población siendo a través de un “paquete básico de servicios de salud” o canasta de servicios esenciales de salud (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000; 94).

La estrategia de descentralización confiere responsabilidad a los estados y municipios ocasionando un desmantelamiento de los programas (López y Blanco 1993:12). No considera los desequilibrios regionales.

Con las características anteriormente descritas, nos encontramos ante un panorama ya descrito de enfermedades crónicas e infecciosas; en un sistema que, por último, propicia la desregulación a favor de la iniciativa privada para estar acorde con la política neoliberal, así:

se abandona la concepción constitucional de los derechos sociales, que por serlo son universales, como base de la formulación de estas políticas y se opta por otra en la cual empleo, salarios y producción de los servicios sociales pertenecen a la esfera de lo privado y se regulan por el mercado (Laurell 1991: 11).

¿La política de salud dominada por la política neoliberal, ha favorecido que coexistan “neo” enfermedades de la pobreza, del desempleo, de la pérdida del salario, de la urbanización, privatización....?

## LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA.

En México, por lo tanto, estamos frente a un proceso de transición epidemiológica evidente en el cual, las enfermedades infecto-contagiosas como principal causa de mortalidad han cedido paso a las crónico-degenerativas. Esta evidencia, sin embargo, es necesario contemplarla con cuidado ya que, si bien aporta elementos de análisis objetivos, puede opacar parte importante de la realidad.

A primera vista llegar a la conclusión de que en nuestro país las enfermedades llamadas “de la pobreza” ya no son las que hacen morir a los mexicanos y que éstos fallecen por enfermedades “de los ricos” llevaría a suponer que estamos viviendo en el desarrollo y que México es ya un país moderno con una adecuada atención a la salud, con recursos suficientes para alargar la vida y con una franca tendencia hacia el envejecimiento<sup>1</sup> de la población. Estos son los indicadores que comúnmente se utilizan para reconocer que un país se encuentra en el desarrollo.

Ilustra lo anterior la siguiente cita que aparece en un texto elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO):

México ha experimentado un desarrollo social y económico importante, que aunado a la mayor cobertura de servicios de salud, a las mejoras en la salubridad y en la tecnología médica, han contribuido a la reducción de la mortalidad y al cambio del perfil de la mortalidad y de la morbilidad. También se ha dado un cambio en los factores de riesgo a los que está expuesta la población, como por ejemplo, el proceso de urbanización que trae consigo modificaciones en los estilos de vida...(Gómez de León, J. coord:1995:28)

Al no trascender los números, al tomarlos global y promedialmente se llega a este tipo de definiciones que no solamente esconden la verdadera situación de la salud-enfermedad en el país, sino que amparan decisiones en materia de políticas de salud que dejan mucho que desear y que poco atienden la realidad “real” sanitaria.

Sin embargo, y con el fin de no aparecer demasiado radicales, habría que reconocer que efectivamente -entre 1940 y 1995- el país sí ha avanzado y sí aparecen signos de ese mencionado cambio en el perfil epidemiológico, causado por un avance en la salubridad y la tecnología. Pero no es suficiente este acercamiento superficial que más que aclarar, oscurece.

---

<sup>1</sup> En este texto el término “envejecimiento” se utiliza desde el punto de vista demográfico.

México es un país muy heterogéneo desde todos los puntos de vista: demográfico, económico, social, cultural, etcétera; y no solamente como país. Las regiones también son muy diferentes entre sí, como lo son las subregiones. Poco tienen que ver, por ejemplo, la Región Ciudad de México (Distrito Federal) con la Región Sureste (Guerrero, Morelos, Puebla, Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo). (López, R. *et.al*, 1994:13); véase también la Tabla 4 y Gráfica que propone CONAPO (Gómez de León, J., 1995:31) la cual, con otra regionalización, muestra las diferencias. Hemos dado en los apartados anteriores amplios argumentos que confirman esta desigualdad; que confirman que México no se encuentra en el estado de desarrollo suficiente como para poder echar las campanas al vuelo acerca de la mejoría en la salud de la población.

Pero CONAPO dice más:

El proceso de transición demográfica, que como consecuencia produce un envejecimiento de la población, tiene grandes efectos en la salud de la población. De hecho, las principales causas de muerte han cambiado en los últimos años. Si las agrupamos en tres categorías: 1) enfermedades comunicables (infecciosas y parasitarias) y asociadas al proceso reproductivo; 2) enfermedades no comunicables (crónicas degenerativas y cánceres); 3) accidentes y lesiones. Puede observarse que entre 1980 y 1990 las tasas de mortalidad por enfermedades comunicables disminuyeron sensiblemente, mientras que las correspondientes a las no comunicables en su mayoría se incrementaron ligeramente... (Gómez de León J., 1995:28)

El “envejecimiento” ha impactado principalmente a los periodos etarios más jóvenes y que son menos propensos a las enfermedades no comunicables o crónicas degenerativas; los rangos más viejos no se han modificado tan sensiblemente.

La población total de México entre 1988 y 1995 ha aumentado de 78 442 000 millones a 92 220 000 <sup>2</sup>. La participación (en porcentaje) en ésta de los individuos mayores de 12 años ha pasado de un 69.2% a un 71.0%<sup>3</sup>, solamente un 1.8%, en términos absolutos, de 54 281 864 a 65 476 200. No consideramos que haya sido un incremento en el envejecimiento tan fuerte como para que

---

<sup>2</sup> Estimados. Para población se toma la estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que corrige, hacia arriba, en 3.1%, la de 1990 del Censo (81,250 000), y estima que crece 1.93%, promedio anual, entre 1990 y 1995. Resulta muy alta en comparación con la que aquí aparece de los años anteriores, cuya fuente es la *Encuesta de Empleo*, más compatible con la del Censo de 1990. Empero tomamos la de CONAPO por ser la única estimación oficial que conocemos para 1995. (La Jornada, 3 diciembre 1995. p.45).

<sup>3</sup> Misma fuente. Los demás cálculos fueron hechos por nosotras.

altere los perfiles patológicos. Por otra parte, el rango de la población (desde los 12 años) nos parece, como siempre, demasiado extenso como para poder llegar a análisis concluyentes.

Además, ¿sucede lo mismo en una colonia de altos ingresos del Distrito Federal que en las barrancas de la Sierra Tarahumara? ¿Enferman y mueren de lo mismo en Tuxtla Gutiérrez que el Los Altos en Chiapas? Estas preguntas son difíciles de responder ya que, en general, las estadísticas epidemiológicas solamente contabilizan el número de defunciones y en regiones o territorio completos, por ejemplo estados de la República; por otra parte no es nada común hallar datos que desagreguen a las poblaciones por edad, sexo, ingreso, condiciones de vida, etcétera.

la deficiencia y falta de claridad de los datos publicados...y una manipulación de esa información mediante el uso agregado de los denominadores...*diluyen* los problemas de enfermedad y muerte. Este análisis *promedial* impide el reconocimiento de una distribución social y espacialmente diferenciada de los perfiles de salud. (Blanco, J. y O. Sáenz, 1994:10)

Reiterando: son cuestionables las aseveraciones de CONAPO acerca de la transición epidemiológica que se presenta en México pues las evidencias apuntan a que el desarrollo social y económico del país no ha sido tan importante sino que está inmerso en un crisis profunda y en un proyecto de Estado que más bien se encamina hacia una profundización de la desigualdad, a la descubertura en salud, hacia el empeoramiento de las condiciones sanitarias. En los años por venir habrán de hacerse más evidentes las consecuencias de la política neoliberal. Pero aún hoy, y con datos manipulados y diluidos es posible poner en tela de juicio el enfoque oficial de la transición epidemiológica.

## 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN CHIAPAS EN 1990

	ENFERMEDADES	CLAVE C.I.E. 9° REV.	TASA (1)
1	Enfermedades Infecciosas Intestinales		78.65
2	Accidentes	E47-E53	44.92
3	Enfermedades del Corazón	25-28	35.48
	Isquémica	27	17.75
4	Tumores Malignos	8 14	33.58
	Del Estómago	91	5.82
	Del Cuello del Útero	120	4.73
5	Sarampión	42	31.30

## 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL D.F. EN 1990.

	ENFERMEDADES	CLAVE C.I.E. 9°	TASA (1)
1	Enfermedades del Corazón	25-28	89.12
	Isquémica	27	57.18
2	Tumores malignos	8 14	64.20
	De la Tráquea, Bronquios y Pulmón	101	6.82
	Del Estómago	91	5.39
	De la mama de la mujer	113	4.97
3	Diabetes Mellitus	181	54.65
4	Accidentes	E47-E53	34.30
	De tráfico de vehículos de motor	E471	15.65
5	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	347	33.57

(1) TASA POR 100 000 HABITANTES

FUENTE: ESTADÍSTICAS DE INEGI A PARTIR DE DATOS DE SECRETARÍA DE SALUD. 1990

Estas tablas demuestran que depende dónde sean tomados los datos, el perfil patológico es distinto. En Chiapas la primera y la quinta causas de muerte son enfermedades comunicables o infecto-contagiosas; en el Distrito Federal no aparecen en ninguno de los primeros cinco lugares.

Ante lo anterior cabe preguntarse ¿cómo analizar, entonces, la situación de la salud-enfermedad en nuestro país? Existen dos vías: la primera consiste en llevar a cabo el levantamiento de los datos con referentes distintos tomando en cuenta otros indicadores que aporten la información necesaria para conocer la distribución y el cambio de los perfiles de salud en México, como lo ha estado haciendo José Blanco y su equipo en la investigación "Proyecto Prouerbe. Sitios Centinela-Eventos Centinela en el área metropolitana de la Ciudad de México.

La segunda, partir de los datos oficiales, desentrañar la manipulación, descubrir la desagregación, "hacer preguntas diferentes" a estos datos con el fin de tratar de encontrar respuestas diferentes.

Porque los datos, por manipulados, diluidos y promediales que sean, indican que efectivamente se ha producido un cambio; por leve que éste pudiera ser. El problema aparece en la explicación de este cambio. Creemos que es evidente que no se puede atribuir al desarrollo, a la mayor cobertura, a las mejores condiciones de salud. Entonces, ¿cuáles son las causas de esta transición? Este es el objetivo esencial de nuestro trabajo: investigar cuáles son las causas de que en los últimos años el perfil epidemiológico en México se halla transformado.

## **LAS ENFERMEDADES EMERGENTES**

A las enfermedades que han aparecido como causantes de muerte en la transición epidemiológica se les ha llamado enfermedades emergentes.

En el presente trabajo haremos hincapié en una de ellas, la enfermedad isquémica del corazón en tanto ha sido la que ha tenido un comportamiento más llamativo en los últimos cincuenta años: en 1940 ocupaba el noveno lugar como causa de muerte y en 1990 aparece como la primera<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Esta aseveración surge, como en la mayoría de los casos, de las cifras oficiales, las cuales ya hemos señalado que deben ser tomadas con precaución.

**II. CONCEPTO ETIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD  
ISQUEMICA DEL CORAZON**

## **ENFERMEDAD ISQUEMICA.**

La enfermedad isquémica es considerada como una enfermedad crónica que desde el punto de vista de la medicina se considera un problema de salud por su frecuencia, así como por las grandes repercusiones que a nivel económico y social representa.

Abordaremos primero el concepto de enfermedad isquémica para después hacer el análisis del término. Se define a la cardiopatía isquémica como:

"Un padecimiento debido a varias causas que presentan en común un trastorno de la función cardíaca debido a un desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno ". ( Selwin 1987:1199)"

Entendido así, como déficit o desequilibrio de la llegada de oxígeno al órgano cardíaco, nos estamos refiriendo al concepto teleológico de la enfermedad, es decir la causa última.

El término utilizado esconde el paradigma biologicista de la enfermedad, haciendo referencia a la causa orgánica por lo tanto existe limitación del término desde la Medicina Social.

La enfermedad isquémica no es nueva, es sabido que las lesiones que conducen a la cardiopatía se han reconocido en los humanos desde miles de años atrás, de hecho se han identificado en las momias egipcias que datan del siglo XV A.C. (Kannel 1976:269).

Sin embargo, han cobrado importancia sobre todo en las últimas décadas de este siglo. (Ver tabla No. 1)

Los estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que la principal causa de la enfermedad isquémica en un 90% es la aterosclerosis.

## **MECANISMO INTIMO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA.**

Se menciona como causa común la aterosclerosis coronaria. Se considera una patología que puede dañar al corazón como a otros órganos, en la medida en que altera los vasos arteriales de cualquier parte del organismo. Consiste en la acumulación, en las arterias grandes y medianas, de grasas anormales: placa de ateroma. Esta forma una protuberancia en la luz de la arteria constituida principalmente por colesterol y otras grasas; posteriormente llega un elemento

fibroplástico y encapsula la placa, invadiendo o penetrando a las capas de las arterias. Estas placas se producen con diferente velocidad y en diferentes lugares: cuando la oclusión de la luz de la arteria es mayor del 75% puede tener manifestaciones clínicas. Antes, no da síntomas; es decir, permanece en forma silenciosa, a menos que se rompa y produzca hemorragia y trombosis .

El estudio de la aterosclerosis, considerando la Historia Natural del modelo de Leavel y Clark apunta a que probablemente un elemento genético gesta una lesión a través de los años, manteniéndose como enfermedad silenciosa, asintomática. Según el horizonte clínico se manifiesta con signos de isquemia; aparece cuando la obstrucción de la luz es mayor del 80%.

### **¿Desde cuándo se inicia la formación de esta placa?**

El proceso de aterosclerosis se inicia desde la infancia en ocasiones se estabiliza o avanza hacia los 20-30 años. Se considera que hay algunos factores de riesgo que intervienen en el avance de la lesión.

Las manifestaciones cardiacas de la aterosclerosis son:

- 1.- Angina de pecho. Es una forma de isquemia "transitoria". Se produce generalmente por un esfuerzo (ejercicio), emoción (estrés, angustia, miedo, frustración), desaparece con el reposo. En ocasiones ocurre también en reposo. Puede aparecer en cualquier momento del día o de la noche.
- 2.- Angina inestable (infarto inminente). Es un ataque creciente de angina de pecho después de un largo período libre de síntomas.
- 3.- Infarto del miocardio. Se caracteriza por un daño anatómico irreversible y un trastorno en la función del corazón, siendo el dolor el síntoma inicial.

Se han identificado diversos factores predisponentes cuya presencia aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad coronaria y que son ampliamente conocidos como factores de riesgo que enmarcan el perfil ateroscleroso de los individuos. Se han estudiado con bastante profusión en pacientes afectados por cardiopatía isquémica, hipertensión arterial e isquemia cerebral, así como su prevención, que si bien no son la causa demostrada de la aterosclerosis o de infarto si son fenómenos que repercuten tanto a nivel medico, como social y cultural, ya que la suma de estas circunstancias de riesgo por individuo, da como resultado una elevada probabilidad de aterosclerosis. (Cueto García 1989:29)

## **Clasificación de los factores de riesgo aterogenico, mencionados en orden de frecuencia, modificables y no modificables.**

- 1.- Hipercolesterolemia
- 2.- Hipertensión arterial
- 3.- Tabaquismo
- 4.- Diabetes Mellitus
- 5.- Obesidad y Dieta
- 6.- Estrés
- 7.- Vida Sedentaria
- 8.- Sexo
- 9.- Herencia

"Modificables" (hipercolesterolemia, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, vida sedentaria)

"No Modificables" ( sexo, personalidad, herencia, Diabetes Mellitus, edad y sexo) ( Guadalajara 1993:18)

### **HIPERCOLESTEROLEMIA**

Numerosos estudios han demostrado en forma concluyente que los niveles elevados de colesterol sanguíneo se debe principalmente al exceso de grasas, de la cantidad ingeridas, al mismo tiempo y, sobre todo a la predisposición hereditaria para asimilar las grasas.

### **TABAQUISMO**

Se conoce como factor de riesgo mayor, la evidencia estadística que presenta , ha condicionado la búsqueda de mecanismos fisiopatológicos responsables. Se ha podido demostrar que el tabaquismo produce aceleración de la aterosclerosis.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Se conoce como la enfermedad silenciosa por la falta de síntomas durante los años; es una de las enfermedades más prevalentes. Su importancia radica en sus complicaciones cardiovasculares, que provoca en muchos de los sujetos afectados muerte prematura o incapacidad permanente.

## **DIABETES MELLITUS**

Se produce por alteración en el metabolismo de los carbohidratos y por la presencia de complicaciones microvasculares, macrovasculares y neuropatía.

## **OBESIDAD**

La obesidad se desarrolla más como un aumento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares sobre todo, se ha visto una relación entre obesidad e hipertensión y niveles altos de colesterol.

## **ESTRÉS**

Se considera al estrés:

Como el conjunto de las reacciones corporales que se dan como respuesta a estímulos reales o imaginarios mediados por sustancias como catecolaminas, se relaciona como un factor predisponente de cardiopatía, ya sea que se trate de estrés agudo o crónico. El estrés crónico como un estado de vigilancia desencadena por un estímulo prolongado (desempleo) puede conducir a la enfermedad isquémica. ( Rojas H 1992:3).

**HERENCIA** Aunque no se conoce con precisión los factores específicos genéticos, es un hecho que la cardiopatía isquémica aparece con mayor frecuencia en pacientes que tienen antecedentes familiares.

## **EDAD**

Está perfectamente establecido que a mayor edad, mayor tendencia a presentar enfermedades cardiovasculares.

## **SEXO**

La aterosclerosis es más frecuente antes de los 45 años en el sexo masculino; ya que el sexo femenino tiene un efecto protector (estrógeno). Más tarde tiende a igualarse la prevalencia en ambos sexos. (Guadalajara 1993:18)

## ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Los factores de riesgo cardiovascular, como indicadores de enfermedad crónica que conducen a la muerte o a la discapacidad, de acuerdo al modelo multicausal de la enfermedad, han sido valorados desde la epidemiología y estadística médica.

Los estudios que se han realizado muestran una elevada frecuencia de ellos. A continuación analizaremos los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), realizada durante 1993 en la República Mexicana, se estudiaron 19 000 individuos en edades que comprendieron de los 20 a los 69 años y se hizo una división del país en 4 regiones (tabla 6).

No quisiéramos continuar el análisis de esta encuesta sin mencionar que:

La absolutización de las encuestas empíricas conlleva a dos errores fundamentales: es anti-histórica y anti-dialéctica porque pretende captar la realidad social exclusivamente a partir de una "fotografía" instantánea de los hechos, sin problematizarlos de acuerdo a su articulación estructural y al movimiento de la sociedad respectiva .....Pero, como los datos no generann teoría por sí mismos, siempre hay una ideología oculta, ... (Breilh 1995: 311).

Tres fueron las enfermedades crónicas estudiadas:

- 1) Hipertensión arterial
- 2) Diabetes Mellitus
- 3) Hipercolesterolemia

Además de otros factores de riesgo asociados como el tabaquismo y obesidad.

De los factores y enfermedades crónicas estudiadas, la hipertensión ocupó el primer lugar en orden de frecuencia (gráfica 7).

La prevalencia nacional encontrada para Diabetes Mellitus fue de 8.2%, siendo la zona del norte la que presentó una prevalencia superior.

Es importante observar que la mayor frecuencia de Diabetes Mellitus se preentó en las personas con menor nivel educativo (4.1% en las personas sin ningún estudio conta 1.2% en los de licenciatura.)

Se estudiaron otros factores asociados a Diabetes Mellitus como fue la obesidad y el colesterol.

El estudio de la frecuencia de la hipertensión arterial mostró en primer lugar que hay un porcentaje importante que desconocía ser hipertenso (57.0%). La prevalencia nacional de la hipertensión fue de 26.6% (gráfica 8). Nuevamente, la región del norte fue la de mayor prevalencia.

Es importante observar que la hipertensión arterial se encontró desde edades tempranas como los 20 años de edad, mostrando un incremento escalonado a partir de los 30 años de edad; el grupo de edad de 50-69 años mostró una prevalencia de 50.9%. También aquí se presentó mayor prevalencia de hipertensión a menor escolaridad (43% en la población sin escolaridad y 17.0% en la población que tenía estudios a nivel de licenciatura). (gráfica 9).

Se estudió también en la encuesta la asociación de tabaquismo e hipertensión, no se encontró diferencia entre los fumadores y no fumadores e hipertensión y sí se observó un incremento de la hipertensión en los no fumadores (32.8%).

La prevalencia nacional de hipercolesterolemia fue de 8.9% (gráfica 7), mostró un ascenso proporcional de la prevalencia con la edad, observándose un descenso en el último grupo de edad comprendido entre 65 - 69 años.

En relación al nivel de escolaridad, los resultados mostraron, a diferencia de los otros factores, una mayor asociación a mayor escolaridad.

Sabemos que el estudio sólo de los factores es una visión reduccionista de la medicina, sin embargo:

debe darse el segundo paso de la reflexión sobre los instrumentos (reconociendo que) el inductivismo positivista construye teorías no ha partir de una construcción racional y previa de los problemas sino a partir del procesamiento de datos (Breilh 1995: 311).

El análisis de estos datos es necesario verlos dentro de todo el contexto social : “Pero como los datos no generan teoría por sí mismos, siempre hay una ideología oculta” (Breilh 1995: 311).

Timio señala: “mientras más reciente es la investigación, mayor es la frecuencia de la cardiopatía coronaria en las clases menos “instruidas” (Timio, M: 1984:57). Concluyendo que siempre son los mas pobres los que pagan más, en términos de marginación como de pérdida de la salud.

La encuesta demostró una correlación entre enfermedades crónicas y nivel de escolaridad, es decir, a menor escolaridad mayor enfermedad.

¿Podemos preguntarnos entonces, si en este fin del milenio, las enfermedades del “desarrollo” también son enfermedades de los pobres?

Finalmente, no podemos perder de vista la regionalización utilizada en esta encuesta, que homogeneiza a la población. Ya Breilh comenta la necesidad de la reconceptualización del espacio epidemiológico para superar los límites de regionalización convencionales. ( Breilh, J: 1989: 74).

Tomando el resultado de la encuesta podemos decir que sólo hablar de hipertensos con una tasa de 26.6% corresponde a 21 millones de hipertensos en el país (en números redondos); sin embargo, los números, *per se*, no tienen significado si no los vinculamos con el todo.

Este todo social, que le da configuración a las partes y las integra. Reiterando este concepto:

El todo social subsume, subordina el movimiento de las partes o procesos particulares, tales como las condiciones de vida (condiciones de trabajo y consumo) de las clases componentes y el movimiento de las partes más amplias subsume el de los individuos Breilh 1989: 72).

¿Las acciones realizadas por el Sistema de Salud con la propuesta del paquete básico de servicios de salud, el enfoque reduccionista desde el modelo biomédico, es suficiente para abatir el problema de enfermedad del país?

### **III. EL DISCURSO OFICIAL**

## 1. MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO

Hemos analizado la enfermedad isquémica y las causas de acuerdo al modelo médico, una explicación de esta “manera de enfermar” la podemos encontrar en el discurso oficial.

Se ha postulado que el desarrollo económico de un país tiene como consecuencia el mejoramiento de las condiciones de vida y a la presencia de enfermedades crónicas se les ha dado una connotación de enfermedades del desarrollo. Se ha explicitado también como un progreso reciente de salud el incremento de la esperanza de vida, 73 años para las mujeres y 67 para los hombres. (Economía y Salud 1994: 30)

Lo anterior nos conduce a pensar en la enfermedad desde una óptica meramente biológica; además, la política económica del país no ha ido precisamente hacia el progreso en los últimos años y sin embargo, observamos surgir las enfermedades del “desarrollo”.

Desde el punto de vista oficial, unas son las enfermedades de la pobreza; dándole una connotación diferente a las enfermedades crónico-degenerativas, sin hacer alusión a la crisis del modelo económico del país y la emergencia de estas “nuevas” enfermedades. Ya Mario Timio mostraba el incremento de la cardiopatía coronaria en las clases más bajas, como por ejemplo los obreros (Timio 1986: 51-63).

Un elemento que podemos analizar para valorar la frecuencia de la cardiopatía isquémica en un contexto social y médico es la mortalidad, entendiéndola como un acontecimiento colectivo para clarificar así su carácter social (Franco 1989: 37). Sin embargo, tenemos que seguir nuestro avance y analizar los acontecimientos que se desarrollan en las etapas, todavía desde el quehacer médico, es decir, desde los factores de riesgo. Considerando para ello el discurso oficial.

El modelo médico contempla algunos factores de riesgo y cambios en el estilo de vida como desencadenantes de la enfermedad isquémica (cuadro 5). Es así como el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1995-2000 menciona que:

Nuestro país ha recorrido en las últimas décadas un arduo camino para proteger y mejorar la salud de la población. El esfuerzo ha dado resultado positivo en diversas áreas..... Coexisten en

nuestro país enfermedades de la pobreza... con nuevos problemas de salud, relacionados con los cambios en los estilos de vida.... (PND 1995-2000:92)

Entendiendo como factor de riesgo aquellas anomalías demostrables en personas sin cardiopatía coronaria y que se asocian con un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad más tarde (Zorrilla 1985: 405). Los factores de riesgo se derivan del estilo de vida; si esto es así, todo el peso de la responsabilidad y de culpa de la enfermedad recae en el paciente.

Quedando especificados algunos factores de riesgo en el PND 1995-2000: “El sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol..... constituyen nuevos factores de riesgo” (PND 1995-2000).

De esta manera se aborda la enfermedad desde las acciones inmediatas de estilos de vida, de una manera individual, hasta aquí el enfoque corresponde al adelgazamiento del Estado, dejando la responsabilidad a los sujetos. El Programa Nacional de Salud (PNS) así lo refuerza:

La persistencia de hábitos nocivos a la salud, a pesar de la realización de acciones educativas variadas, sigue asociada a la poca participación de la población. (PNS 1990-1994: 20).

Por último podemos comentar el peso del “*status* crónico”, del “ser” y del “estar” como resultado del incremento de enfermedades crónicas; para poder comprender esta nueva situación se dice que “los individuos con algún padecimiento han pasado de “estar enfermos” a “ser enfermos” (Economía y Salud 1994: 112).

La trascendencia de lo anteriormente expuesto reside en la cotización de la enfermedad, vista desde el factor económico: fuerza de trabajo - producción . Se habla del calificativo “**peso**” ““ “de la enfermedad, peso o carga que la salud representa para la sociedad.

Es decir, se le dará mayor énfasis al costo-beneficio de la enfermedad por medio de un indicador (AVISA) que contabiliza los Años de Vida Saludables que se pierden debido a muertes prematuras y discapacidad (Economía y Salud 1994: 125). Como se puede observar, este indicador valorará las pérdidas de la enfermedad más que del estar del “ser enfermo”. Desde aquí se derivarán programas en forma de “paquetes básicos de servicios” que solo atenuarán, pero no terminarán con el problema de salud-enfermedad. Esta será una consecuencia de hacer el análisis de costo-efectividad de la manera de enfermar.

Ante esta percepción de la enfermedad, ¿cuál es la importancia del entorno social, político y económico? Considerando solo las causas biológicas de este

padecimiento, ¿son suficientes para explicar el fenómeno y promover acciones encaminadas a resolver de una manera integral el problema?

## ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO.

Los conceptos de estilo de vida y factores de riesgo son fundamentales para el modelo biomédico cuando explica los procesos de la enfermedad y su desenlace en la muerte. A partir de ellos se construyen programas preventivos y de promoción de la salud. Es importante conocer su significado y alcances para poder comprender cabalmente cómo se interpreta el fenómeno de salud enfermedad en el discurso oficial.

El término estilo de vida se empezó a utilizar para explicar las cuestiones relacionadas con la salud a partir de 1972 a pesar de que se había acuñado muchos años antes y fue ampliamente utilizado por la sociología y la psicología. Ha recibido diversas interpretaciones: Marx pensaba que el estilo de vida estaba determinado por los factores económicos; Weber consideraba estilo de vida como sinónimo de *status* social de grupo; para Adler el estilo de vida era una cuestión individual. Las definiciones son múltiples pero, a excepción de la concepción de Marx (citado por Jeannine Coreil *et.al.*, 1985:424)<sup>5</sup>, todas coinciden en referirlo a lo individual.

En medicina, en general, se refieren a estilo de vida como:

comportamientos específicos que se identifican como factores de riesgo para la muerte por enfermedad o accidente, siendo los más comunes el uso del tabaco, la adicción al alcohol y las drogas, el control del peso y la dieta, el ejercicio, el manejo del estrés y el uso de artículos para la seguridad...(Coreil, Jeannine *et.al.*, 1985:428)

Esto es, se ha retomado el aspecto individual del término y solamente se ha agregado a la explicación de la enfermedad y la muerte. Explicación ésta que resulta, por lo tanto, también individual, enlazado al ámbito exclusivo de la voluntad sin tomar en cuenta ningún otro determinante de la salud-enfermedad. En sentido estricto estilo de vida implica por lo tanto que los

"hábitos personales son discrecionales, que se modifican independientemente y que los individuos pueden elegir voluntariamente cómo alterar su comportamiento...está orientado (el concepto) hacia la intervención en el comportamiento a nivel de lo individual, lo cual constituye la punta de lanza de la concepción burguesa de la promoción y prevención de la salud..." (DHEW 1979b; Bauer 1980, citado por Coreil, Jeannine *et.al.*, 1985:428)

---

<sup>5</sup> En el artículo de Jeannine Coreil *et.al.*, al mencionar la concepción de Marx, dice (en inglés) "*patterns of life*" lo cual no es precisamente lo mismo que estilo de vida (*life style*); sin embargo los autores sí lo incluyen dentro de las diversas definiciones de este término. La traducción de las citas es nuestra.

El término factores de riesgo tiene más o menos las mismas implicaciones que estilo de vida. La explicación de un proceso de salud-enfermedad “no se agota en algunos factores de riesgo ambientales y externos” (Laurell,C.y M. Márquez, 1983:18), es necesario trascender esta explicación superficial o inmediata para poder llegar a lo esencial: a la determinación económico- social de la salud-enfermedad colectiva.

De alguna manera ambos términos son usados como sinónimos aunque pensamos que factores de riesgo se refiere a las entidades que afectan en particular el estado de salud; y estilo de vida implica a los factores de riesgo. Esto es, el estilo de vida que una persona “elige” lleva aparejados uno o varios factores de riesgo.

Es claro, entonces, por qué estos términos han sido acogidos por el modelo biomédico. Resulta mucho más sencillo considerar la salud y la enfermedad (con “y”, no con guión) como un fenómeno individual, como un desequilibrio de la estructura general, cuya prevención depende de una elección personal; que ligarlo a un contexto social en el cual estamos implicados todos. Es preferible “culpar” a los individuos por su estado de salud que asumir en conjunto la responsabilidad de la salud colectiva.

Cuando se describe la etiología de las enfermedades es común explicar los orígenes de éstas haciendo referencia a estilos de vida o factores de riesgo. La explicación puede resultar “objetivamente” válida; por ejemplo, no es posible negar que una alimentación deficiente, una vivienda insalubre, abasto de agua no potable, etcétera, son “factores” o “estilos de vida” que favorecen la aparición de enfermedades. Sin embargo, estas “explicaciones” nunca se preguntan por qué se vive así. ¿Será una elección personal? ¿Será producto de la voluntad?

Por todo lo anterior es que consideramos que el uso de los términos estilo de vida y/o factores de riesgo refiere directamente a una concepción funcionalista del problema de la salud. Un marco teórico-metodológico que considera la salud-enfermedad como un fenómeno colectivo determinado por lo económico, lo social, lo cultural, etcétera, no puede recurrir a ellos. Aunque se pretenda vaciarlos de su contenido funcionalista, como lo hace Cristina Possas (Avendaño,C. y Ma.E. Ortega, 1990:64) al definir estilo de vida como “referido a las formas sociales y culturalmente determinadas de vida (por ejemplo, patrón alimenticio)”. El concepto implica necesariamente un referente teórico y no es válido trasladarlo a otro que, por lo demás, es completamente distinto.

En resumen, estilo de vida y factores de riesgo remiten a una concepción del fenómeno de salud-enfermedad reduccionista, mecánico e individualista.

**IV. BALANCE  
RELACIONES ENTRE CONDICIONES  
DE VIDA Y SALUD**

## **1. OTRA MIRADA**

En el acto mismo de la reproducción no sólo se modifican las condiciones objetivas (por ejemplo, un pueblo se transforma en ciudad, un desierto en terreno cultivado, etc.), sino que se modifican también los propios productores, en cuanto que surgen nuevas cualidades de sí mismos, se desarrollan y transforman ellos mismos en el proceso de la producción, crean nuevas fuerzas y representaciones, nuevos modelos de relación, nuevas necesidades y nuevo lenguaje.

Karl Marx

## LA SALUD.

Es así como la salud en México ha estado directamente relacionada con la política del Estado. Hasta antes de 1982 la política de salud respondía a la corriente benefactora del Estado, derivándose programas de bienestar encaminados a legitimar al Estado y acciones principalmente enfocadas a la atención médica; el modelo practicado de atención médica era de corte biologicista y reduccionista, modelo que persiste y reduce a sus partes consituitivas los fenómenos para lograr entenderlos (Capra 1982: 62).

No olvidemos que a principios del período 34-82 se sentaron las bases para la industrialización, fue en éste período que se dió un desplazamiento del campo a la ciudad, favorecido por la descapitalización del campo; se hace visible un perfil de salud que encierra tanto enfermedades infecciosas como crónico-degenerativas, desplazándose éstas últimas hacia los primeros lugares .

La crisis económica de 1982 fue la antesala para que se diera la apropiación del proyecto neoliberal por parte del Estado. La característica es el retraimiento del Estado en las políticas sociales y económicas; la mayor contracción económica en los últimos 64 años (La Jornada, 29 nov. 95), el descenso de la producción industrial hasta un 46%, el deterioro del nivel de vida ante la reducción del gasto social, el desempleo, el incremento de la deuda externa, la privatización: desde 1982 se han privatizado 1155 empresas (La Jornada, 29 nov. 95), en puerta la privatización del IMSS, el descenso de la cobertura en salud, ha sido lo más sobresaliente de ésta época.

Un perfil de salud que mostró el ascenso de enfermedades crónicas y peristencia de enfermedades infecciosas, como característica de éste período, que no permite descubrir otros problemas no visibles pero reales, es la característica de esta época.

El SNS que se creó en 1982 muestra también este adelgazamiento, siendo afectado por la reducción del gasto social (1.2% del PIB para 1990). El SNS al descentralizar los servicios, como una manera de eludir responsabilidad y abaratar costos (López y Blanco 1993: 52), pasa a los estados y municipios la responsabilidad de la salud; los programas de salud, de esta manera, dependerán del recurso financiero de los estados, no siendo igual, por ejemplo el recurso destinado a salud en el estado de Nuevo León que en Oaxaca.

La forma del Estado de eludir la responsabilidad de garantizar los derechos sociales es vía la desregulación, propiciando la privatización de las instituciones de salud, como el IMSS. Se contraponen el discurso a la práctica. En estas condiciones, se manifiesta el deterioro de las condiciones de vida y de salud, con un mosaico de padecimientos crónicos e infecciosos; reduciéndose los derechos sociales en el contexto de un deterioro económico.

## LA OTRA MIRADA SOBRE LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA.

**Uno debe estudiar atentamente las aguas que los habitantes usan, el modo como viven y cuales son sus ocupantes...tener en cuenta las estaciones del año, los vientos, el calor, los fríos, especialmente en su calidad de comunes a todos los países y luego en calidad de localidad.**

**Hipócrates**

El epígrafe que da entrada a este inciso nos ha hecho reflexionar acerca del significado real del término transición epidemiológica; de la carga ideológico-política que éste conlleva y de la necesidad de desentrañarlo. Por otro lado, nos llamó la atención el punto de vista del “padre de la medicina”: a más de veinte siglos de distancia, la visión de Hipócrates es más cercana a la realidad concreta, más vinculada a los problemas que circundan la salud-enfermedad, que muchos de los científicos actuales.

En el inciso anterior en que desarrollamos el concepto de transición epidemiológica intentamos circunscribirnos al uso común del término, aunque -de alguna manera- avanzamos en la crítica. Sin embargo, ahora que estamos tratando de esbozar la **otra mirada** del proceso de salud enfermedad, quisiéramos redefinir o por lo menos contemplar el término desde su “politicidad”, desde lo ideológico y lo político.

Jaime Breilh, en la ponencia “Reproducción Social y Salud” expone a qué se refiere con “politicidad”:

Hay dos dimensiones de la politicidad de la ciencia que deben reconocerse en el análisis epistemológico para la comprensión del problema del método. Una la politicidad “externa” que radica en el contenido y proyección clasistas de los vínculos del trabajo científico con la sociedad y el poder...y una politicidad “interna” que se encuentra en la construcción del modo de pensar científico y que se expresa en la configuración misma de las categorías y explicaciones que la ciencia incorpora. (Breilh 1989:71)

La politicidad externa de la concepción que se encuentra “atrás” del término transición epidemiológica es que tanto su contenido como su proyección apuntan hacia la apología del sistema capitalista en el sentido de que a partir de “análisis probabilísticos (y sustituyendo) el estudio integral de la determinación” (Breilh 1989:69) implementa discursos que oscurecen la verdadera situación de la salud-

enfermedad. Así, puede considerarse, basándose en estadísticas sin desagregar, en datos globales, sin tomar en cuenta los determinantes sociales, que en México, gracias al desarrollo social y económico, a la mayor cobertura de servicios de salud\*, etcétera, etcétera, los perfiles de salud se han modificado de tal manera que ya nos morimos de desarrollo y que por lo tanto las políticas de salud deben enfocarse en este sentido, sin descuidar -desde luego- la “extrema pobreza” a la cual todavía hay que atender de cerca, aunque solamente se esté dispuesto a aplicar el Programa Básico. Por otra parte, este discurso evidencia los vínculos existentes entre los que lo detentan y el sector (clase) de la sociedad que se beneficia directamente de sus conclusiones: los promotores del proyecto neoliberal. Amparados en las conclusiones de los epidemiólogos es que es posible contabilizar el costo-beneficio de los programas de salud

los AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos) nos dan una visión más integral de las necesidades prioritarias. Ahora, para que algo sea una prioridad de acción no basta que sea una necesidad prioritaria, es decir, que tenga alta frecuencia en la población, sino además tiene que haber intervenciones costo-efectivas para atender ese problema, es decir, buenas herramientas para reducir el alto peso de la enfermedad a un costo que la sociedad pueda sufragar. (Frenk 1994:23)

En cuanto a la politicidad interna cabría llamar la atención acerca de las categorías y explicaciones que ampara el discurso “académico” (como le llama el mismo Breilh). En primer término, son categorías que parten de un marco teórico pragmático y neopositivista en donde solamente será válido aquello cuantificable, observable y capaz de ser sometido a las leyes de la probabilidad:

“el concepto pragmático de una causa o determinante es cualquier factor que produce una diferencia, en una situación dada tiene un efecto o produce un cambio...” y “...en epidemiología reconocemos la probable presencia de una causa de un trastorno de salud por su coincidencia, fuera de límites acordados de probabilidad, con el supuesto efecto, es decir el factor (x) y el resultado (y) están estadísticamente asociados” (Susser, Mervin 1985, citado por Breilh 1989:70)

en segundo término, este discurso conjunta o asocia lo biológico y lo social como una relación simple y externa, fraccionada, sin jerarquizar, sin delimitar.

Ilustra lo anterior la siguiente cita de José Gómez de León:

La especie humana es la única que expresamente ha impulsado esta transición; la dimensión social de la transición demográfica ha conducido a una **biologización de la muerte**, en el sentido de hacer que los individuos **mueran por los límites exclusivamente biológicos de la multiplicación de las células**. (Gómez de León, 1994:39)<sup>6</sup>

La explicación que puede surgir tanto del marco conceptual como de estas categorías es necesariamente parcial, reduccionista, fragmentaria y estática. A

\* Piénsese esta aseveración a la luz de la aprobación de la Ley del Seguro Social, de los altos índices de desempleo, de la recesión económica, de la parálisis del aparato productivo, etcétera.

<sup>6</sup> El resalte de la frase “célebre” es nuestro.

## MEXICO 1995

El panorama actual de la economía mexicana y las políticas sociales en estos momentos arroja un saldo con crecientes desajustes, que nos muestran la paradoja del neoliberalismo:

La obsesión fundamental de la administración de Miguel de la Madrid y de Carlos Salinas de Gortari estuvo basada en conseguir un elevado crecimiento económico a costa de la desprotección de dos variables irreconciliables con el aumento del Producto Interno Bruto (PIB), la inflación y la evolución de la balanza de pagos (Gutiérrez 1995:10)

En estos momentos, para el Estado Mexicano, se reduce la posibilidad de encontrar otras alternativas para incorporar al país en la vía de un progreso económico y social; desde el momento en que el modelo neoliberalista insiste "...en que el crecimiento es la prioridad en México" (Gutiérrez 1995b:10).

Aunque los desajustes ocasionados por el propósito de hacer crecer al producto interno bruto se presentan por no contar con el respaldo necesario en el desarrollo y la industrialización del país, acrecentando incongruencias y disfunciones macro y microeconómicas

En este sentido observamos que :

Por eso la magnitud de la caída del producto, por eso la manifestación de tensiones sociales y políticas en la forma de un gran desempleo, cierre de empresas, caída brutal de los niveles reales de ingreso. la redefinición de la estructuración de la seguridad social" (Bendesky 1995: 47 )

La atención de las políticas sociales se cubre de manera incipiente, ya que la reducción de los gastos públicos se deterioran paso a paso a partir del adelgazamiento gubernamental, impuesto por el neoliberalismo, en donde

La pérdida de los Estados nacionales y de buena parte de sus atributos soberanos (control del presupuesto y de la moneda, fijación de su política económica internacional, determinación del ritmo, las opciones y las características de su desarrollo, que dependen de condiciones histórico - culturales y socioeconómicas de cada país, o la independencia técnica de sus fuerzas armadas y los grandes centros de decisoriales a la parte fundamental del **stablishment** de los países dependientes ha reducido el peso de los sectores llamados "nacionales" (Almeira 1995: 51 )

pesar de que ésta ya haya trascendido el modelo unicausal y en aras de la “objetividad” haya incorporado el modelo poli o multicausal en el cual coexisten lo biológico y lo social en igualdad de circunstancias. Ya no es posible soslayar que en la pobreza, en la desnutrición, en condiciones insalubres “aparecen” enfermedades distintas que en medios más prósperos; sin embargo, ante estas “objetividades”, las respuestas son la descentralización y las reformas a las leyes. Las verdaderas acciones que habrían de tomarse de hacer un análisis de las determinaciones socio-económicas del proceso de salud-enfermedad son soslayadas y estigmatizadas como ideológicas, radicales, intolerantes, etcétera. Antes de concluir este inciso es necesario considerar que la epidemiología “académica” u “oficial” no miente, pero dice las verdades a medias, por lo que las posibles soluciones también son solamente a medias; con el agravante de que en el terreno de la salud, las respuestas a medias se convierten en muerte.

## **2. OTRA REPUESTA**

## PROCESO DE URBANIZACION.

**esa hibridación de mejoría y destrucción de la salud expresa las contradicciones del progreso capitalista. Lo que enferma y mata no es el progreso sino el modo capitalista de progresar.**

**Jaime Breilh**

A lo largo de los capítulos e incisos anteriores hemos ido esbozando los caminos que puede tomar la explicación del por qué la enfermedad isquémica del corazón se ha convertido -en los últimos años- en la primera causa de muerte en nuestro país. Hemos hablado de economía, de política, de políticas sanitarias, todo ello enmarcado por el proyecto neoliberal de Nación. Hemos analizado estadísticas y las hemos criticado, hemos tratado de desmenuzar el discurso oficial con el fin de desconstruirlo y hallarle su lógica. Todo esto con el fin de poder internarnos en otra explicación, otra respuesta a las condiciones de salud en México, en general y a la de la enfermedad isquémica, en particular.

Uno de estos “caminos”, una de estas explicaciones, apunta hacia el proceso de urbanización que ha sufrido México en los últimos 50 años: las ciudades de más de 1 millón de habitantes, en 1940, constituían el 13.81% del total nacional; para 1980, llegaban al 28.93% (Ver Tabla 10 y Gráfica 10 ). La población urbana en 1940 era el 35.1% de la población total (por lo tanto la rural era el 64.9%) y cincuenta años más tarde, la relación es a la inversa; esto es, la urbana 71.3% y la rural 28.7%, (Ver Tabla 2 y Gráfica 2). Más aún, el aumento en las muertes por enfermedades de este tipo se inició en 1940, lo cual coincide con el inicio del proceso de urbanización de México (Ver Tabla 1).

Las poblaciones urbanas de algunos países en desarrollo están creciendo a un ritmo anual del 5 al 7%, debido a las tasas de natalidad elevadas y a la emigración continua del campo a las ciudades. Para el año 2 000 aproximadamente la mitad de la población vivirá en las ciudades. (Blanco y Sáenz 1994:25)

Todo esto hizo que nos preguntáramos: ¿Qué relación guarda el proceso de urbanización con el aumento de muertes por enfermedad isquémica del corazón? ¿Qué sucede en las ciudades que provoca esta situación?

Sin pretender agotar el tema y más bien intentando iniciarlo queremos partir de una análisis somero de este proceso en México.

A finales de los 40s se impuso en México, como en la mayoría de los países de América Latina, un acelerado proceso de urbanización bajo la idea de progreso y de modernismo.

La "modernización" de la sociedad tenía que ser el objetivo frente al tradicionalismo caduco. Y como modernidad y ciudad tendían a equipararse frente al campo atrasado y culturalmente rezagado, el proceso de urbanización no tendría que ser necesariamente malo. Por el contrario -se estipulaba-, en la medida que la "integración" de las mayorías a la esfera moderna...sea una realidad, la marginación, el atraso, el subdesarrollo, serán vencidos. (Jury 1984:13)

Es decir, con la idea de que lo urbano era sinónimo de progreso, y éste de desarrollo y bienestar, se promovió e impulsó su crecimiento. Este impulso, sin embargo, tuvo altos costos en la población ya que se llevó a cabo a partir de la expulsión de los campesinos de sus tierras para pasar a formar parte, por lo general, del enorme ejército de reserva de la naciente industria nacional. A pesar de que, como dice Jury (1984:16), en aquellos años nació el nuevo fetiche de la planeación, las ciudades no crecieron con armonía y orden, sino que se fueron convirtiendo en enormes concentraciones de población la cual en su mayoría se asentó ilegalmente en terrenos periféricos, constituyendo los "cinturones de miseria" que encontramos alrededor de las grandes ciudades del país: Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Toluca y zona industrial aledaña al D.F., etcétera. La promesa del progreso y el desarrollo pronto mostraron que no eran más que discursos políticos y millones de personas quedaron confinadas en ciudades atestadas, insalubres, contaminadas, inseguras. Y es que

los "portadores" oficiales del progreso (son) incapaces de dominar racionalmente la naturaleza, pues han provocado fuerzas destructivas actuales tan peligrosas y angustiosas como las del pasado...La crisis de la idea de progreso no es, pues, crisis de la idea misma, sino de los portadores de la idea, que se han convertido, ellos mismos, en "naturaleza" que debe ser dominada. (Gramsci 1983:32)

Coinciden Breilh y Gramsci al considerar que el problema no es la ciudad, lo urbano o el progreso en sí mismos, sino el sistema capitalista que en su afán de acumular capital arrasa con todo y con todos.

Si el capitalismo arrasó con el campo, hizo lo propio con las ciudades, y en ellas imprimió su sello en muchos aspectos. El terreno de la salud no se vio libre del asedio y las consecuencias fueron y siguen siendo críticas: "intensificación de los procesos laborales, creciente consumismo y asimilación de patrones de vida enajenantes...concentración de masas subproletarias...(Breilh,1984:50). Es tan alarmante el fenómeno de salud-enfermedad en las grandes ciudades que incluso la Organización Panamericana para la Salud (OPS) considera como prioritaria la investigación y análisis de los diferenciales de salud según condiciones de vida en grandes áreas urbanas (Blanco y Sáenz 1994:12)

Giovanni Berlinguer (En: Breilh 1984:72) propone tres fases o momentos de interacción entre urbanización y salud. La primera comprende el período que ya mencionábamos anteriormente, las grandes migraciones del campo a la ciudad, las concentraciones insalubres de proletarios o subproletarios “que constituyen un fértil terreno para el desarrollo y difusión de enfermedades infecciosas...”; la segunda fase se da cuando los movimientos sociales, los sindicatos y los intereses del Estado “coinciden” en llevar a cabo mejoras en las condiciones generales de vida: vivienda, drenaje, cobertura de servicios de salud, etcétera. La tercera aparece cuando se acentúa

la presencia de procesos mórbidos causados por la “desproporción de las relaciones sociales”, por las condiciones de trabajo y de vida creadas por la sociedad. A los índices de mortalidad infantil se unen los índices de mortalidad proporcional a la edad laboral, morbilidad y mortalidad por enfermedades “de desgaste”, procesos mentales y otros asociados ya no al consumo mínimo alimentario sino al consumo cultural. (Berlinguer en Breilh 1984:73)

En las grandes ciudades<sup>7</sup> mexicanas pensamos que se ha pasado por las tres fases y que actualmente vivimos al primera y la última, la de la miseria urbana y la de la desproporción de las relaciones sociales; la segunda, la de las reivindicaciones sociales recibió el día 8 de diciembre de 1995 uno más de los golpes mortales que acabarán por desaparecerla.

Las causas de las enfermedades de la civilización, del desarrollo o emergentes - entre las que se encuentra la enfermedad isquémica del corazón- son todas aquellas que se pueden relacionar con lo urbano (capitalista), con las grandes ciudades. Pierre Vachet enumera varias: el ruido “desempeña un papel importante en el *surmenage* multiforme, responsable del aumento de la mortalidad por afecciones cardiovasculares.(Vachet 1967:74); el colesterol (ya desarrollado en incisos anteriores); el *surmenage* profesional, el sedentarismo, las cargas morales considerables, las emociones, las preocupaciones, la fatiga, la obesidad, la inseguridad en todos los terrenos, el miedo; “nos desgastamos, envejecemos, se muere joven cuando la higiene nos permitiría hacernos viejos. (Vachet 1967:23) Podríamos añadir el desempleo, la violencia, la corrupción, el estrés, etcétera, etcétera.

Aparejado al proceso de urbanización y ligado a todo lo que hasta aquí hemos expuesto podemos señalar al proceso de industrialización. Uno llevó al otro, son mutuamente incluyentes. Por ejemplo, solamente las ciudades que mencionamos más arriba (D.F., Toluca y la zona conurbada al D.F., Guadalajara y Monterrey) concentran 333 de las 500 mayores empresas del país (Ver Tabla 11 ). El D.F. y la Zona Centro participaron del Producto Interno Bruto (PIB) en la industria manufacturera, en 1980, en un 56.4%; solamente el D.F. lo hizo en un 29.5%

---

<sup>7</sup> Consideramos grandes ciudades aquellas que tienen más de 1 millón de habitantes y que tienen industria más o menos desarrolladas. Esto es, aproximadamente al 28.93% del total nacional (Ver Tabla 10)

(Ver Tabla 12). Un dato más: en el D.F. se concentró, en 1988, el 16% de la industria de la transformación, con un 20.5% de personal ocupado (Ver Tabla 13). Esta situación implica, al igual que lo urbano, un grave deterioro de la salud: la contaminación del aire y el agua, el ruido, los procesos de trabajo desgastantes, con cargas de trabajo exhaustivas e intensivas, fuertes condiciones de presión, “las manifestaciones de tensión nerviosa en los trabajadores...las epidemias de estrés, son sólo algunos de los daños a la salud registrados. (Rajchenberg 1989:47).

En lo industrial hallamos también aquella promesa incumplida que hizo lo urbano. La globalización, el proyecto neoliberal, la inmensa deuda externa, la crisis económica ¿mundial? que ha hecho descender la inversión interna y externa, la transformación del Estado que ha dejado a lo privado gran parte de sus “responsabilidades”, han convertido al “milagro mexicano” en una mascarada en la cual la persecución a ultranza de la ganancia, la sujeción a los dictados del FMI y el Banco Mundial no han tenido otro resultado que un tremendo retroceso en las condiciones generales de vida de los mexicanos. O como bien dice Rajchenberg (1989:47):

el aumento o el mantenimiento de la ganancia que no puede ser obtenido mediante el cambio de las condiciones objetivas en la producción, se logra por la exacerbación de condiciones que correspondieron a un estado anterior de desarrollo. Por consiguiente, más que transición hacia perfiles epidemiológicos de sociedades avanzadas, transitamos por patologías producidas por el estrés crónico con “patología de la pobreza”.

En resumen, lo urbano y lo industrial capitalista son procesos que impiden definitivamente el desarrollo integral del ser humano, en tanto degradan todo lo que le es afín: el trabajo, la vida cotidiana, las relaciones, la salud.

## MIGRACION

Sí bien es cierto que durante la Revolución Mexicana, la población era en su mayoría perteneciente al sector campesino. En los gobiernos postrevolucionarios, con las políticas de impulso de desarrollo, y con:

la idea generalizada de que el progreso económico requería de un numeroso contingente de mano de obra, en un país donde los recursos eran abundantes y donde se delineaba la perspectiva de un amplio proceso de industrialización...aunque paradójicamente en la década de los sesenta...se hacían evidentes los desequilibrios económicos y sociales generados por el modelo de desarrollo seguido hasta entonces...cuando...se empezaron a manifestar algunos de los obstáculos que este crecimiento establecía para satisfacer las crecientes demandas de bienestar social(Martínez 1986:8)

La población mexicana, actualmente se caracteriza por ser mayoritariamente urbana, pero es necesario señalar que México cuenta con numerosos grupos étnicos, aunque

la tendencia opera hacia la integración de esos grupos a través de relaciones de dominación, explotación, de estigmatización, etc., pero que conducen de hecho a la eliminación de su aislamiento geográfico y cultural(Menéndez, 1990:205)

y dentro de este contexto se observa un proceso migratorio originado por las deficiencias estructurales:

...distribución desigual del capital y de la riqueza en el espacio, la imposibilidad de acumulación en el interior de la economía campesina y la insuficiencia de capital invertido productivamente( Margulis 1980:57)

Campesinos obligados a la búsqueda de la obtención de los satisfactores básicos de existencia. Campesinos que se han desarrollado en su mayoría en relaciones de producción no capitalista, que emigran hacia el capital de las ciudades industrializadas y también emigran hacia las fuentes de trabajo baratas denominadas "maquiladoras"

Actividades de maquila que: no les garantizan en la mayoría de las ocasiones las garantías laborales básicas, y que por el contrario se les contrata en condiciones de sobre explotación y los obligan a formar así una parte más de la población que en las

ciudades junto con la población económicamente activa, pero desempleada y empleados informales pauperizados en los países como el nuestro, se ven en la necesidad de moverse hacia los lugares que les ofrezcan de alguna manera una mejor opción de vida.

La migración se presenta como una alternativa de sobrevivencia, que en la realidad y lejos de conseguir sus objetivos llegan a otras ciudades a constituirse en

...minorías étnicas y culturales, sobreexplotados y empobrecidos, segregados e indefensos...construyendo  
...inframundos en medio de la opulencia de estas naciones:(Pradilla 1992:47).

Naciones urbanizadas y sostenidas por los intereses de un capitalismo con una ideología de clase y una "cultura de progreso" que sobre todos se garantiza para ella misma todo tipo de seguridades y razón por la que

...hoy más que nunca el campesinado estorba para la reproducción astronómica del capital virtual, encarna el anticonsumismo irrevocable, a contracorriente de un mundo que por decreto ha confundido la libertad de consumir ...(Berger 1995:23)

## DESEMPLEO

El neoliberalismo produjo cambios en las formas de reproducción social de la vida. Uno de los cambios que ha traído el neoliberalismo ha sido el desempleo creciente y esto a su vez ha modificado las formas de reproducción social, lo cual ha cambiado los patrones de reproducción de la fuerza de trabajo hacia el deterioro de la reproducción social.

Recordemos que 1995 ha sido el año de mayor contracción económica en los últimos 64 años (nov. 95: La Jornada), existen 6.6 millones de desempleados (19 nov. 95: Financiero) de los cuales un millón 200 perdieron su empleo este año. Para hablar del desempleo partiremos del trabajo y su relación con el medio.

El hombre se relaciona con la naturaleza por medio del trabajo, esta relación se modifica con el desempleo creciente de la sociedad, al no haber objeto de trabajo. Como ya sabemos, el hombre por medio del trabajo se apropia de la naturaleza y la transforma; es decir, el hombre se reproduce en la práctica y transforma la naturaleza. Así pues, según Marx:

“El proceso de trabajo torna objetivos y reales los fines o proyectos de los hombres y permite, en consecuencia, que puedan ser compartidos por los demás amén de que abre la posibilidad de la historia misma”.....(Juanes 80: 15)

Kosik también expresa su concepto sobre el hombre, la naturaleza y trabajo:

sobre la base del trabajo, en el trabajo y por medio del trabajo, el hombre se ha creado a sí mismo no sólo como ser pensante, cualitativamente distinto de otros animales superiores, sino también como el único ser del universo, conocido de nosotros, capaz de crear la realidad. El hombre es parte de la naturaleza y él es también naturaleza.....(Kosik 1979: 218).

Estos cambios en las formas productivas, caracterizadas por el desempleo en los últimos años, que ha tenido lugar principalmente en las zonas urbanas, han ocasionado un deterioro de las condiciones de vida. El deterioro laboral, el desempleo, la no participación en los procesos de producción, son condicionantes de un estrés “crónico”; el estrés se explica por los estímulos (desempleo, frustración) que precisamente al ser repetitivos estos estímulos en un período de tiempo conducen al desarrollo de las enfermedades “crónicas”, como la enfermedad isquémica. Entonces, no solo los ritmos intensos de trabajo generan enfermedad, también el estrés que se produce por la falta de trabajo es un factor que lleva a la enfermedad; convirtiéndose así la enfermedad en algo con carácter histórico y social y que por lo tanto no se reduce al ámbito biológico.

Podemos decir, entonces, que las enfermedades crónicas, por su relación estrecha con problemas sociales como el del desempleo, no son exclusivas o primordialmente productos de los procesos de desarrollo en cuanto tales, sino también de los efectos perversos de un desarrollo distorsionado, como es la pobreza. Seguramente en estudios posteriores se podrá avanzar en la documentación de esta hipótesis. Lo anterior se puede ver reflejado en los siguientes conceptos:

El avance de la producción y organización social capitalistas se acompaña del surgimiento de una problemática social compleja e intensa. La proletarización, que convierte al salario en el elemento central de sobrevivencia; la concentración urbana de la población, que rompe el vínculo inmediato con la naturaleza como medio de subsistencia; la ruptura de las formas tradicionales de protección social, que hace aflorar la inseguridad social y la pobreza (Laurell 1992: 126).

## CLASE SOCIAL

En la sociedad capitalista los hombres viven, enferman, son asistidos y mueren de clase...(Basaglia. Franco, et.al. 1989:s/n)

Es importante desde el punto de vista epidemiológico analizar la estructura de clases en México, que es el producto de las transformaciones que han venido ocurriendo en nuestro país.

Durante el período de 1955 a 1961 se consolida definitivamente la etapa monopólica transnacional. Así bien, para 1960 el modelo de desarrollo se basa en una estructura monopolizada y la oferta se orienta hacia sectores de altos ingresos. El sector manufacturero se torna en el eje dinámico de la economía y se concentran las poblaciones en las zonas industrializadas.

Como efecto de la modernización y de la industrialización basada en la sustitución de importaciones, se inicia la modificación del patrón de consumo. Al introducirse bienes de consumo duradero en la canasta básica, se modifica el esquema del gasto familiar en detrimento de los productos básicos para la nutrición, lo cual incide sobre las condiciones de salud.

La década del "desarrollo estabilizador" presencia la formación de una amplia "clase media" -Más por patrones de consumo que por relaciones productivas-, que acompaña a la consolidación de un modelo de crecimiento basado en el crédito externo. En esta fase de expansión debida sobre todo a la inversión pública, los campesinos pagan el costo de la dinamización de la oferta con la que se contribuye a abaratar el precio de los salarios y por lo tanto de la fuerza de trabajo. (Castro y Garduño 1992:19)

Los ajustes económicos aplicados como solución a las crisis económicas contribuyen a deteriorar las condiciones de vida, de salud y estado nutricional de la mayoría de sus poblaciones.

La desnutrición no sólo se deriva de la ignorancia, las infecciones y la alimentación inadecuada, también de la pobreza como su causa estructural.

Cada clase social será la portadora de especiales condiciones de reproducción de su fuerza de trabajo así como de un perfil característico de salud-enfermedad. Es por esto que cada clase social presenta un perfil epidemiológico característico, producto del perfil reproductivo (calidad de vida), que determina un perfil de salud-enfermedad igualmente característico." (Granada 1991:46)

## ALIMENTACION

“En la sociedad actual, ha surgido una serie de necesidades creadas por la cultura del consumismo, impuesta por la dinámica de la producción industrial. Esta situación ha permitido una explotación irracional de los recursos naturales. Los nuevos hábitos de alimentación, la forma antihigiénica de la vivienda y los riesgos laborales están exigiendo, a su vez, nuevas formas de atención médica”(Mendieta 1993:9).

Por lo tanto las formas de consumo alimenticio forman parte de las políticas de los estados y están por encima de los intereses de la sociedad, siendo la generación de ganancias lo más importante.

El avance tecnológico industrial introdujo perfeccionamientos en los métodos de producción y elaboración de alimentos, asociado a las políticas que regulan la producción y el suministro de alimentos y que están inspiradas por factores económicos y políticos (Foro Mundial de la Salud 1991:28).

Reflejado esto en una deficiente alimentación en la mayoría de la población en donde:

“...existe un desequilibrio entre el aporte calórico y las necesidades del urbanismo: comemos lo que no necesitamos....”(Mendieta 1993:9b).

Y en otros casos ni siquiera lo necesario

“Nunca el mundo ha sido tan injusto en el reparto de los panes y los peces, pero el sistema que el mundo rige y que hoy se llama pudorosamente economía de mercado se sumerge cada día en un baño de impurezas...”(Galeano 1995:12)

## MEDIOS DE COMUNICACION

...Nunca se había desarrollado tanto la tecnología de la comunicación en este mundo comunicadísimo que parece que cada vez más ir a un mundo de mudos; la propiedad de los medios de comunicación se concentra cada vez en menos manos, los medios dominantes están monopolizados por los pocos que pueden llegar a todos. Nunca tantos han sido tan incomunicados por tan pocos; cada vez son más los que tienen el derecho de escuchar y el derecho de mirar, pero cada vez son menos los que tienen el derecho de informar, opinar y crear... (Galeano 1995:11).

Otro más de los problemas que condiciona el desarrollo actual de países de América Latina y en el caso específico de México se encuentra a través del manejo o de la penetración de la llamada ideología del neoliberalismo, y que para su difusión utiliza todos los medios habidos y por haber: televisión, cine, radio, prensa, etcétera,.

En todos los medios de comunicación se reiteran diariamente las posiciones fundamentales de las políticas económicas implantadas por el modelo neoliberal, en donde uno de los objetivos principales es hacer creer a la población que México (el Estado) es independiente y libre en cuanto al manejo de su economía y su política social.

Cosa que lejos está de ser la verdad, ya que la globalización de las políticas económicas abarcan de manera general a países desarrollados y países en vías de desarrollo para lograr una "igualación cultural".

Galeano lo confirma al observar

...que los medios de comunicación de la era electrónica, mayoritariamente puestos al servicio de la incomunicación humana, están imponiendo la adoración unánime de los valores de la sociedad de consumo...Galeano 1995:11b).

La utilización del término globalización se observa no sólo desde el punto de vista económico en un solo sentido, sino que se amplía hasta abarcar todo un mercado de consumo que de manera necesaria se mantiene en perpetua extensión, para que no se contraigan las tasas de ganancia.

La televisión se encarga de convertir en necesidades reales a las demandas artificiales que el norte inventa sin descanso y exitosamente proyecta sobre el mundo: ahora están todos obligados a comprar bastante en el crucero de la modernización, pero ocurre que en las aguas del mercado abundan más los naufragos que los navegantes; para quien sabe cuántos millones de jóvenes latinoamericanos, condenados a la desocupación con salarios de hambre...(Galeano, 1995:12)

Llamando a esto, Economía de Mercado que no reconoce fronteras y hace suya a la humanidad como clientes de la industria cultural, que en el campo de la información queda limitada a la acción de obediencia:

La embestida fragante de esta incomunicación que nos deseduca no hace más que destacar la dimensión del desafío que estamos enfrentando. en lucha desigual pero en lucha mas que nunca necesaria, ahora que la moda de fin de siglo nos manda apearnos de la esperanza, como si la esperanza fuera un caballo cansado (Galeano1995: 13)

## PROCESO DE TRABAJO

La vinculación del proceso salud-enfermedad con el desarrollo obliga a saber más de los factores socio-ambientales, el trabajo, la contaminación del medio, la nutrición y la dinámica poblacional.

Sin el trabajo no podría existir el hombre, ni forma alguna de sociedad. Pero para que el hombre se reproduzca no sólo es necesario el trabajo, sino que aquello que se produjo con su actividad transformadora se consuma para la satisfacción de sus necesidades. Por eso podemos hablar de dos etapas. En la primera (proceso de trabajo), los hombres o la comunidad actúan y se relacionan con la naturaleza (con sus materiales) a través de determinados instrumentos de trabajo para generar productos o bienes. En la segunda (proceso de consumo) la comunidad consume los bienes producidos con lo que se completa el ciclo vital o reproductivo. (Noriega 1989:5).

En las sociedades capitalistas la finalidad del proceso de trabajo, es producir la mayor ganancia posible de las mercancías y no satisfacer las necesidades de la población, inmensas ganancias y concentración del capital en unas cuantas personas, aunque la riqueza provenga de la producción social (trabajadores).

Las sociedades capitalistas han buscado incrementar la fuerza productiva del trabajo, a través del desarrollo tecnológico o por la vía de la intensificación del trabajo, para ser más competitivos (el tiempo socialmente necesario para producir un bien), organizándola de acuerdo con los intereses de los propios empresarios, los cuales para tener más ganancias disminuyen las normas legales que protegen el salario y la jornada de trabajo, dando menos capacitación a los trabajadores y uso del capital, por lo tanto el trabajo no sólo es un factor de producción, sino también es una mercancía en la cual el significado del salario tiene un cambio (depresión salarial).

El desarrollo en nuestro país es desigual, ya que presenta marcadas diferencias entre regiones, sectores, actividades y niveles de ingreso de los diversos estratos y clases sociales.

Se han registrado cambios en la estructura de la población activa; ha disminuido la proporción de la población dedicada a actividades agrícolas y se ha incrementado la proporción de la que ingresa en los sectores industrial y de servicios. Así por ejemplo las industrias contratadas por el capital monopolista extranjero y por el Estado, como la industria automotriz, petroquímica, siderúrgica, etcétera; crecen con cierta rapidez, mientras que las de bienes de consumo y actividades primarias lo hacen con lentitud.

En el campo la explotación agropecuaria es cada vez mayor y más dramática. Extensiones rurales pertenecientes a un campesinado pobre de bajísimo nivel cultural y educativo, equipos inadecuados. La propia acción del Estado contribuye a acentuar los desniveles de productividad y desarrollo.

El rápido crecimiento de la población, de la fuerza de trabajo, la migración del campo y la tecnología e industria, obligan a las personas del campo a concentrarse en las ciudades, manteniendo así a una gran cantidad de la población sin empleo y esta población es la que amortigua la demanda de mano de obra y contribuye a mantener un bajo nivel de salarios.

Para esta ideología el desempleo es exceso de oferta vinculado al exceso de la población.

...Conociendo el aspecto social del trabajo podemos explicarnos porqué al capitalista le interesa, en primer término, producir lo más posible y al menor costo, sin importarle, muchas veces, el efecto negativo que esto acarree a la salud de los trabajadores... (Noriega 1989:6)

### **3. HACIA LA CONSTRUCCION DE UN MODELO EXPLICATIVO ALTERNATIVO**

**La superficie urbana es brillante (por ejemplo, el cromo), refleja lo que tiene enfrente, y parece negar que exista algo visible detrás. Su antítesis es el flanco de un cuerpo que sube y baja mientras respira. La experiencia urbana se concentra en reconocer lo que se encuentra afuera por lo que es, lo mide, prueba y amenaza. Cuando lo que está adentro ha de explicarse (no hablo en términos de biología molecular, sino de vida cotidiana), siempre se explica como mecanismo, si bien las medidas de la mecánica que se emplean siempre pertenecen al exterior. El afuera, lo externo, es celebrado con una reproducción visual continua (duplicación) y se justifica en el empirismo.**

**John Berger**

## HACIA LA CONSTRUCCION DE UN MODELO EXPLICATIVO

El trabajo de análisis y de investigación realizado durante el trimestre nos ha llevado a plantear una serie de preguntas, vinculadas con la problemática de la visión social de la salud y que pueden ser objeto de reflexión para los siguientes trimestres de la maestría.

Un tema es el de la distribución social del espacio metropolitano que se vincula estrechamente con el proceso de urbanización. Dado que la distribución social del espacio se realiza de forma inequitativa, tendríamos que preguntarnos cuales son los indicadores que nos permiten valorar esta distribución social diferencial y sus repercusiones en la salud.

En segundo lugar se podría considerar que las transformaciones que se van dando en la vida urbana, están constantemente modificando las condiciones de vida de quienes las habitan, con sus evidentes repercusiones en el campo de la salud y de la enfermedad. Por lo tanto, habría que analizar la relación que se da entre estas dos variables, de manera que se pudieran preservar los aspectos positivos de las transformaciones humanas, sin que ello implicara un deterioro de las condiciones de salud.

Una tercera temática a analizar pudiera ser la de la relación entre la enfermedad isquémica y la pertenencia a determinados estratos socioeconómicos: una hipótesis que se ha manejado es que éstas enfermedades son propias de las situaciones que se desprenden de un desarrollo creciente, sin embargo, empiezan a aparecer indicadores de que estratos sociales que están fuera de los procesos del desarrollo avanzado, son víctimas de estos tipos de padecimientos. Esto hace pensar que la enfermedad isquémica pudiera ser efecto de la pobreza y de la exclusión del desarrollo.

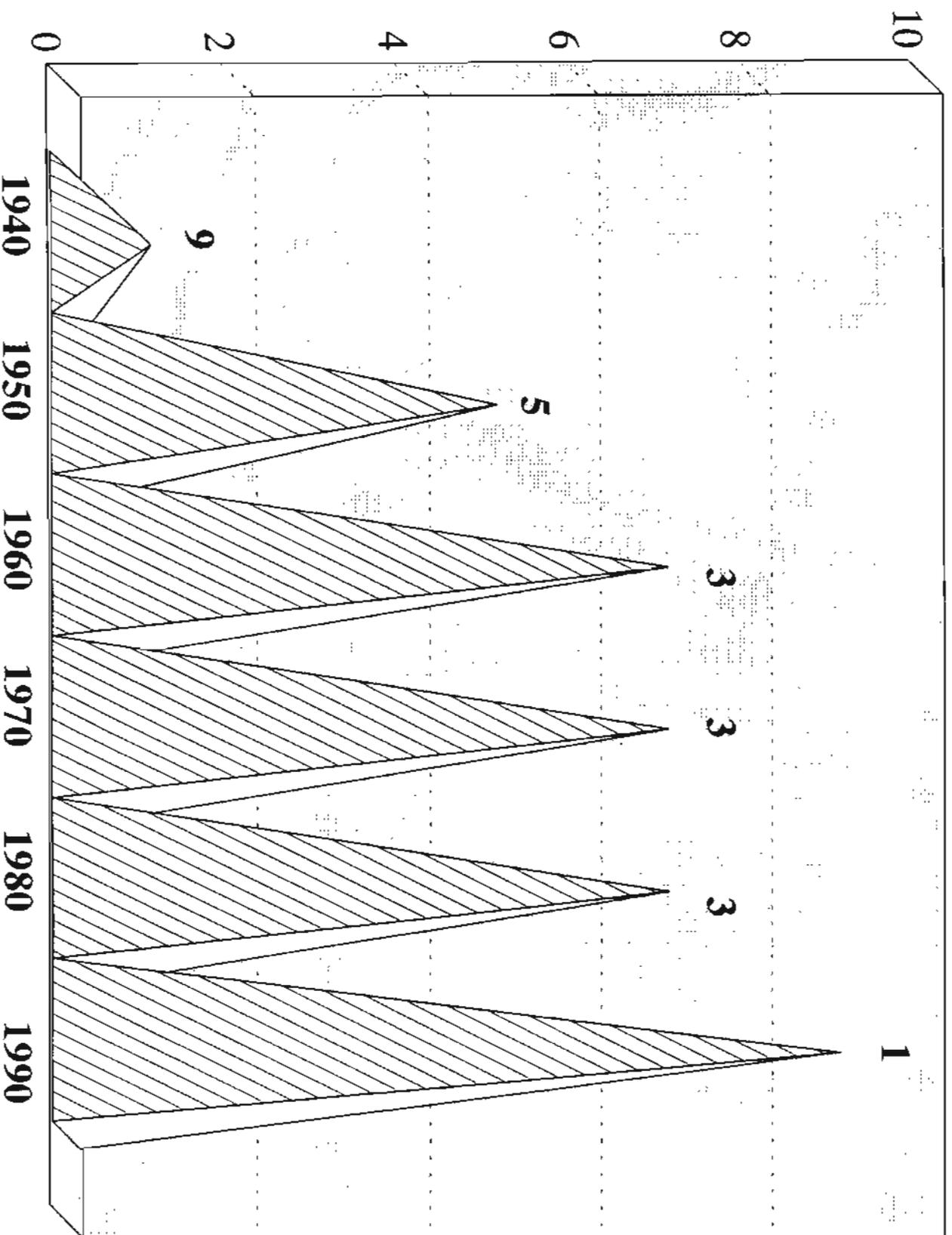
**V. ANEXO  
TABLAS Y GRAFICAS**

TABLA 1  
EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN MEXICO  
1940 - 1990

ORDEN	1940	1950	1960	1970	1980	1990
1	DIARREAS Y ENTERITIS	GASTROENTERITIS	GASTROENTERITIS Y COLITIS	NEUMONIA E INFLUENZA	ACCIDENTES	ENFERMEDADES DEL CORAZON
2	NEUMONIA E INFLUENZA	NEUMONIA E INFLUENZA	NEUMONIA E INFLUENZA	ENTERITIS Y OTRAS ENF DIARREICAS	ENF INFECC INTESTINALES	TUMORES MALIGNOS
3	PALUDISMO	ENFERMEDADES DE LA PRIMERA INFANCIA	ENFERMEDADES DE LA PRIMERA INFANCIA	ACCIDENTES, ENVENENA- MIENTOS Y VIOLENCIA	NEUMONIA E INFLUENZA	ACCIDENTES
4	SARAMPION	PALUDISMO	ENFERMEDADES DEL CORAZON	ENFERMEDADES DEL CORAZON	DIABETES MELLITUS	DIABETES MELLITUS
5	HOMICIDIOS	ENFERMEDADES DEL CORAZON	ACCIDENTES	CAUSAS PERINATALES	TUMORES MALIGNOS	CERTAS AFECIONES ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL
6	BRONQUITIS	HOMICIDIOS	TUMORES MALIGNOS	TUMORES MALIGNOS	ENF CEREBROVASCULARES	NEUMONIA E INFLUENZA
7	ENFERMEDADES DEL HIGADO Y CIRROSIS BILIARES	ACCIDENTES	HOMICIDIOS	ENF CEREBROVASCULARES	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMED CRONICAS DEL HIGADO	
8	DEBILIDAD CONGENITA VICIOS DE CONFORMACION CONGENITOS	TOSFERINA	BRONQUITIS	SARAMPION	DIABETES MELLITUS	ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES
9	ENFERMEDADES DEL CORAZON	TUBERCULOSIS	TUBERCULOSIS	CIRROSIS HEPATICA	HOMICIDIO Y LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PER	ENF. CEREBROVASCULARES
10	TUBERCULOSIS PULMONAR	BRONQUITIS	CIRROSIS HEPATICA	TUBERCULOSIS TODAS SUS FORMAS	BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ES- PECIFICADA ENFISEMA Y ASMA	HOMICIDIO Y LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PER.

FUENTE: TABULACIONES Y ANUARIOS ESTADISTICOS. DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA / INEGI (Varios años)

LUGAR QUE OCUPAN LAS ENFERMADES DEL CORAZON COMO CAUSA DE MUERTE  
MEXICO, 1940 - 1990



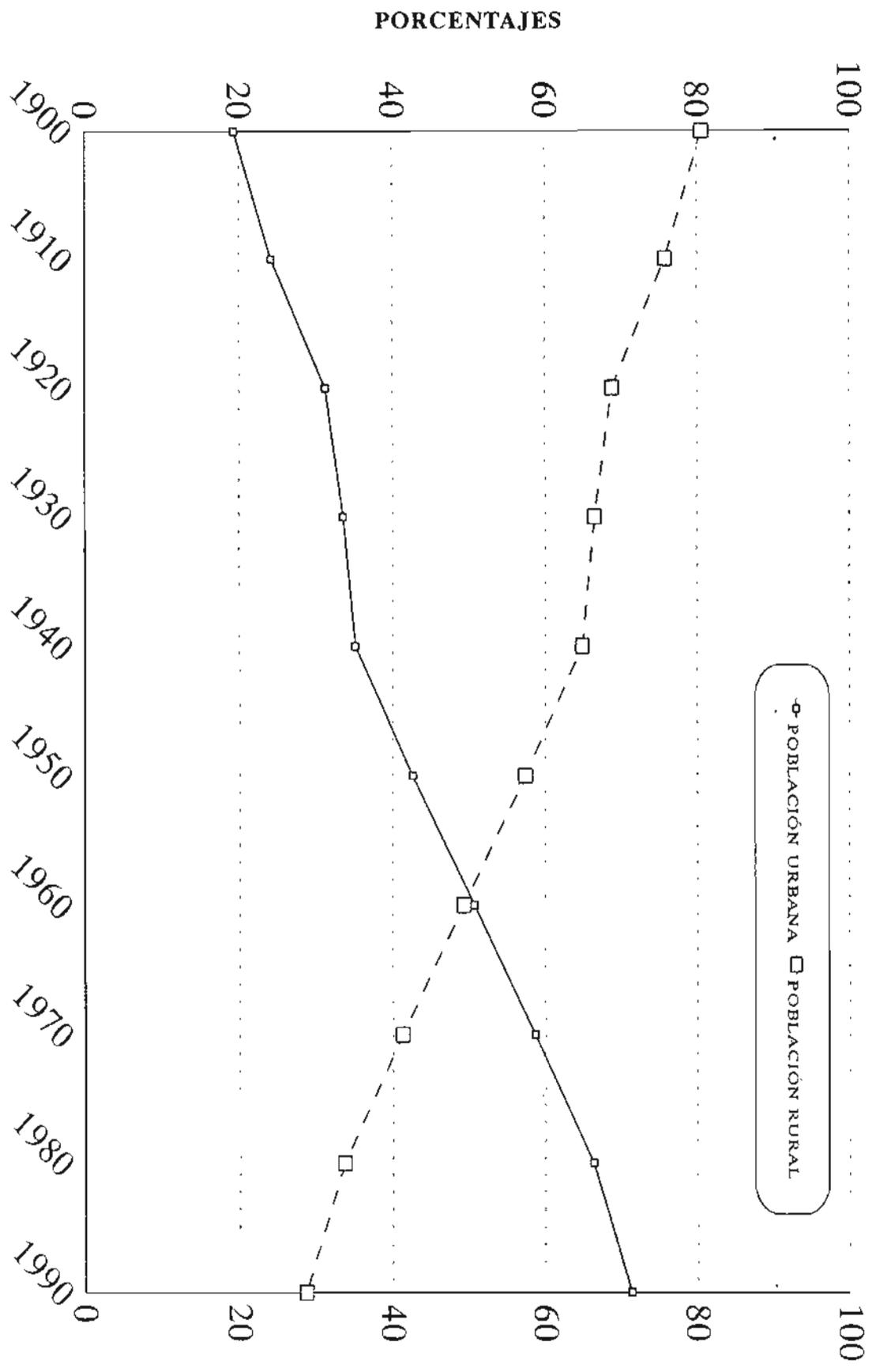
T A B L A 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN URBANA Y RURAL**

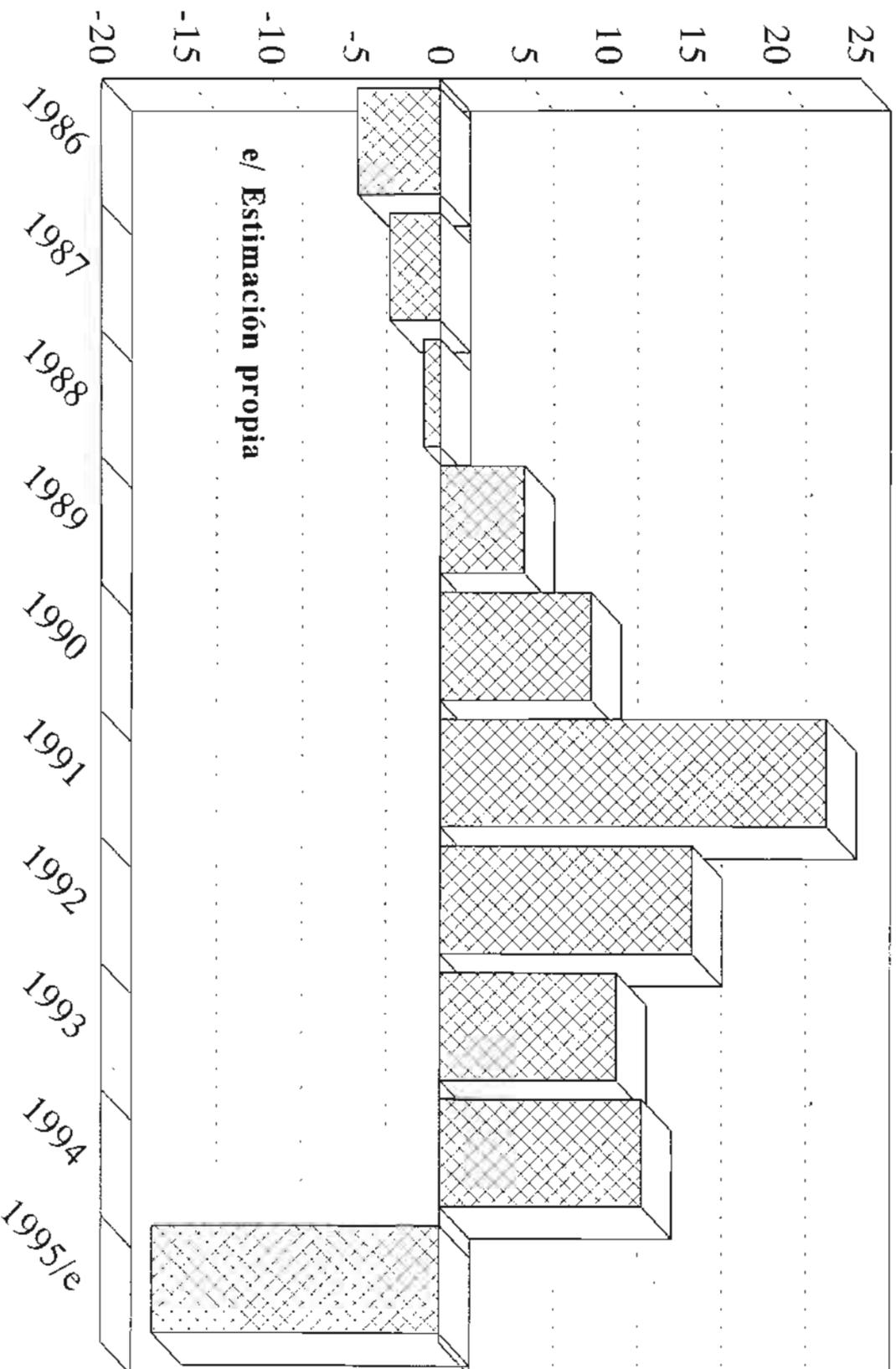
<b>AÑO</b>	<b>POBLACIÓN URBANA (%)</b>	<b>POBLACIÓN RURAL (%)</b>
1900	19.4	80.6
1910	24.2	75.8
1920	31.2	68.8
1930	33.5	66.5
1940	35.1	64.9
1950	42.6	57.4
1960	50.7	49.3
1970	58.7	41.3
1980	66.3	33.7
1990	71.3	28.7

FUENTE: 1900 a 1980, en INEGI, Agenda Estadística 1986, Cuadro III.1.2. México, 1987.  
 1990, en INEGI: Perfil sociodemográfico, XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL



# GASTO SOCIAL (Variación % real anual)



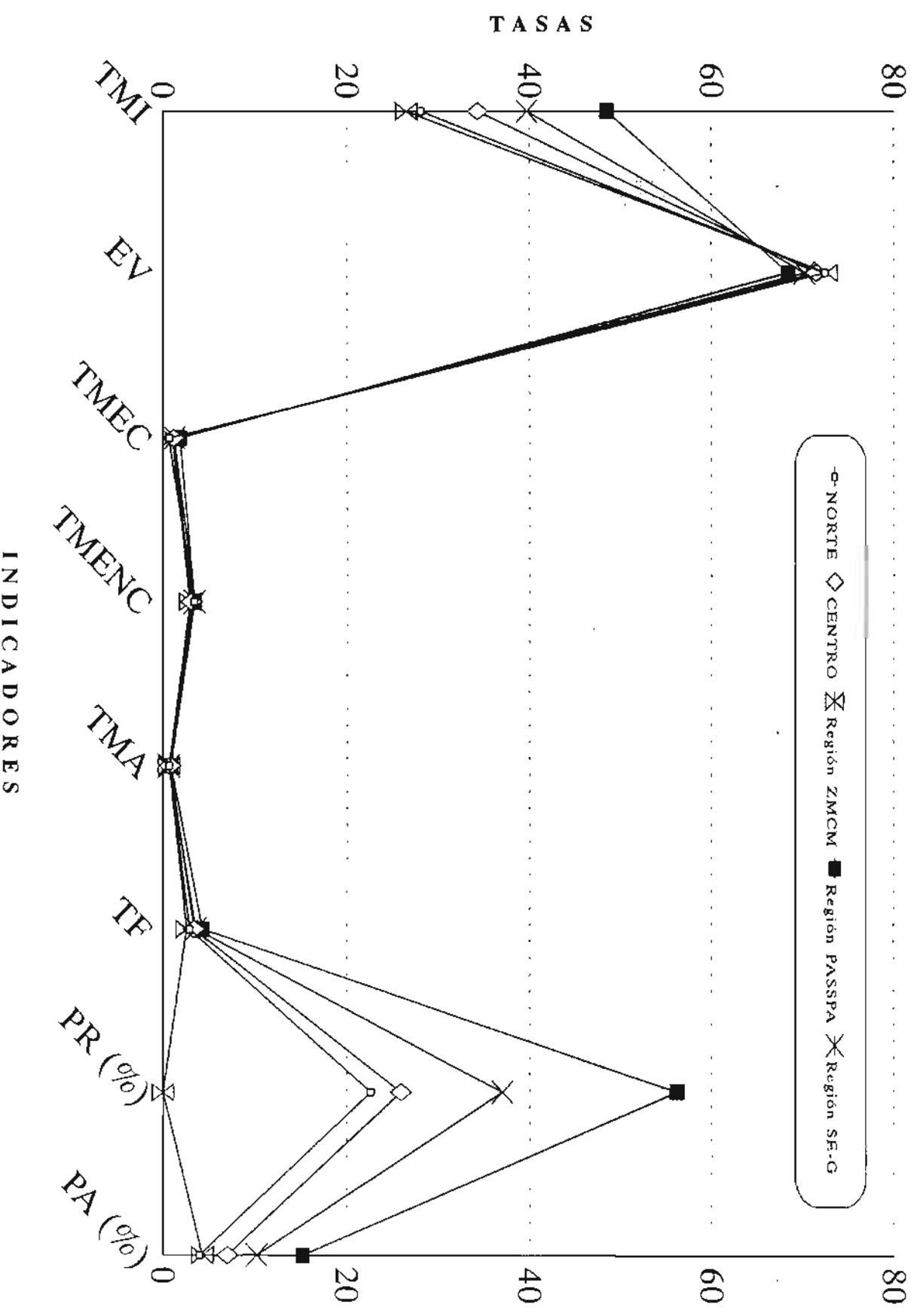
FUENTE: Anexo estadístico primer informe EZPL.

## INDICADORES POR REGIÓN, 1990

INDICADORES	NORTE	CENTRO	Región			
			ZMCM	PASSPA	SE-G	
TMI (Tasa de Mortalidad Infantil)	28.1	34.3	26.5	48.5	39.7	
EV (Esperanza de Vida)	72.4	71.5	72.6	68.4	70.2	
TMEC (Tasa de Mortalidad por Enfermedades Comunicables)	0.7	1.2	1.1	1.9	1.3	
TMENC (Tasa de Mortalidad por Enfermedades No Comunicables)	3.4	3.1	3.0	3.5	3.5	
TMA (Tasa de Mortalidad por Accidentes)	0.7	0.8	0.7	0.9	0.7	
TF (Tasa de Fecundidad)	2.9	3.4	2.6	4.3	3.6	
PR (%) (Población Rural)	22.6	25.9	0.0	56.2	37.0	
PA (%) (Porcentaje de Analfabetismo)	4.0	7.0	4.3	15.2	10.2	

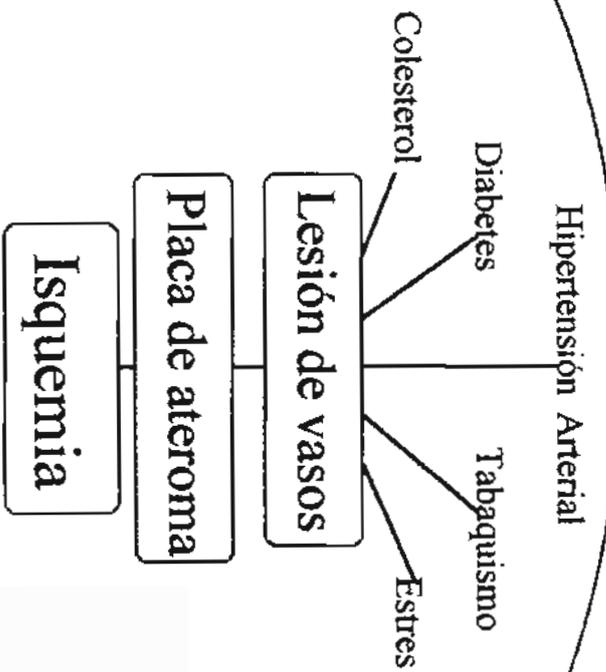
Fuente: SSA, Atlas de la Salud, 1993, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

# INDICADORES POR REGIÓN, 1990



# Enfermedad isquémica desde los factores de riesgo

Procesos sociales



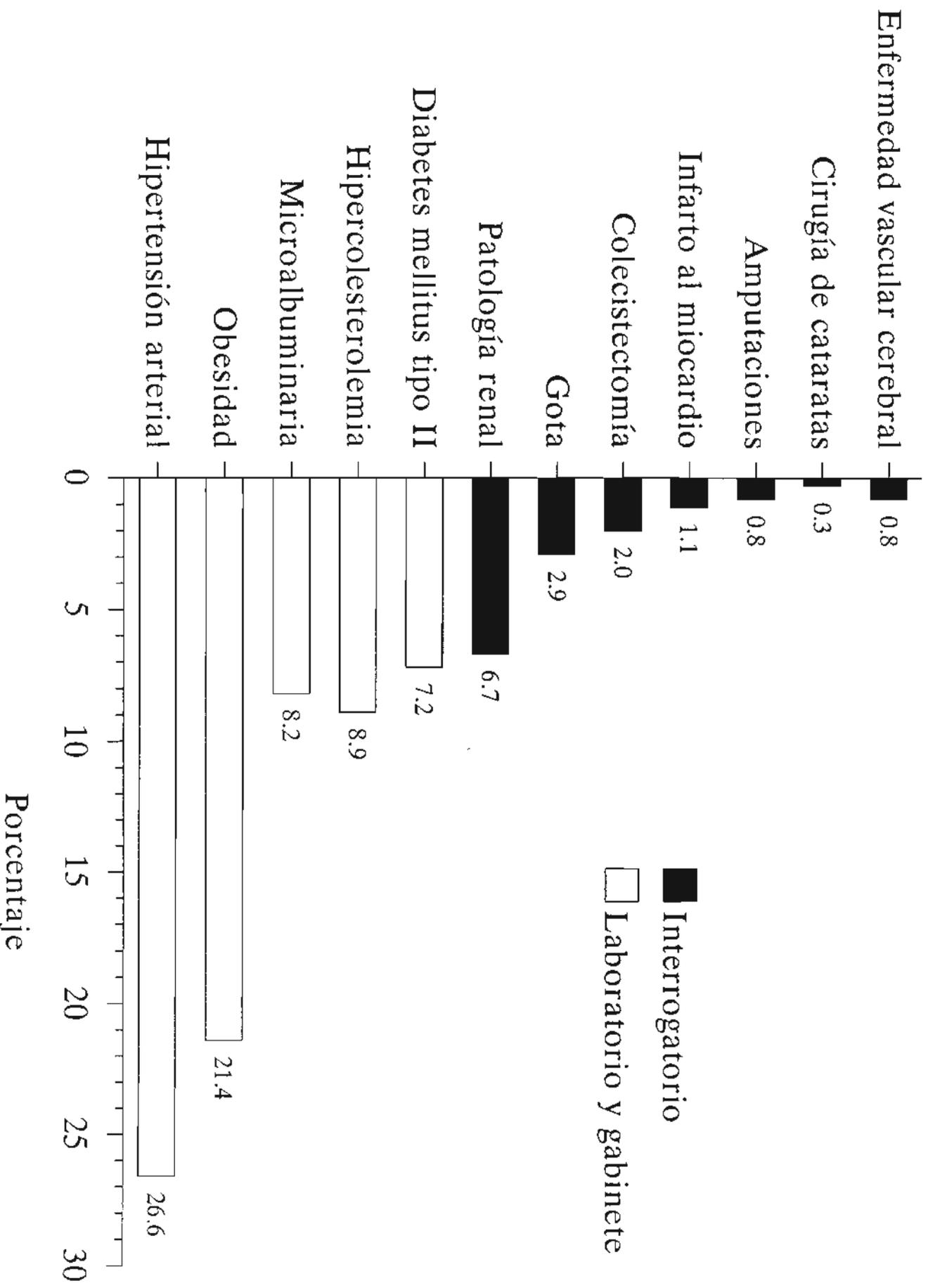
**T A B L A 6**

**REGIONALIZACION DE LA ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES**

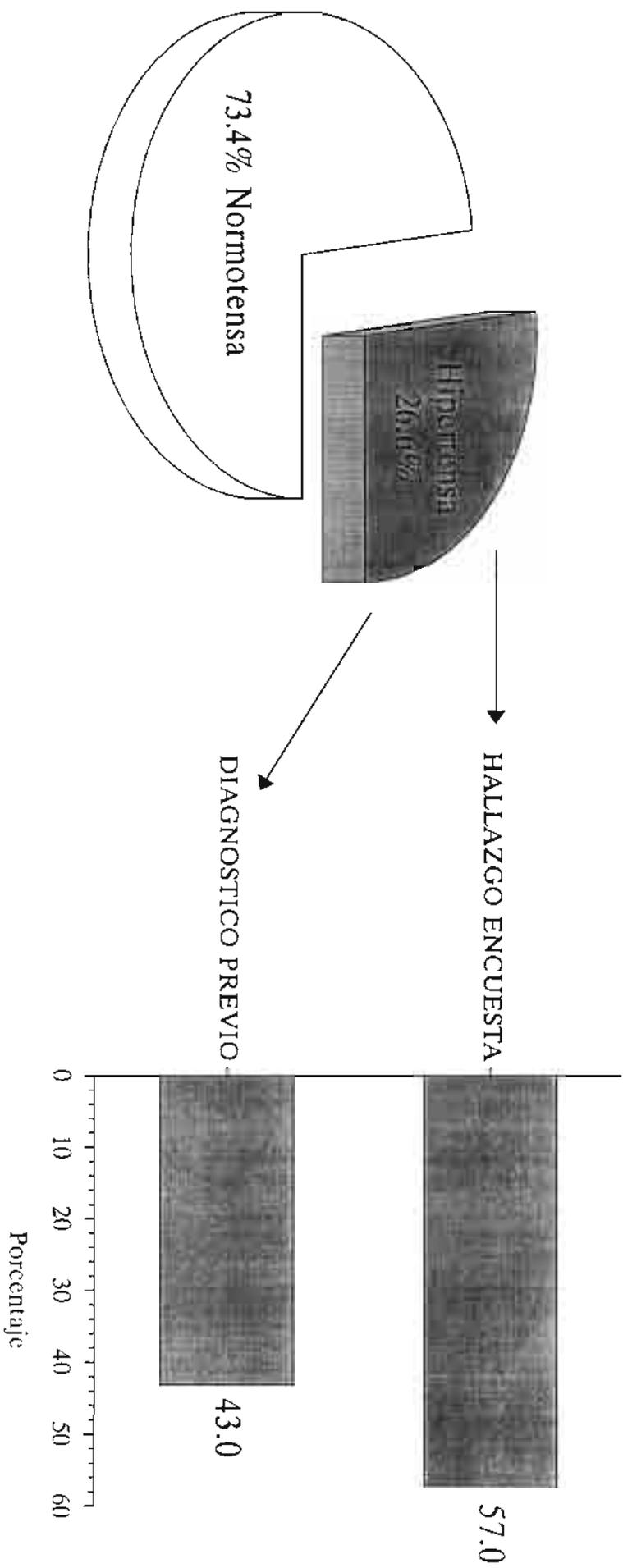
<b>Z O N A</b>	<b>ESTADOS</b>
<b>METROPOLITANA, D.F.</b>	Ciudad de México
<b>CENTRO</b>	Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala
<b>NORTE</b>	Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas
<b>SUR</b>	Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

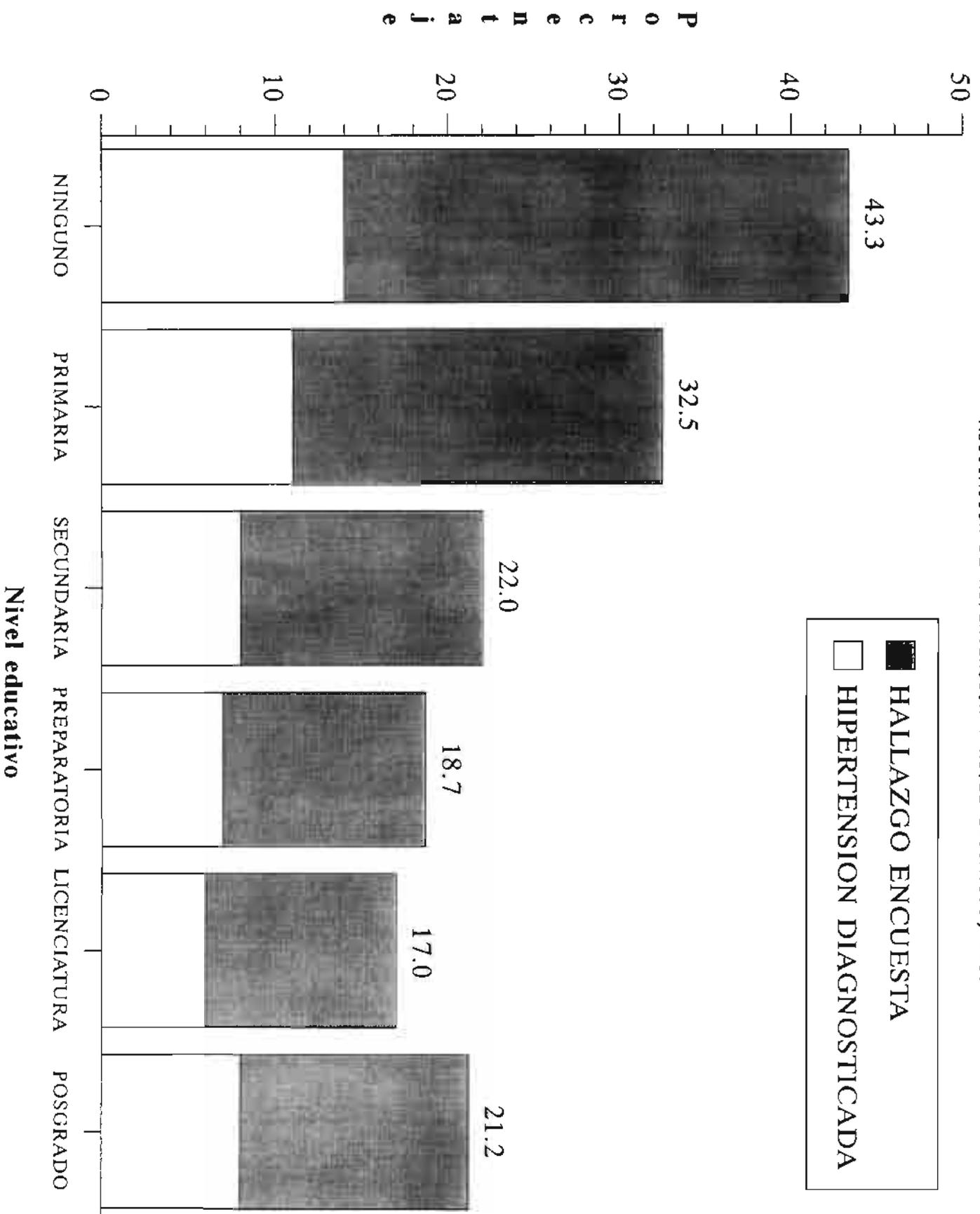
FUENTE: DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN". Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993.

G R A F I C A 7  
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS



GRAFICA 8  
PREVALENCIA DE HIPERTENSION, 1993



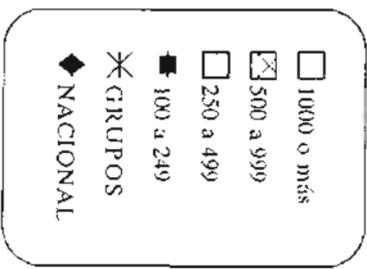
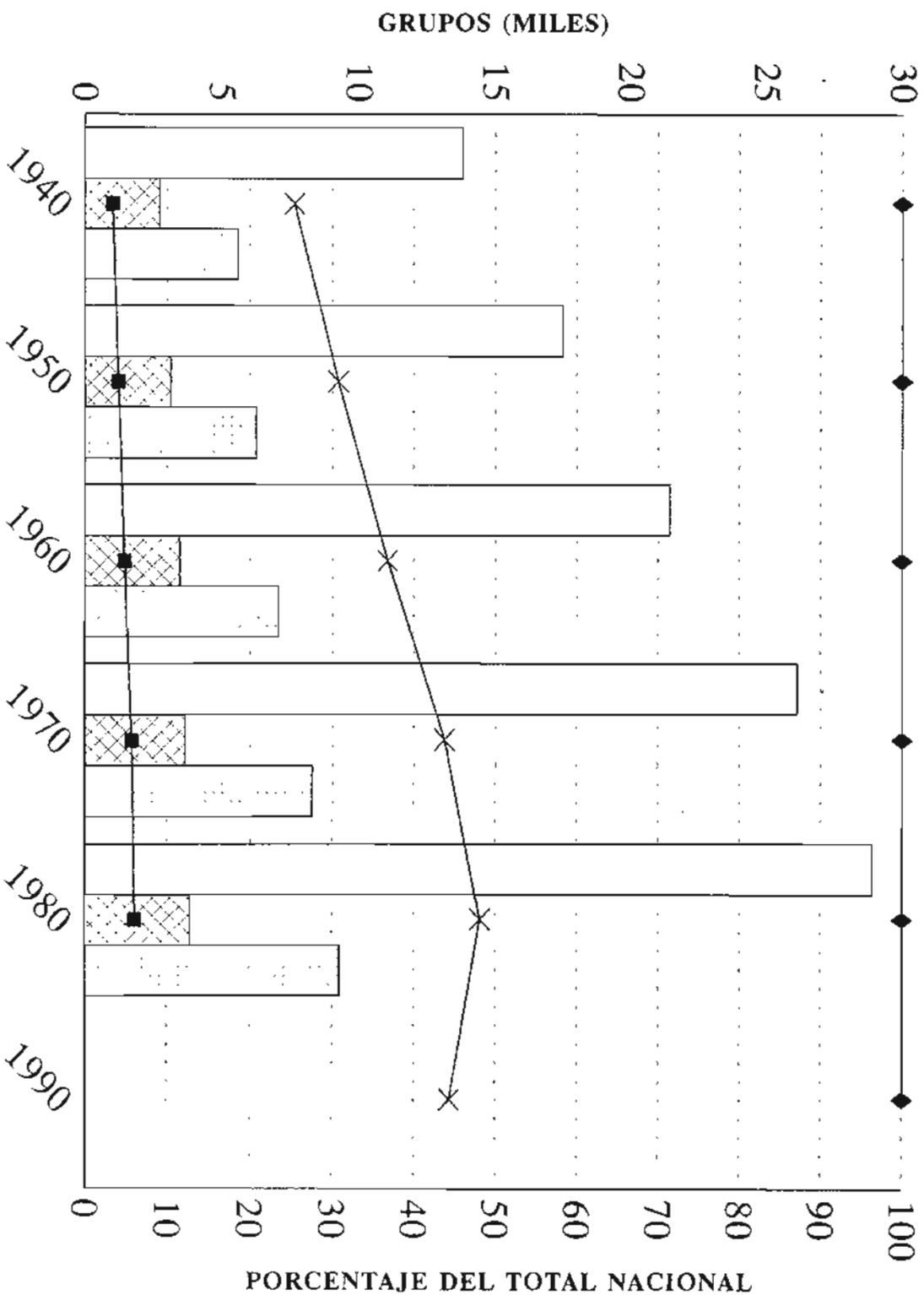


T A B L A 103

GRUPOS DE CIUDADES POR TAMAÑO DE POBLACIÓN 1940-1990

GRUPOS (MILES)	PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL					
	1940	1950	1960	1970	1980	1990
1000 o más	13.81	17.5	21.42	26.13	28.93	
500 a 999	2.72	3.13	3.46	3.65	3.83	
250 a 499	5.58	6.22	7.05	8.26	9.27	
100 a 249	3.38	4.06	4.85	5.7	6.08	
GRUPOS	25.49	30.77	36.77	43.75	48.11	44.4
NACIONAL	100	100	100	100	100	100

# GRUPOS DE CIUDADES POR TAMAÑO DE POBLACIÓN 1940 - 1990



LOCALIZACIÓN DE LAS 500 MAYORES EMPRESAS

ESTADO	1984		1989		1990	
	Núm.de Empresas	% del Total	Núm.de Empresas	% del Total	Núm.de Empresas	% del Total
D.F.	167	33.4	145	29.9	159	31.8
México	81	16.2	92	18.5	90	18
Puebla	17	3.4	18	3.6	12	2.4
Queretaro	14	2.8	11	2.2	10	2
Nuevo León	64	12.8	51	10.3	47	9.4
Coahuila	15	3	23	4.6	20	4
Jalisco	35	7	40	8	37	7.4
Chihuahua	15	3.	10	2	13	2.6
Otros	92	22	110	22	112	22.4
TOTAL	500	100	500	100	500	100

FUENTE: 1984 y 1989 en "Localización geográfica de las 500", Expansión No. 422, agosto 21 de 1985 y No. 547, agosto 15 de 1990; 1990 en "Ubicación de la planta o establecimiento principal de las 500", Expansión No. 572, agosto 21 de 1991.

**PARTICIPACIÓN DEL D.F. Y LA ZONA CENTRO EN EL PRODUCTO INTERNO  
BRUTO NACIONAL, DIVISIÓN DE LA INDUSTRIA MANUFACTURERA  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)**

<i>CIUDAD</i>	<i>1970</i>	<i>%</i>	<i>TASA</i>	<i>1975</i>	<i>%</i>	<i>TASA</i>	<i>1980</i>	<i>%</i>
D.F.	33880.4	32.2	17.7	76541.8	29.8	30.5	290140.0	29.5
Zona Centro Menos D.F.	25533.7	24.3	20.7	65479.0	25.5	32.3	265762.7	27.0
Zona Centro Total	59414.1	56.5	19.0	142020.8	55.3	31.4	555902.7	56.4
Nacional	105203.0	100	19.6	256701.0	100	30.9	985013.1	100

NOTA: Considérese zona centro a los estados de Puebla, Tlaxcala, Morelos, Hidalgo, Estado de México y Querétaro.

FUENTE: INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México 1970-1975-1980, México, 1985, cuadros 4 a 10, pp. 12-26

**PARTICIPACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL TOTAL DE LA INDUSTRIA  
DE TRANSFORMACIÓN MEXICANA  
1930-1988 (PORCENTAJES)**

<i>AÑO</i>	<i>Num. Establecimientos</i>	<i>Personal Ocupado</i>	<i>Remuneraciones</i>	<i>Capital Invertido</i>	<i>Producción Bruta Total</i>	<i>Materias Primas</i>	<i>Valor Agregado</i>	<i>Depreciación</i>
1930	6.8	19.0	32.9	22.6	28.5	30.8	27.2	16.8
1940	8.7	24.6	36.7	29.3	32.1	31.5	32.8	25.8
1950	20.0	25.0	44.1	35.5	40.0	39.7	40.4	28.8
1960	29.9	46.0	51.1	37.8	46.0	44.9	47.1	34.8
1970	27.9	41.9	51.3	42.5	46.8	44.6	48.6	34.7
1988*	16.0	20.5	20.2	15.7	16.7	18.1	14.6	N.D.

\* 1988 SÓLO INCLUYE EL D.F.

FUENTE: 1930 a 1980, Garza, Gustavo: El proceso de industrialización en la Ciudad de México 1821-1970. COLMEX, México, 1985, Cuadro VI-3, p. 143.;  
D.F. 1988, INEGI: XIII Censo Industrial. Resultados Definitivos. Resumen general. Censos Económicos, 1989.

## INDICE DE TABLAS

- Tabla 1 Evolución de las principales causas de defunción en México, 1940 - 1990.
- Gráfica 1 Lugar que ocupan las enfermedades del corazón como causa de muerte. 1940 - 1990.
- Tabla 2 Distribución de la Población en Urbana y Rural. 1900 - 1990.  
y Gráfica 2
- Gráfica 3 Gasto Social. 1986 - 1995.
- Tabla 4 Indicadores por Región. 1990.  
y Gráfica 4
- Cuadro 5 Diagrama de Explicación
- Tabla 6 Regionalización de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. 1993.
- Gráfica 7 Prevalencia de Enfermedades Crónicas. 1993.
- Gráfica 8 Prevalencia de Hipertensión. 1993
- Gráfica 9 Asociación de Hipertensión y Nivel Educativo. 1993.
- Tabla 10 Grupo de Ciudades por Tamaño de población. 1940 - 1990
- Tabla 11 Localización de las 100 mayores empresas. 1984 - 1990.
- Tabla 12 Participación del Distrito Federal y Zona Centro en el Producto Interno Bruto Nacional. 1970 - 1980.
- Tabla 13 Participación de la Ciudad de México en el Total de las Industria de la Transformación mexicana. 1930 - 1998.

## **VI. BIBLIOGRAFIA**

## **BIBLIOGRAFIA.**

Aguilar, A. Alonso y Fernando Carmona (1984). **México, Riqueza y Miseria**, México: Nuestro Tiempo

Avendaño, Cecilia y Ma. Elena Ortega (1990). **Medicina Social, Consumo y Salud-Enfermedad**. México:Tesis de Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco.

Batta, Víctor (Coord) (1995): **La crisis en cifras: sindicalismo y desempleo**. El Financiero. 19 nov. 95., México, D.F.

Berlinguer, Giovanni (1975). **Medicina y política**. Buenos Aires: Cuarto Mundo.

Batta, Víctor (Coord) (1995): **La crisis en cifras: sindicalismo y desempleo**. El Financiero. 19 nov. 95., México, D.F.

Bendeski, León(1995). **Un año de ajuste económico**. La Jornada, México, 3 de diciembre.

Blanco, José y Orlando Sáenz (1994). **Espacio Urbano y Salud**. México:Universidad de Guadalajara.

Breilh, Jaime (1984). **Ciudad y Muerte infantil**. Quito:Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, Jaime (1989). **Reproducción Social y Salud. (La Construcción del Pensamiento en Medicina Social y el Debate Ideológico)**. Tenerife:Congreso.

Breilh, Jaime (1990). "Reproducción social y salud". **Memorias del VI Congreso Mundial de Medicina Social: Democracia, Desigualdad y Salud**. Tenerife Canarias.

Breilh, Jaime (1995). **Nuevos conceptos y técnicas de investigación**. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Capra, Fritjof (1982). **El punto crucial**. Estaciones.

Coreil, Jeannine et.al. (1985). "Life Style. An emergent concept in the sociomedical sciences". **Culture, Medicine and Psychiatry** 9:423-437

Cueto, Luis (1989). **Prevención de la Aterosclerosis en México**, Intersistemas.

**Economía y Salud** (1994). Fundación Mexicana para la salud. México.

**Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas** (1993). Secretaría de Salud. México.

Franco, Saul (1990). "Tendencias de la Medicina Social en América Latina". **Memorias del VI Congreso Mundial de Medicina Social: Democracia, Desigualdad y Salud**. Tenerife Canarias.

Frenk, Julio (1994). "La transición altera el significado de la enfermedad". **Ciencia Médica**. vol.1:2.

Galeano, Eduardo (14 oct. 95). **La escuela del crimen**. La Jornada. México.

Gómez de León, José (1994). "El multiplicador demográfico de la transición". **Ciencia Médica**. vol1:2

Gómez de León, José .coord.(1995). **La demanda de servicios de salud en México. Análisis econométrico**. México:Consejo Nacional de Población.

González, Roberto (1995). **Cayó en 46% la producción de la industria constructora este año**. La Jornada. 3 dic. 95. México.

Gramsci, Antonio (1983). **Introducción a la filosofía de la praxis**. México:Premiá Editora.

Granda, Edmundo (1991). **Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud**. Taller latinoamericano de Medicina, Salud. Venezuela.

Guadalajara, José y Erick Alexanderson (1993). **Binomio Vascular corazón-cerebro**. Syntex 1(1):18 - 20.

Gutierrez, Elvia(1995) **Obsesión por el crecimiento, paradoja del modelo neoliberal desde hace doce años**. El Financiero, Mexico, diciembre 29 de 1995.

Ianni, Octavio (1977). **El Estado capitalista en la época de Cárdenas**. México: Serie Popular Era.

**Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993**. Invertir en Salud. Banco Mundial Washington, D.C.

Juanes, Jorge (1980). **Historia y naturaleza en Marx y el marxismo**. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.

Jury, Salvador (1984). **La urbanización en América Latina**. México:UAM-Xochimilco.

Kosik, Karel (1979). **Dialéctica de lo concreto**. México: Grijalbo.

Laurell, Cristina y Margarita Márquez (1983). **El desgaste obrero en México**. México:Editorial ERA.

Laurell, Cristina (1992). "Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo". En: Laurell (Coord). **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo**. México: Friedrich Ebert Stiftung.

Leal, Juan Felipe (1979). México: **Estado, Burocracia y Sindicatos**. México: El Caballito.

López, Daniel (1985). "El Sistema Nacional de Salud de México y su marco de referencia". En D. Cardaci, **¿Qué es el Sistema Nacional de Salud?**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp 19-28.

López, Rogelio et.al. "La transición epidemiológica. Los nuevos perfiles de México". **Ciencia Médica**. vol 1:2.

Margulis, Mario (1980). **Reproducción social de la vida y reproducción del capital**. México. Nueva Antropología.

Martínez, Jorge (1986). **Población de México del Siglo XX**. México. en Jorge Martínez (edit). IMSS.

Medin, Tzvi (1981) **Ideología y praxis de Lázaro Cárdenas**. México. Siglo XXI

Noriega, Mariano (1989). **En defensa de la salud en el trabajo**, México. Situum

Plan Nacional de Desarrollo. Poder Ejecutivo Nacional. 1995-2000.

Pradilla, Emilio (1993). **Territorios en crisis. México 1970-1992**. México:Coedición DIAU-ICUAP y UAM-Xochimilco.

**Programa Nacional de Salud 1990-1994**. Secretaría de Salud.

Rajchenberg, Enrique (1989). “Modernización industrial y salud en el trabajo”. **Salud Problema** 16. México:UAM-Xochimilco.

Ross, Russell (1994). “Factors Influencing Atherogenesis”. En Schlant, Robert: **The Heart**. International Edition.

Selwyn, Andrew (1987). “Cardiopatía isquémica” . En Harrison: **Principios de Medicina Interna**. México: Interamericana.

Timio, Mario (1986). **Clases sociales y enfermedad**. Nueva Imágen.

Vachet, Pierre (1967). **Las enfermedades de la vida moderna**. Barcelona:Editorial Labor.

Zorrilla, Eduardo (1985). “Factores de riesgo coronario en la población mexicana”. *Archivo del Instituto de Cardiología* 55:405-409.

Zúñiga, Juan (1995). **En 1995, la mayor contracción económica en 64 años**: INEGI. La Jornada. 27 nov. 95. México, D.F.