



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE POSGRADO EN ESTUDIOS
LATINOAMERICANOS**

HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

(EPIDEMIOLOGÍA)

**LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA EN EL
CONTEXTO DE LA MUNDIALIZACIÓN DEL CAPITAL**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN
ESTUDIOS LATINOAMERICANOS**

PRESENTA

MARCO ANTONIO MARTÍNEZ SILVA

TUTOR: ISRAEL DANIEL INCLAN SOLÍS

Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM

MÉXICO D. F., DICIEMBRE DE 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción general.....	I
Planteamiento del problema:	III
Objetivos:	IV
Marco teórico:	V
Hipótesis:	IX
Variables utilizadas:	X
Desarrollo:	XII
Capítulo 1. América Latina y la salud en el marco de la modernidad y la mundialización capitalistas	1
1.1 Introducción	1
1.2 Escasez y dialéctica salud-enfermedad.....	5
1.3. Escasez, civilización cero, mestizaje, modernidad barroca y salud	10
1.4 La dialéctica salud-enfermedad en América Latina entre la modernidad y la mundialización capitalistas.....	13
1.5 Para una periodización de la mundialización capitalista desde la teoría de la subsunción.....	17
1.6 Modernidad americana y salud.....	19
1.7. Conclusión	22
Capítulo 2. La transición epidemiológica desde dos enfoques médicos y su relación con el materialismo histórico	25
2.1. Introducción	25
2.2 Modernidad capitalista, cuerpo y medicina.....	25
2.3. Teoría de las enfermedades crónicas desde la medicina homeopática	31
2.3.1. Psora, sycosis y syphilis, claves para explicar la transición epidemiológica	32
2.3.1.1. Psora, el miasma de la carencia.....	32
2.3.1.2. Sycosis, el miasma del exceso, de la exageración	38
2.3.1.3. Syphilis, el miasma de la patología degenerativa.....	40
2.4 Teoría de la transición epidemiológica de Abdel Rahim Omran, ¿un clásico?.....	41
2.4.1. Propositiones de la transición epidemiológica de Omran	43
2.4.1.1. Primera proposición: la transición epidemiológica parte de la premisa de que la mortalidad es factor fundamental en la dinámica poblacional.....	43

2.4.1.2. Segunda proposición: desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades degenerativas producidas por el hombre.....	46
2.4.1.3. Quinta proposición: modelos de transición epidemiológica	48
2.5. Conclusión	49
Capítulo 3. Los resultados de la transición epidemiológica en América Latina.....	50
3.1. Introducción	50
3.2. De las enfermedades infecto-contagiosas a las crónico-degenerativas de 1960 a 1990.....	53
3.2.1 Enfermedades infecto contagiosas.....	54
3.2.2. Enfermedades crónico-degenerativas	59
3.2.2.1. Enfermedad de diabetes mellitus	59
3.2.2.2. Enfermedades cardiovasculares	64
3.2.2.3. Tumores del aparato digestivo.....	64
3.2.2.4. Tumores malignos y leucemias	67
3.2.2.5. Accidentes y lesiones.....	68
3.3. Tasas de mortalidad de enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas del año 2000 al 2009	69
3.4 Divergencias de opinión sobre los resultados.....	69
3.5. Determinantes críticos de la transición epidemiológica.....	73
3.5.1. La pobreza, la carencia, la psora.....	73
3.5.2. Consumo moderno.....	76
3.5.3. Medio ambiente	77
3.5.4. Medicalización o sometimiento de la salud bajo el capital	79
3.5.5. Modernidad americana y medicalización.....	82
3.5.6. Las vacunas ¿valores de uso de salud o de enfermedad?	85
3.5.6.1. El mercado de las vacunas	92
3.5.6.2. La vacuna única	94
4. Conclusiones	95
Bibliografía.....	106

Introducción general

Con el arribo de la modernidad capitalista y el proceso de mundialización de la misma, la humanidad ha experimentado múltiples cambios, como no se habían vivido en épocas anteriores, repercutiendo considerablemente en aspectos económicos, sociales, culturales, políticos, tecnológicos, reproductivos, consuntivos, medioambientales, demográficos, epidemiológicos, etc., cambios que, se vienen dando aún con mayor celeridad desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, algunos de los cuales atentan contra la propia reproducción humana y su medio ambiente.

No por casualidad, desde finales del Siglo XX y en lo que va del presente, se hacen explícitos cuatro grandes hechos o resultados de este proyecto civilizatorio que es la modernidad capitalista, con enormes implicaciones para la especie humana.

En primera, aunado a la mayor mundialización de las relaciones capitalistas por todo el planeta, sobre la base de un amplio desarrollo tecnológico, se viene derrumbando el mito del progreso, pues las crisis económicas mundiales han venido impactando de forma cada vez más aguda a la población trabajadora.

Como contraparte a la mundialización del capital, se vive también la mundialización de la pobreza, llegando a grados extremos como las hambrunas modernas que estamos presenciando, donde aproximadamente mil millones de sujetos padecen hoy hambre en el mundo¹.

Por otra parte, ya se empieza a vivir los efectos de la crisis ecológica mundial que la modernidad ha venido desplegando desde su instauración, lo que además de incidir en el cambio climático, amenaza con un colapso ambiental global del cual todavía no se tienen bien claro cuáles serían sus desafiantes consecuencias para toda la biodiversidad del planeta incluida, obviamente, la especie humana, donde ya, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, se piensa que “el mero acceso a la tecnología médica por el público en general no compensa los efectos negativos del deterioro ambiental”², el cual se conecta con la mayor crisis alimentaria que se vive en el planeta.

Un cuarto aspecto que, en cierta forma, emana de los anteriores, y que es el tema de estudio de la presente tesis, es que se está viviendo una era en que la humanidad está padeciendo cada vez en mayor número las enfermedades del tipo crónico degenerativas, como los problemas cardiovasculares, cáncer en todos los órganos y sistemas del organismo, múltiples afecciones del sistema nervioso central como Parkinson, Alzheimer, enfermedades mentales como depresiones

¹ Luis Arizmendi Rosales, “En torno a los tipos de subsunción del trabajo campesino por el capital como clave para descifrar su función histórica en el siglo XXI”.

² María da Gloria Miotto, Atención primaria ambiental para el siglo XXI, adaptado de “La estrategia de atención primaria ambiental: un enfoque crítico-holístico”.

crónicas, trastorno bipolar, neurosis, esquizofrenia, violencia, etc., padecimientos metabólicos como la obesidad, la diabetes, alteraciones en los lípidos del organismo, avitaminosis, etc., al tiempo que también persisten las tradicionales patologías infecciosas como las parasitarias, gastrointestinales, respiratorias, u otras como la pandemia mundial del SIDA, o las nuevas infecciones respiratorias como los diferentes virus de la influenza, y la reemergencia de otras como el dengue, el cólera, malaria, tuberculosis, etc.

Ante lo cual, se utiliza el concepto de transición epidemiológica, para explicar *el tránsito de las enfermedades infecciosas a las crónicas degenerativas*, aunque sería más preciso decir, la hegemonía de las últimas sobre las primeras, porque las primeras no desaparecen, e incluso reemergen afectando a la población y complicando aún más la crisis de salud que se vive en el mundo, particularmente en América Latina y el Caribe.

Cabe agregar, que tal concepto, al provenir desde un enfoque institucional, requiere ser enriquecido en su contenido, para dar cuenta de que dicha transición es resultado del proceso de modernización y mundialización capitalista.

Estos resultados, que emanan de la dinámica contradictoria de la modernidad capitalista apuntalan la idea de que se está presenciando una crisis epocal multidimensional, ya que ciertamente se viven “tiempos de transición en los que, la combinación más radical de progreso y devastación en la historia del capitalismo moderno, entrelaza inestablemente oportunidad y peligro”³, donde se pone en juego la salud y la vida de los sujetos, así como de toda la biodiversidad como nunca antes en la historia humana en aras de mayor acumulación de capital.

Esto tiene enorme importancia, pues, con el arribo de la modernidad se abrían posibilidades de que se crearan mejores y mayores condiciones de vida y bienestar para la humanidad; sin embargo, al definirse de manera capitalista, no ha sido así, puesto que la pobreza material y de todo tipo, las enfermedades, el hambre, el desempleo, la violencia, etc., es lo que la mayoría de la población vive. Tenía razón Marx cuando señalaba que “...la producción capitalista sólo sabe desarrollar la técnica y la combinación del proceso social de producción, socavando al mismo tiempo las dos fuentes originales de toda riqueza: la tierra y el hombre”⁴.

América Latina obviamente que no escapa a este proceso, donde la pobreza ha hecho estragos durante siglos, fomentando la mayor proliferación de enfermedades, así como de ambientes de violencia extrema.

La región de Centro América una de las más pobres del continente, padece la proliferación de todo tipo de enfermedades tanto infecciosas como crónicas, así como también, cuenta con países que figuran en la lista de los más violentos del mundo, como es el caso de Guatemala, El Salvador, Nicaragua.

³ Luis Arizmendi Rosales, “Crisis epocal del capitalismo y desmercantificación en el Siglo XXI”, pp. 179-182.

⁴ Carlos Marx, *El capital*, vol. I., pp. 422-423.

Particularmente México, se encuentra entre las más penosas situaciones críticas del continente, pues además de contar con los mayores índices de crecimiento de la diabetes, hoy incluso tenemos por un lado la población más obesa del mundo⁵ y, por otro, a población indígena muriendo literalmente de hambre, como es el caso del pueblo Tarahumara.

A más de cinco siglos de modernidad impuesta, los resultados no son tan favorables para la mayoría de la población del planeta y, particularmente, no lo son en el ámbito de la salud, pues a más de 40 años de que las organizaciones de salud mundial se propusieran alcanzar una mejor salud para todos con el arribo del nuevo milenio como fueron los acuerdos de Alma Ata de 1978 y su ratificación en la iniciativa *salud para todos en el siglo XXI*⁶, el resultado ha sido, en las últimas décadas, la quiebra del sistema inmunológico con el desarrollo de enfermedades autoinmunes de todo tipo desde edades tempranas como la infancia y en los jóvenes, o la epidemia de cáncer que se vive en todo el mundo, etc.,

Las explicaciones a esta problemática desde el ámbito de las instituciones oficiales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud principalmente, a lo más que han llegado es a la novedosa teoría de los determinantes de la salud, la cual si bien desarrolla importantes factores que inciden en la transición no llega a las verdaderas causas históricas que inciden o que potencian el proceso de la transición epidemiológica que actualmente vivimos.

Planteamiento del problema:

El presente trabajo de investigación pretende esclarecer las causas, situaciones y factores que coadyuvaron a que se diera un proceso como el de la *transición epidemiológica en América Latina*.

El problema de la salud, como sabemos es multifactorial, está determinada por la confluencia de factores materiales y de otra índole como los sociales, políticos, afectivos, sexuales, biológicos, psicológicos, etc., como dice ciertamente Julio Frenk⁷, la salud constituye el espacio de confluencia de la naturaleza humana y

⁵ “México, el país con mayor nivel de obesidad, destaca la FAO”, en La Jornada, 5 de junio de 2013.

La Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) lanzó en Roma una campaña mundial para erradicar la malnutrición, que genera no sólo carencias alimentarias, sino también obesidad, un desafío para buena parte de los países de América Latina, en particular para México.

⁶ María da Gloria Miotto Wright, *op. cit.*, p. 290. “En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978, se adoptó como meta mundial para el entonces lejano año 2000 el concepto de “salud para todos”, con casi 2 000 millones de personas en la más profunda pobreza, se hacía así un llamado a la justicia social, con la intención de que todo ser humano pudiera aspirar a un grado de salud coherente con una vida social y económicamente productiva”.

⁷ Julio Frenk, *La salud de la población*, p. 26., Médico cirujano por la facultad de medicina de la UNAM, maestro en salud pública y sociología por la universidad de Michigan, doctorado en atención médica y sociología, en

su organización social, donde lo social y lo biológico se expresan en la salud, de aquí la necesidad de abordar esta problemática desde un enfoque interdisciplinario.

Objetivos:

Se abordará el análisis desde tres enfoques para determinar las causas de la transición epidemiológica: 1) desde el pensamiento marxista, 2) desde la ciencia médica homeopática y 3) desde la medicina oficial y/o de la salud pública, teniendo como fundamento común a todas ellas y cómo hilo conductor del análisis, el problema de la escasez de valores de uso cuantitativos y cualitativos para la satisfacción de las necesidades humanas.

De la categoría escasez entendida como problema fundamental del desarrollo histórico de la humanidad, se desprenden otros conceptos como pobreza, la cual es resultado del antagonismo que provoca la escasez en las relaciones sociales en sociedades con estructura de clases donde se tiene una producción social pero una apropiación privada.

En apego al Diccionario de la Lengua Española y de la Real Academia Española, escasez significa “pobreza o falta de lo necesario para subsistir. *Vivir con escasez*”⁸; pobre significa “necesitado, menesteroso y falta de lo necesario para vivir, o que lo tiene con mucha escasez”; por su parte, pobreza significa “necesidad, estrechez, carencia de lo necesario para el sustento de la vida”, por lo que “los términos pobreza y pobre están asociados a un estado de necesidad a carencia”⁹ determinados en principio por la escasez.

En la presente tesis, cuando se hable de pobreza, se asumen esas consideraciones de necesidad o carencia, en referencia a valores de uso cuantitativos y/o cualitativos para la reproducción humana.

Valga la aclaración porque si bien se utiliza el concepto de escasez como hilo conductor del análisis, presente en los tres enfoques antes mencionados, en cada uno de ellos, sin embargo, adquiere cierta especificidad.

Desde el materialismo histórico, aunado a la categoría de escasez, se hará uso de otras como enajenación y subordinación de la producción y el consumo, para explicar históricamente la problemática de la salud. Y así dar cuenta, cómo en el marco de la mundialización del capital y, particularmente, de la modernidad -representado por la hegemonía estadounidense- se potencian aún más los factores que consolidan la transición epidemiológica.

1998 fue director ejecutivo de investigación e información para las Políticas en Salud de la OMS, durante la presidencia de Vicente Fox Quesada, fue secretario de salud.

⁸ <<http://lema.rae.es/drae>>visitado en mayo de 2013>, Diccionario de la Lengua Española, Vigésima segunda edición.

⁹ Julio Boltvinik, Enrique Hernández Laos, *Pobreza y distribución del ingreso en México*, pp. 30-41.

La escasez para la ciencia médica homeopática, se entiende como una falta, una carencia, un menos, a partir de lo cual se estructuran todas las patologías, propiciando la inhibición de las potencialidades humanas. Lo cual se puede comprender a partir de la teoría de los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann¹⁰, la que permite explicar histórica y actualmente la transición epidemiológica que se vive.

Para la medicina de la salud pública, no se habla de escasez como tal, pero si de una de sus formas, las hambrunas, las cuales según el Diccionario de la Real Academia Española, se definen como “escasez generalizada de alimentos”¹¹. A partir de ahí se hace una periodización para llegar a la época de la transición epidemiológica o enfermedades producidas por el hombre.

Trazar puentes de comunicación entre los anteriores planteamientos tiene el propósito de enriquecer el análisis y de hacerlo más agudo, y, así poder resolver el planteamiento del problema arriba expuesto de una manera más profunda a diferencia de cómo lo explican los organismos internacionales de la salud o los teóricos institucionales¹² de la transición epidemiológica.

Marco teórico:

Los estudios de la transición epidemiológica desde una perspectiva institucional, derivan de los análisis demográficos que se llevaron a cabo en los años cuarenta del siglo XX, a consecuencia de los cambios demográficos ocurridos en Europa en los últimos 200 años, los que implicaban una baja en las tasas de mortalidad, fertilidad y aumento en la esperanza de vida, lo que llevó a acuñar el concepto de *transición demográfica*, como concepto que permitía la comparación entre los países subdesarrollados y los más avanzados económicamente.

Para que se diera dicha transición, había partidarios que se inclinaban por considerar en mayor medida a factores de índole técnico -el avance en el conocimiento y aplicación tecnológica médica en la salud-, y otros que daban mayor preponderancia a factores socioeconómicos -la alimentación y la nutrición adquirirían relevancia-.

¹⁰ Samuel Cristiano Federico Hahnemann (1755-1843), médico alemán, fundador de la medicina homeopática, quien retoma el antiguo principio médico hipocrático de *similitud*, después de haber estudiado el uso que hacían de la corteza del árbol de la Quina los indios Quechúas del Perú para el tratamiento del paludismo o malaria, de lo que se hablará en los capítulos siguientes.

¹¹ <<http://lema.rae.es/drae/>, visitado en mayo 2013> Diccionario de la Lengua Española, Vigésima segunda edición.

¹² Por teóricos institucionales de la transición epidemiológica me refiero a los intelectuales que laboran para organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud, o la Organización Panamericana de la Salud, o al interior de sus respectivos países, para el desarrollo e implementación de políticas de salud pública.

Posteriormente en 1969 Frederiksen H, en un artículo titulado: “Feedbacks in economic and demographic transition”,¹³ proponía que la dinámica demográfica estaba muy vinculada con los procesos económicos, y fue el quién por primera vez habló de transición epidemiológica; proponiendo cuatro etapas por las que las sociedades transcurrirían: la tradicional, la transicional temprana, la transicional tardía y la moderna.

Posteriormente en 1971, Abdel R. Omran publicó un artículo titulado “The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change”¹⁴, en la que analizó la situación epidemiológica de Inglaterra, Gales, Ceylan y Chile, concluyendo que los países transitan de niveles de mortalidad elevados por enfermedades infecciosas a otra etapa donde la mortalidad se reduce y las enfermedades crónico-degenerativas son la principal causa de muerte¹⁵, lo cual, para él, tenía estrecha vinculación con los cambios demográficos caracterizados por una mayor longevidad y disminución de la fertilidad en los países desarrollados.

Sobre esa base, Omran propone originalmente tres etapas en su teoría de la transición epidemiológica: 1) la etapa de pestilencia y hambrunas, 2) la etapa de descenso y desaparición de las pandemias, y 3) la etapa de enfermedades degenerativas y producidas por el hombre.

Para estas etapas construye tres modelos explicativos para ilustrar cómo los países llegan en diferentes momentos históricos a la tercera etapa que él propone; los modelos son: a) el modelo occidental clásico, correspondiente a las sociedades europeas desarrolladas y a Norteamérica, b) el modelo acelerado semi-occidental, en el que se encuentra Japón y, en tercer lugar, el modelo contemporáneo tardío, donde ubica a países subdesarrollados como Chile y Ceylán.

Posteriormente, Omran, adiciona: 4) la etapa de declinación de la mortalidad cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes y 5) la etapa de la calidad de vida esperada para mediados del siglo XXI, a su vez, para los países no occidentales plantea otras etapas; y además, agrega otros modelos¹⁶, éstos agregados considero que desvirtúan su planteamiento original, por lo que para los fines de la presente tesis no serán considerados.

Años más tarde, en 1973, Lerner M. en un trabajo titulado “Modernization and health: a model of the health transition”¹⁷, sugiere el concepto *de transición de la salud* para referirse a tres estadios: a) de baja vitalidad, b) control creciente de la

¹³ H. Frederiksen, “Feedbacks in economic and demographic transition”, pp. 837-847.

¹⁴ Abdel Rahin Omran, “The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change”, p.p.509-583. Científico demógrafo, egipcio, de quien se hablará más adelante.

¹⁵ Rubén Darío Gómez Arias, “La transición en epidemiología, y salud pública ¿explicación o condena?”, pp. 57-74.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 60.

¹⁷ M. Lerner, “Modernization and health: a model of the health transition”

mortalidad, y c) ampliación de la noción de salud, análisis al que agrega los determinantes sociales y comportamentales en la salud de las poblaciones.

Esto fue retomado años más tarde por autores como Julio Frenk, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Tomás Frejka, entre otros, para hablar de la *Transición en Salud*, como un concepto más amplio integrado por dos componentes más específicos, correspondientes a dos aspectos básicos de la salud en las poblaciones humanas: por una parte, la transición epidemiológica que habla sobre las condiciones de salud y enfermedad que configuran un perfil epidemiológico, y por otra, la respuesta social organizada a dichas condiciones¹⁸, donde se contemplan las políticas sanitarias desplegadas por los gobiernos.

Con base en lo anterior, Frenk y colaboradores proponen un nuevo modelo denominado “modelo polarizado prolongado” que explicaría la coexistencia tanto de enfermedades crónico-degenerativas como infecto-contagiosas en un mismo país o región.

A excepción de la propuesta original de Omran, quien se acerca a las causas profundas de la transición al hablar de las hambrunas, y coadyuvar a realizar un análisis histórico del surgimiento de dicho fenómeno, los planteamientos posteriores no se dirigen a las causas profundas de la transición epidemiológica, no obstante, contribuyen con elementos parciales para el análisis del fenómeno, el cual llegan a derivar a un plano individual para encontrar las causas de la transición, como serían los estilos de vida, los hábitos, habitación, condiciones de trabajo, etc., lo que dio origen al concepto de “inequidades individuales en Salud”, coincidente con los planeamientos de la Organización Mundial de la Salud.

Desde una perspectiva crítica, hay autores que cuestionan solamente, la metodología y/o planteamientos de los teóricos de la transición, como Marta Vera Bolaños¹⁹ y Rubén Darío Gómez A.²⁰, pero sin llegar a formular propuestas alternativas que expliquen el fenómeno de la transición epidemiológica.

Por otra parte, se tienen los planteamientos de la Medicina Social Latinoamericana²¹, donde hay abundantes trabajos relacionados con la temática

¹⁸ Julio Frenk, Tomás Frejka, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Rafael Lozano, Jaime Sepúlveda y Marco José, “La transición epidemiológica en América Latina”.

¹⁹ Martha Vera Bolaños, “Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica”, pp. 179-206.

²⁰ Rubén Darío Gómez Arias, *op. cit.*, pp. 57-74

²¹ Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merthy, “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”.

La medicina social en América Latina, está conformada por grupos académicos, practicantes e investigadores relacionados con el campo de la salud, con participación política abierta, que se oponen a la idea difundida desde la década de los sesenta, de que el desarrollo económico como tal necesariamente llevan a un mejoramiento general de la salud, puesto que mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en esos años, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos, los de la salud. Tal teoría surge en el contexto de la polémica que empieza a desatar los planteamientos de las enfermedades de la pobreza y de la riqueza.

En los años setenta, tiene un auge considerable, por medio del Dr. Juan César García, quien como coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D. C,

de la salud en América Latina, sin embargo tampoco discuten a fondo el fenómeno de la transición epidemiológica ni sus causas.

En este sentido, sobresalen, los planteamientos de Asa Cristina Laurell, quien aborda la problemática de la salud en relación con el proceso de trabajo en obras como *Crisis y salud en América Latina (1982)*, *El desgaste obrero en México (1983)*, *La salud en la fábrica*, etc.

En dichos textos analiza el problema de la salud en la clase obrera, usando conceptos como plusvalía absoluta y relativa, subsunción formal y real, y cómo se van generando determinadas patologías en el contexto de la crisis capitalista y pauperización de las clases trabajadoras, sin embargo, no analiza en ellas el fenómeno de la transición epidemiológica ni sus causas²².

Finalmente, también dentro del marco de la medicina social, pero cuyos trabajos se abocan más a la crítica del modelo médico hegemónico, se tienen los planteamientos de Eduardo Menéndez²³, e incluso los de Iván Illich²⁴, ambos critican de cierta forma la hegemonía que presenta la medicina institucionalizada, así como su enfoque biologicista, individualista, sus formas de medicalización, sus iatrogenias, control ideológico, y también ambos plantean como alternativa, en

desarrolló importantes investigaciones sobre, educación médica, las ciencias sociales en medicina, las clases sociales y la salud-enfermedad, etc., logrando apoyo financiero de la OPS, para el desarrollo de investigaciones, reuniones científicas, publicaciones, becas de formación, etc., Tal apoyo, permitió incluso implementar programas de posgrado con la perspectiva de la medicina social, como fue el de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en la Ciudad de México, donde participó ampliamente Asa Cristina Laurell.

Mientras la salud pública oficial considera a la población como unidad de análisis, que puede ser clasificada en grupos según, sexo, edad, educación, ingreso, raza, o etnia, etc., la medicina social consideran a la población e instituciones sociales como totalidades que trascienden a los individuos que las componen. La medicina social desarrolla sus investigaciones por medio de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo en un determinado contexto social que las determina. Utiliza categorías analíticas como reproducción social, clase social, producción económica, cultura, etnia, género, etc.

Varias categorías proceden del pensamiento marxista, al que según la teoría de la medicina social, pretende corregir en sus limitantes, rescatando los elementos conceptuales que puedan contribuir a una comprensión contextualizada del proceso salud-enfermedad. Aspecto que no logran conseguir, como se verá en el siguiente pie de página.

²² Asa Cristina Laurell, *Crisis y salud en América Latina*, pp. 32-45.

Aquí la investigadora concluye que: "Es justo admitir que no sabemos con precisión qué significan estos procesos en términos del proceso salud-enfermedad – [en su conjunto]- de las clases trabajadoras tanto porque carecemos de datos como porque a todas luces estamos frente a problemas que no pueden ser aprehendidos por los indicadores sanitarios convencionales [por la enumeración de enfermedades]. Pero si estamos convencidos, porque la ciencia lo ha demostrado, que la salud-enfermedad colectiva es un proceso social y biológico, estamos en la obligación de profundizar la investigación respecto a en qué y cómo están transformándose los perfiles epidemiológicos", el contenido de los corchetes es mío.

Asa Cristina Laurell, *La Salud en la fábrica*, pp. 76-78.

Aquí la autora señala que "la construcción teórica de la relación entre proceso de valorización, proceso laboral, cargas laborales y proceso de desgaste confiere cierta capacidad de predicción respecto a cómo podrían desgastarse (pérdida de la capacidad biológica-síquica, o enfermarse), para un determinado grupo de trabajadores, es decir no en forma general, como sería la tendencia de la transición epidemiológica que abordamos en la presente tesis.

²³ Eduardo Menéndez, "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención en salud", pp. 451-469.

²⁴ Iván Illich, "Némesis médica".

primera instancia la auto atención curativa o preventiva, pero no cuestionan los fundamentos de lo que critican, ni abordan la transición epidemiológica.

En la presente investigación me propongo utilizar conceptos y categorías sobre todo del pensamiento marxista y de la medicina homeopática que me permitan dar cuenta de las condiciones y procesos que han dado como resultado la transición epidemiológica.

Cabe decir que, aunque parecieran disciplinas disímiles entre sí, presentan afinidades generales, como las siguientes:

Pensamiento Marxista	Medicina Homeopática
Relación hombre-naturaleza: asumiendo la legalidad de la naturaleza para transformarla en beneficio del humano	A la naturaleza se le vence respetándola. La naturaleza es la que cura
Se opone a la transformación del hombre como apéndice de la máquina	Hahnemann, se opone a concebir al ser humano, estrictamente en términos mecánicos-anatómicos
El valor de uso es fundamental en la crítica de la economía política	Respeto por el valor de uso específico de los medicamentos para la sanación.
Busca la libertad del colectivo humano	Más que el individuo, importa la especie, y que pueda realizar los más altos fines y creaciones.

Las anteriores afinidades permiten hacer el análisis más sólido, obviamente en lo referente a la transición epidemiológica, cosa que no sucede con la medicina oficial (alopática), entre otras cosas, por la visión de cuerpo que posee, por el tipo de valores de uso o medicamentos que utiliza, y por ser funcional a la acumulación del capital como se abordara más adelante.

Hipótesis:

La transición epidemiológica en América Latina, es resultado de que la modernidad capitalista²⁵, desde la época de la Conquista hasta la actualidad, no ha resuelto el problema fundamental de la sociedad: la escasez cuantitativa y cualitativa valores de uso, para la reproducción humana, por el contrario, lo reproduce expresado en fenómenos como la pobreza y el hambre. Además, con

²⁵ En el capítulo primero se abordan las definiciones de modernidad capitalista y modernidad americana en notas 10 y 11 a pie de página.

una visión mecánica del cuerpo humano, que acompaña al proceso de mundialización de las relaciones capitalistas, ahora bajo la hegemonía estadounidense o modernidad americana, la subsunción de la producción y del consumo bajo el capital, han potenciado la transición epidemiológica, por la generación de valores de uso de consumo productivo e improductivo inadecuados, alterados, e incluso nocivos para la salud humana, entre los que muy posiblemente se encuentran, las vacunas y medicamentos.

Variables utilizadas:

Las variables utilizadas, analizadas y procesadas para presentar los resultados de la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe fueron:

- Enfermedades Infecciosas:
 - Intestinales
 - Tuberculosis todas las formas
 - Respiratorias agudas
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Hipertensivas
 - Isquémica del corazón
 - Cerebrovascular
- Diabetes Mellitus
- Tumores malignos del aparato digestivo:
 - Estómago
 - Colon
- Tumores malignos y leucemias:
 - De mama
 - Útero (cuello, placenta, cuerpo y partes no especificadas)
 - Próstata
 - Leucemias y otros tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos

- Accidentes y lesiones:
 - Accidentes de tránsito de vehículos de motor
 - Ahogamiento y sumersión accidentales
 - Suicidio y lesiones autoinflingidas
 - Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona

- Tasas de mortalidad:
 - Mortalidad general
 - Por enfermedades transmisibles
 - Sistema circulatorio
 - Neoplasias malignas
 - Causas externas
 - Diabetes *mellitus*

Metodología:

La metodología general se basó en un análisis, descriptivo, dialéctico, histórico, estadístico longitudinal y hemerográfico, con base en:

- Conceptos y categorías de la teoría marxista
- Conceptos de la ciencia homeopática
- Ubicando periodos de la historia para identificar, diferenciar e ilustrar las tendencias patológicas
- Cálculo de medias simples y proporciones de las patologías para determinar su incidencia en la población.
- La obtención de información periodística vinculada con el objeto de estudio de la investigación.

NOTA: De los datos utilizados sobre salud

- 1) Los datos utilizados de las patologías son los publicados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, quienes al ser organismos institucionales no son neutrales en el manejo de los datos; por ejemplo, hacen una clasificación de los países

por región, ubicando en Norteamérica, sólo a Canadá y a Estados Unidos, a México lo integran en Centroamérica, así los resultados apuntalan la idea que justifica el planteamiento desarrollista, que señala que a mayor crecimiento económico habría un mejoramiento general de la salud.

- 2) Ambos son organismos internacionales que se constituyen a partir de la visión hegemónica imperante y que están para resguardar los intereses económicos del capital. Así las cifras publicadas tienen un objetivo definido desde su formulación.
- 3) Las estadísticas en el caso de la OPS, son otorgadas por oficinas regionales en cada país. De algunos países no se tienen cifras, porque hay deficiencia en torno al registro por causa de muerte.

Desarrollo:

El desarrollo de la investigación se compone de cuatro capítulos:

El capítulo uno, tiene por título *“América Latina en la modernidad y mundialización del capital en conexión con la escasez y la salud-enfermedad”*.

En el cual haciendo uso de la teoría marxista, se aborda histórica y teóricamente el problema de la escasez en relación con el proceso de salud-enfermedad en el contexto de la mundialización del capital. Se analiza cómo ésta generó mecanismos estructurales para reproducir la escasez y la pobreza en América Latina y el Caribe.

Particularmente se analizará cómo bajo la modernidad americana se potenciaron las condiciones para llevar a cabo la transición epidemiológica, debido al mayor grado de la subsunción de la producción y del consumo bajo el capital.

El capítulo dos lleva por nombre *“La Transición Epidemiológica desde dos enfoques médicos y su relación con el materialismo histórico”*.

En este segundo capítulo primeramente se hace un análisis sobre la visión del cuerpo que se construyó en la modernidad capitalista. Lo que permite cotejar los planteamientos de la ciencia médica homeopática y de la medicina “hegemónica” o alopática. Ambas disciplinas aunque parten de la medicina occidental fundada por Hipócrates, tienen diferentes principios para abordar el proceso de salud-enfermedad y por tanto, de la transición epidemiológica objeto de estudio de la presente tesis.

El capítulo tres lleva por nombre *“Los Resultados de la Transición Epidemiológica en América Latina”*.

Se exponen los resultados de la transición epidemiológica en toda América Latina y el Caribe, tabulando las proporciones calculadas de las enfermedades infecto-

contagiosas y las crónico-degenerativas, analizando sus respectivas tendencias en los países más representativos y, por regiones. Comparando los periodos de los años 60's a los 90's. Y del 2000 al 2010.

Posteriormente, se analizan algunos de los principales determinantes críticos de la salud, discutiendo al respecto con los teóricos de la Transición Epidemiológica, adicionalmente, se hace un apartado especial para analizar los posibles impactos que la vacunación puede generar en la salud de la población latinoamericana.

Finalmente se presentan las conclusiones generales de la presente investigación.

Capítulo 1. América Latina y la salud en el marco de la modernidad y la mundialización capitalistas.

1.1 Introducción

En este capítulo, se inicia el análisis partiendo de la relación de escasez con la salud- enfermedad en el contexto de la modernidad y mundialización capitalistas y cómo dichos fenómenos consolidan las condiciones para la transición epidemiológica, la cual consiste, apegándose a la definición original elaborada por el Dr. Omran en: “cambios a largo plazo en los patrones de enfermedad y mortalidad donde las pandemias e infecciones son desplazadas gradualmente por enfermedades degenerativas y producidas por el hombre como forma principal de morbilidad y primera causa de muerte”.²⁶

El problema de la salud-enfermedad en una determinada sociedad está determinado multifactorialmente; desde la perspectiva del materialismo histórico, podemos partir del proceso de la reproducción humana, y, en primera instancia, está la base material, cómo el humano va a producir lo necesario, en términos materiales, para reproducirse, cubrir sus necesidades de todo tipo y superar la escasez de valores de uso cuantitativos y cualitativos, para no ver negado su proceso reproductivo, su bienestar, su salud e incluso su propia vida.

Desde este enfoque, se utiliza el pensamiento marxista, tanto de la fuente original como de pensadores que tratan de dar continuidad y aplicación a esta línea de pensamiento, dentro de los cuales destacan Ruy Mauro Marini, Bolívar Echeverría, Adolfo Sánchez Vázquez, Jorge Veraza Urtuzuástegui, Luis Arizmendi Rosales, entre otros.

En afinidad con el problema de la escasez, desde el ámbito de la medicina; hay pensadores como el Dr. Hahnemann²⁷, quien formuló los principios de la medicina homeopática en la primera década del siglo XIX; posteriormente, para descifrar la causa de las enfermedades crónicas, se vio orillado a realizar un análisis histórico de la humanidad en un contexto marcado por la escasez, para construir una teoría que permitiera abordar la explicación de dicho fenómeno.

²⁶ Abdel R. Omran, “The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change”, pp.731-757.

²⁷ Samuel Cristiano Federico Hahnemann, médico alemán, (1755-1844), nacido en Meissen, Alemania, fundador de la ciencia médica homeopática, cuyo principio básico es el de *Similia similibus curantur*, “los semejantes son curados por los semejantes”, principio inspirador retomado por Hahnemann debido al uso de la corteza del árbol de la Quina que hacían los indios Quechuas del Perú para tratar el paludismo o malaria, cuyos principales síntomas son, fiebre, escalofríos, sudoración y dolor de cabeza apareciendo de manera cíclica, cada dos o tres días, acompañados de náuseas, vómitos, tos, heces con sangre, dolores musculares, ictericia. Hahnemann experimentó él mismo en su organismo la Quina y constató que provocaba síntomas digestivos y febriles muy similares al padecimiento de la malaria o paludismo, a partir de lo cual, realiza la experimentación de más sustancias, iniciando la construcción de la homeopatía. Para más información consultar: Dr. Leonardo Jaramillo Morales, *Doctrina homeopática o la reforma de la medicina*.

Desde el ámbito de la medicina oficial, el Dr. Abdel Rahin Omran²⁸ fue pionero en acuñar el concepto de la transición epidemiológica en la década de los setenta del siglo XX, para explicar las enfermedades crónicas que aquejan a la humanidad, igualmente partió analizando un contexto de escasez bajo la forma de hambrunas.

Cabe decir, que dichos pensadores, si bien partieron desde una perspectiva histórica, retomando el problema de la escasez, la manejaron bajo otras denominaciones, sin dejar de ser el factor que está en la base de las patologías crónicas, como se expondrá en el capítulo 2 de la presente tesis.

Históricamente, el humano se enfrenta a la naturaleza como un ser necesitado, y ésta se le presenta en primera instancia de manera inadecuada²⁹ para satisfacer sus necesidades, por lo cual, tendrá que adecuarla a través del despliegue de un proceso de trabajo.

Pero también puede resultar, que la naturaleza y/o los productos que el humano extrae de ella a través del proceso de trabajo pueden ser escasos, no suficientes para cubrir sus necesidades, lo que además de poner en riesgo su vida, da pie a la enajenación de los sujetos entablando relaciones antagónicas entre ellos³⁰.

Inadecuación y escasez son dos relaciones de producción básicas de la historia humana, las que pueden ser superadas, según Jorge Veraza, por el desarrollo de las fuerzas productivas. A estas relaciones se agrega una más: la relación de trascendencia, donde el hombre despliega sus capacidades para trascender las condiciones materiales en que se encuentre³¹.

La relación orgánica del humano con la naturaleza, y entre los mismos humanos, es alterada por la escasez de valores de uso sean cuantitativos y/o cualitativos, lo que funciona como un dique para su libertad y trascendencia, e inevitablemente con efectos adversos en la salud humana, siendo así la relación de escasez, el problema al cual se ha enfrentado históricamente la humanidad, adquiriendo bajo la modernidad capitalista nuevos y contradictorios matices.

Así como la modernidad capitalista trajo consigo posibilidades reales de arribar a un mundo de abundancia, que permitiera el despliegue de la vida, también por su dinámica contradictoria basada en la acumulación de capital, requirió desde su implantación de reproducir artificialmente y de manera constantemente la escasez

²⁸ < www.ffha.unsj.edu.ar/.../Geografia%20para%20la%20salud.%20Una%2, consultado 6 de mayo de 2013>. Abdel Rahim Omran, científico egipcio en el área de demografía, recibió en la Universidad de El Cairo y posteriormente doctorado en Nueva York, en la Universidad de Columbia, fue profesor en las Universidades de Maryland y Carolina del Norte. Naturalizado estadounidense. Se destacó como Director del Centro de Referencia para los Estudios Epidemiológicos en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud. Donde en 1971, publicó su polémico artículo titulado ***The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change***.

La influencia que tuvo en los planes de control de la natalidad le valieron severas críticas. En la década del '80 promovió este tipo de prácticas entre la población islámica de varios países, especialmente Nigeria. Sus opositores objetaron su participación como consultor en el Banco Mundial y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos.

²⁹ Jorge Veraza Urtuzuástegui, "Carlos Marx y la técnica. Desde la perspectiva de la vida", pp., 108-114.

³⁰ Carlos Marx, *Manuscritos Económico Filosóficos*.

³¹ Jorge Veraza Urtuzuástegui, "Carlos Marx y la técnica. Desde la perspectiva de la vida", *op. cit.*

de valores de uso necesarios para la vida, con lo que fomenta de manera estructural, la enfermedad, la negación de la vida y la muerte.

La escasez artificial que se reproduce en la época moderna, queda determinada por la ley general de la acumulación capitalista descubierta por Carlos Marx, la cual plantea que a mayor producción de riqueza material y acumulación de capital, mayor crecimiento poblacional y del ejército industrial de reserva pero en mayores condiciones de miseria de pauperismo y enfermedad³².

En una dimensión cuantitativa y cualitativa existen las condiciones técnico productivas para producir abundancia, pero la mayoría de la población padece escasez de recursos y pobreza, situación que se agrava aún más debido a que en la sociedad capitalista parte considerable de la producción de valores de uso para el consumo productivo e improductivo resultan, en ciertos grados, nocivos para la salud humana y el medio ambiente.

La dinámica contradictoria de la modernidad capitalista, tiene impactos en todos los ámbitos de la vida humana, especialmente en lo relativo a la salud como es el fenómeno de la transición epidemiológica, que actualmente padecemos en el mundo y, particularmente, en América Latina, como se expondrá en la presente tesis.

Desde la perspectiva teórica marxista, se puede contribuir a explicar los fundamentos de la transición epidemiológica analizando el devenir de la modernidad y mundialización capitalistas, lo cual al relacionarse con otras disciplinas como la medicina homeopática³³ y la medicina “oficial”³⁴, permite no sólo enriquecer el análisis, sino corroborar y/o determinar en cierta forma las causas profundas de la transición epidemiológica que actualmente se vive en el continente.

Esta manera de proceder obedece a que los teóricos de la transición epidemiológica, además de que no consideran las causas históricas de la

³² Carlos Marx, *El Capital*, p. 803.

³³ Medicina Homeopática (del griego ὁμοιος homoiios, ‘similar’ y πάθος pathos, ‘sufrimiento’). Es una doctrina médica, filosófica y científica, basada en principios, que a su vez se fundan en leyes naturales, formando un todo coherente, con el propósito de administrar medicamentos especialmente preparados para los enfermos, con la intención de que recuperen o mantengan su salud. Dichos principios son: 1) Natura morborum medicatrix o vis medicatrix natura: que significa la naturaleza es la que cura, o la fuerza curativa de la naturaleza, 2) Similia similibus curentur: lo semejante se cura con lo semejante 3) Experimentación pura, 4) Individualidad morbosa, 5) Individualidad medicamentosa, 6) Fuerza vital, 7) Dosis mínima y 8) Predisposiciones mórbidas o miasmas. Tales principios permiten al médico descubrir para cada persona la sustancia medicinal para atender a sus necesidades, tanto en estado de enfermedad como de salud (incluso desde etapas embrionarias). La homeopatía considera al hombre como un todo y no simplemente como partes aisladas y, en consecuencia, se opone a la visión mecánica del cuerpo. Para mayor abundancia, Consultar: H. A. Roberts *Los principios y el arte de curar por la homeopatía*; Harris L. Coulter *Ciencia Homeopática y Medicina Moderna*; Proceso Sánchez Ortega *Introducción a la Medicina Homeopática*, Roberto Mendiola Quezada, *Bases científicas de la medicina homeopática*.

³⁴ Por medicina “oficial”, se entiende la medicina alopática, el término alopátia proviene del alemán allopathie, y éste de las raíces griegas ἄλλος (alos) [otro, distinto], y πάθος (patos) [sufrimiento]. Inicialmente fue Hahnemann quien acuñó dicho concepto para designar a la medicina basada en los lineamientos de Galeno. Hipócrates y su escuela conocieron y emplearon los principios de semejantes y de contrarios; Galeno desechó el de semejantes aplicando sólo el de los contrarios.

enfermedad, no cuestionan los mecanismos de dominio que la modernidad y mundialización capitalista han desplegado históricamente, repercutiendo profundamente en los perfiles epidemiológicos, como es el hecho de la preponderancia de las enfermedades crónico- degenerativas sobre las infecto-contagiosas.

Los tiempos actuales son tiempos de transición, debido a que se vive una crisis en todos los ámbitos de la sociedad, por lo cual, los análisis que se hagan sobre la salud-enfermedad, deben ser lo más profundo posible, para encontrar las causas hondas que están propiciando, en este caso, la transición epidemiológica. Y para ello, el análisis interdisciplinario es necesario.

La hipótesis general de la presente investigación, considera que el fundamento de la transición epidemiológica en América Latina es la reproducción estructural de la escasez material y miseria a la cual se viene sometiendo a la mayoría de la población del continente desde el proceso de Conquista hasta la figura más acabada de modernidad³⁵ que es la Americana³⁶, en la que el sometimiento del trabajo y del consumo adquieren su mayor desarrollo, potenciando aún más la escasez cuantitativa y cualitativamente de valores de uso adecuados para la reproducción humana, con impactos adversos para la salud.

Cabe agregar que, un elemento muy importante que históricamente también ha contribuido a la transición epidemiológica, es la forma de visualizar el cuerpo en la sociedad moderna, la cual con base en el análisis anatómico construyó toda una epistemología que concibe al cuerpo no en unidad, de mente, espíritu y cuerpo, sino destotalizado, lo cual hace ver al cuerpo como máquina, en afinidad con el pensamiento burgués, lo que ha propulsado una mayor medicalización³⁷ de la sociedad y de más enfermedades, como se desarrollará en el capítulo segundo y tercero de la presente tesis.

³⁵ Bolívar Echeverría, *Vuelta de Siglo*, basándose en Marx, Bolívar Echeverría define la Modernidad diciendo que esta implica que: el sujeto social organiza su vida en torno a un hecho fundamental desconocido anteriormente, que es la contradicción entre *valor de uso* y el *valor mercantil* de su mundo vital, entre la forma “natural” que tiene la reproducción de su vida y otra forma parasitaria de ella, coexistente con ella pero de metas completamente divergentes, que es la forma abstracta y artificial en la que ella funciona en tanto que pura reproducción de su valor económico dedicado a autovalorizarse.

La modernidad es un proyecto civilizatorio de larga duración, que inicialmente surge en Europa (hacia los siglos XII y XIII) cumpliéndose de múltiples formas desde entonces. En otra obra de este mismo autor, *La Modernidad de lo barroco*, dice que, el tipo de modernidad en buena medida se definió en América en los siglos XVI y XVII, como se comenta en la tesis.

³⁶ Bolívar Echeverría, *Modernidad y Blanquitud*, En esta obra, por Modernidad Americana, el autor plantea que la “americanización” de la modernidad en el siglo XX, significa que, no hay un solo rasgo de la vida civilizada que no presente de una manera u otra una sobredeterminación en la que el “americanismo o la identidad americana” –estadounidense- no haya puesto su marca. Y que la modernidad americana es el proyecto “civilizatorio” que se impone a todos los habitantes del planeta en la medida en que aspiran a ser usuarios adecuados de los bienes modernos, a participar en la vida “civilizada”.

³⁷ Ivan Illich, *Némesis médica*, en *Obras Reunidas tomo I*, así como Michael Foucault, “Historia de la medicalización”, con base en ellas, la medicalización es un concepto que hace referencia a que todas las etapas de la vida humana desde la fecundación hasta la muerte, pasando por el proceso de reproducción social, el sujeto se vera de una o de otra manera relacionado con el ámbito de la medicina moderna.

1.2 Escasez y dialéctica salud-enfermedad

El problema de la salud-enfermedad, está sujeto a las condiciones históricas en que se encuentren los hombres en un determinado momento, sin embargo, se puede decir que siempre intervienen factores de tipo físicos, biológicos, sociales, medioambientales, psicológicos, religiosos, sexuales, culturales, etc., lo que nos recuerda que el humano es un ser con múltiples necesidades, por lo que la satisfacción cuantitativa y cualitativa de ellas es importante para su bienestar, por lo que la salud tiene una relación dinámica con todos esos factores y necesidades.

En ese sentido, puede entenderse la amplia definición de salud emitida por la Organización Mundial de la Salud al señalar que “La salud es el estado de *completo bienestar* físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”³⁸. En contra parte, la enfermedad se define como la “alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.”

Sin embargo, en tales definiciones, hay cierto mecanicismo, y no son suficientes para dar cuenta de la relación dialéctica de la salud enfermedad, pues a ésta última no se le ve como un mecanismo de defensa, sino como factor externo que afecta la salud, epistemológicamente muy acorde con el pensamiento mecánico-moderno como se explicará más adelante en el capítulo 2 de la tesis.

El problema de la salud-enfermedad requiere de una especial atención, pues ello interactúa recíprocamente y, de manera considerable, en una de las actividades esenciales de la especie humana que es el proceso de trabajo, para garantizar la vida, el cual tiene una dimensión trans-histórica donde el hombre entabla una relación metabólica con la naturaleza para transformarla bajo un determinado *telos* o finalidad y, con ello, transformarse así mismo en una relación recíproca, donde todo “humanismo es naturalismo y todo naturalismo es humanismo”³⁹, la naturaleza aparece con una marca humana, modelada acorde con las necesidades humanas, y el hombre no sólo es determinado por su propia naturaleza interna, sino que está en conexión y determinado por las leyes naturales, las cuales tiene que acatar para transformarla.

De manera similar, la salud-enfermedad tiene una dimensión transhistórica-positiva, por estar involucrada en una relación de codependencia con ese metabolismo hombre-naturaleza del que habla Marx⁴⁰, es uno de los factores que determinan el bienestar de los sujetos consigo mismos, en la sociedad y con su medio ambiente, donde incluso la enfermedad “no es en su mayor parte, sino una serie de fenómenos defensivos del organismo afectado y un cúmulo de tendencias de ese mismo organismo al reequilibrio”⁴¹, cuando el ser humano como entidad psico-física es perturbado en algún punto y/o momento de su proyección humana

³⁸ Organización Mundial de la Salud. “Official records of the world health organization”, p. 100.

³⁹ Carlos Marx, *Manuscritos económico-filosóficos*.

⁴⁰ Carlos Marx, *El capital*.

⁴¹ Proceso Sánchez Ortega, *Introducción a la medicina homeopática, teoría y práctica*, p. 149.

trascendente, desde el plano biológico, hasta sus proyecciones más sublimes y altas de la especie humana.

En esta perspectiva está inmersa la visión profunda de la medicina ancestral e hipocrática en particular, de donde emana la medicina occidental; siendo Hipócrates quien sintetiza todo el conocimiento previo relativo al proceso salud-enfermedad, considerando a ésta “como un estado existencial muy similar al de salud, puesto que tanto en uno como en otro la naturaleza se muestra como un todo, produciendo las reacciones que se verifican en las enfermedades como en las que son para la salvaguardia de la salud y para la verificación de la cura, aun cuando la voluntad se rehúse”.⁴², lo que llevó a Hipócrates a plantear el aforismo *Vis Medicatrix Natura*, cuya traducción literal es, la fuerza curativa de la naturaleza.

Sin embargo, esas formas trans-históricas tanto del trabajo como de la salud-enfermedad, adquieren una concreción histórica específica dependiendo del tipo de relaciones de producción que entablen los sujetos. Bajo la modernidad capitalista se verán negadas o contrariadas, con base en el sometimiento de la forma social natural del trabajo al proceso de valorización, a lo que también contribuye la visión del cuerpo que se tenga en la sociedad, como se verá más adelante.

Por lo anterior, se deduce que la salud-enfermedad implica un “estado” de frágil equilibrio” y/o desequilibrio, ya que históricamente han existido múltiples factores que tienden a afectar la salud y/o el bienestar tanto individual como en su proyección social, siendo en la época moderna donde tal desequilibrio es aún mayor adquiriendo múltiples enfermedades el carácter de cronicidad por el tipo de relaciones de explotación y/o reproducción que se establecen.

Sin embargo, dentro de esos factores el que tiene mayor preponderancia y que en cierta forma se encuentra implícito en todos los demás, pues incluso históricamente representa el problema fundamental del desarrollo histórico de la humanidad, es el relacionado con la escasez cuantitativa y cualitativa de valores de uso⁴³ para la reproducción humana, pues de ello dependerá la satisfacción de

⁴² *Ibíd.*, p. 145.

⁴³ Con base en la obra de Bolívar Echeverría, *Valor de uso y utopía*, se entiende por valor de uso, la utilidad que presenta un objeto práctico, la cual puede ser espontánea o directamente natural, o adquirida a través de un proceso de trabajo concreto.

Los valores de uso producidos presentan un primer momento de *objetivación*, cuando son producidos, y un momento de *sujetivación* cuando son consumidos, por lo que son condición y resultado del proceso de reproducción social.

La forma y/o utilidad que adquiere un objeto práctico al ser producido “nunca es neutral o inocente”, pues su valor de uso incidirá, a su vez, en la forma que habrá de tener el sujeto que lo consuma tanto en la dimensión fisiológica como política y/o social.

La importancia de la producción y consumo de valores de uso, es que implican una constante reproducción, es decir, instauración, ratificación y modificación, de las formas de producción y consumo, lo que otorga una determinada identidad al sujeto social y concreción a cada uno de los individuos.

Los valores de uso producidos pueden ser favorables u hostiles para la vida, dependiendo del proyecto que en ellos se plasme al momento de ser producidos, pues la forma del objeto es elegible entre muchas posibles, y su elección está encaminada a provocar un cambio definitivo en el sujeto que vaya a hacerle caso al consumir adecuadamente al objeto.

necesidades y el desarrollo de capacidades de los sujetos concretos, es decir, la posibilidad de la libertad humana.

Para Marx la escasez es una forma desequilibrada de la relación sujeto-objeto. Un objeto es escaso en referencia a las necesidades del sujeto. Entonces la escasez empieza como un desequilibrio cuantitativo. La cantidad de valores de uso se define en medida de la cantidad de los sujetos. Escasez y finitud no son sinónimos. No es una propiedad del objeto⁴⁴.

A partir de los Grundrisse, Marx comienza a definir la escasez como fuerzas productivas limitadas enmarcadas en una relación dialéctica cuantitativa y cualitativa, puede haber tanto escasez del lado del objeto y del sujeto.

Sin embargo, para Marx, todas las dimensiones de la escasez como sus formas particulares que puede configurar concretamente, tiene su centro en la escasez técnica.

Desde esta postura, se puede decir que toda la escasez cuantitativa tiene un fundamento cualitativo o dicho de otra manera, que la escasez cuantitativa es una concreción de la escasez cualitativa. El desarrollo de la técnica creada por los sujetos en cierto momento conforma un campo instrumental limitado en sus cualidades, lo que implica que materialmente no es posible ir más lejos, las fuerzas productivas derivadas de la relación dialéctica sujeto-objeto se encuentran limitadas.

En este contexto, puede suceder que la configuración de la necesidad del sujeto aparezca como contra-necesidad de otro sujeto, lo que muy probablemente propiciará, con base en la escasez de valores de uso una marca de inhumanidad en la sociedad en que se encuentren.

Por ello es que, las sociedades de clases tienen un fundamento material. El fundamento material es la escasez. La dominación del hombre por el hombre. Donde hay escasez, hay un enrarecimiento, hay una propiedad privada y una lucha de clases.

En este sentido, Sartre utiliza el concepto de *rareza*, lo que permite dar cuenta cómo la escasez cuantitativa impacta inhumanizando, enrareciendo las relaciones entre los sujetos y de ahí que sus necesidades queden configuradas como contra-necesidades, se contraponen y propician antagonismos entre ellos y hacia con la naturaleza⁴⁵.

De ahí también que Sartre señale que *todo se descubre desde la necesidad por ser ella el motor de la praxis de los sujetos*, pues es mucho más preciso definir como fundamento de la acción social, la necesidad.

Los valores de uso pueden ser consumidos de manera productiva, en la producción de más valores de uso, o de manera improductiva en el consumo reproductivo para mantener la vida de los sujetos.

⁴⁴ Luis Arizmendi Rosales, Entrevista exclusiva, en relación a la importancia de la escasez para el materialismo histórico visto desde Marx.

⁴⁵ *Ibíd.*

Ahora bien, la necesidad presenta niveles, primero existe como *necesidad natural* que sólo se satisface por medio de un objeto, el cual es indispensable para que las fuerzas naturales del sujeto se exterioricen y se afirmen⁴⁶, lo que le impulsa ser activo en la búsqueda de tal objeto, pero también implica una pasividad, porque los objetos están fuera e independientemente de él, no fueron creados por él⁴⁷, en este sentido, el hambre sería una necesidad natural, necesidad que no es específicamente humana, por lo que Marx dice que el hombre “es un ser que padece –como ser natural- , un ser condicionado y limitado, como lo son también el animal y la planta...”⁴⁸.

Pero el hombre, según Marx, no sólo es un ser natural, sino humano, un ser para sí y donde reconoce a su ser genérico, cuando produce bajo un determinado *telos*, está pensando en el género, como ser consciente, realiza la vida social como un objeto suyo, lo cual permite llevar a un nuevo plano la relación entre su necesidad y el objeto requerido, la necesidad meramente animal se vuelve *necesidad natural humana*. Al respecto, Sánchez Vázquez dice:

Como ser natural humano, el hombre sigue viviendo bajo el imperio de la necesidad; más exactamente, cuanto más humano, se vuelve más necesitado, es decir, más se amplía el círculo de sus necesidades humanas. Pueden ser necesidades naturales humanizadas (el hambre, el sexo, etc.,) al cobrar lo instintivo una forma humana o bien necesidades nuevas, creadas por el hombre mismo, en el curso de su desenvolvimiento social, como por ejemplo, la necesidad estética⁴⁹.

Por ello, la necesidad es el motor de la praxis, porque hace del sujeto un ser activo, donde ya no queda pasivamente supeditado al objeto, sino que hace de éste parte de su mundo, un satisfactor de una necesidad humana. “No se limita a girar en torno al objeto, sino que lo somete, lo vence y arranca de su estado natural e inmediato para ponerlo en un estado humano”⁵⁰, en un mundo creado por él, que no existe de por sí, fuera de él. Por lo que es a partir de la inadecuación sujeto-objeto, que el primero tiene que desplegar una transformación del mundo circundante. El fundamento de la civilización es la necesidad⁵¹.

Necesidad y escasez no son sinónimos, sino que se encuentran en una relación dialéctica de sujeto-objeto en la que para Marx la necesidad es un concepto que da cuenta de la inadecuación en la relación de sujeto y objeto, que hay que

⁴⁶ Adolfo Sánchez Vázquez, *Las ideas estéticas de Marx*, pp., 60-61.

⁴⁷ *Ibíd.*

⁴⁸ *Ibíd.*, donde se cita a Carlos Marx, *Manuscritos económico-filosóficos*,

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 61.

⁵⁰ *Ibíd.*

⁵¹ Jean Paul Sartre, *Crítica de la razón dialéctica*, mencionado por Luis Arizmendi Rosales, entrevista.

diferenciar de la escasez porque cuando se yuxtaponen tomándolas como sinónimos, se eterniza la polarización, la inhumanización.⁵²

El problema de la escasez de valores de uso es crucial para entender la problemática de salud-enfermedad, puesto que de ello depende la satisfacción de necesidades naturales humanas desde el plano biológico hasta los ámbitos creativos más altos de la especie humana.

Con el propósito de fundamentar, lo anterior, más profundamente, cabe decir, que en el plano profundo de la biología y la anatomía patológica humana, solo hay tres estados patológicos a nivel celular relacionados entre sí: a) la hipofunción b) la hiperfunción y c) la perversión⁵³; en donde si la célula carece de nutrimentos entrará en hiperfunción para tratar de compensar la carencia, la que si no es resuelta llegará al estado de degeneración de la estructura celular y, lo que es a la célula, se manifiesta en todo el sistema ya bajo determinadas patologías, lo cual se expresara en el ser social del sujeto, en alterar ese completo bienestar del que habla la definición de salud según la OMS como se dijo al inicio de este apartado.

Actualmente se cuenta con las condiciones técnico-materiales para superar la escasez y con ello aproximarse a un “bienestar lo que implicaría una mejor salud para todos, pero al mismo tiempo se niega esa posibilidad, y se afecta negativamente el posible estado de bienestar o sea se fomentan las enfermedades, ya sea con escasez de acceso a los valores de uso (por ejemplo con las hambrunas modernas) o con abundancia de valores de uso altamente nocivos⁵⁴, lo que paradójicamente redundará en otra forma de escasez de valores de uso adecuados para la reproducción humana con bienestar en términos salutíferos.

Las relaciones de dominio en la modernidad capitalista, parten del proceso de producción consumo, para llegar a interiorizarse en el cuerpo humano incluso a niveles celulares y bioquímicos conforme al avance de la mundialización del capital, la cual se consolida en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial,

⁵² En la entrevista con Luis Arizmendi, plantea que para la economía convencional, el concepto de escasez está cargado con un significado opresivo. Para Walras por ejemplo, la escasez está inmanente a los bienes. Escasez y finitud es igual. No toma en cuenta la dialéctica sujeto-objeto así como las necesidades del primero. La escasez está definida de forma objetivista, lo que trae consigo la consecuencia negativa **de justificar las estructuras jerárquicas y de ahí, las relaciones de poder de sometimiento, de unos hombres contra otros.**

Lo opuesto sucede con Marx, quien al fundamentar la escasez desde la dialéctica sujeto-objeto, distinguiendo escasez y necesidad, le permite **denunciar las estructuras jerárquicas y periodizar entre Prehistoria e Historia,** argumentando **que si hubiese fuerzas productivas ilimitadas la lucha de clases sería innecesaria.**

La adversidad derivada del escaso desarrollo de las fuerzas productivas propicia a las sociedades a ir más allá, pero en la medida que propicia la confrontación: hay una prehistoria. Los sujetos están confrontados. (cursivas en negritas son mías).

⁵³ Proceso Sánchez Ortega, *Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann.*

⁵⁴ Son valores de uso que al ser sometidos a la acumulación de capital, la estructura molecular que los compone se ve alterada, distorsionada muchas veces, lo cual puede modificar negativamente en diferente grado alguna o varias dimensiones de la biodiversidad, así como la salud humana. Las modificaciones de los valores de uso, pueden ir desde un plano atómico molecular hasta una expresión cultural.

donde la Modernidad Americana lleva a cabo el mayor sometimiento de la forma natural de los valores de uso, del cuerpo humano y, por su puesto de la salud.

Particularmente, para el caso de América Latina, para explicar el problema de salud-enfermedad se deberá de considerar los mecanismos estructurales que colocaron históricamente al continente desde los años de la Conquista en constantes condiciones de escasez cuantitativa y cualitativa de riqueza social. Esto es importante, ya que el fenómeno de la transición epidemiológica se desarrolla con la modernidad capitalista.

Para el estudio de la problemática salud-enfermedad en la sociedad contemporánea, no hay que limitarse al análisis a menudo mecánico, que la reduce a una relación biunívoca de causa y efecto como frecuentemente se hace desde el punto de vista clínico; y tampoco, quedarse en análisis empíricos, positivistas en que si bien se relacionan diversos factores con el problema de la salud enfermedad, estos estudios se hacen de manera superficial, ahistórica, acrítica desde el enfoque de la salud pública y particularmente desde la epidemiología. En la presente tesis, se hará un análisis más exhaustivo.

1.3. Escasez, civilización cero, mestizaje, modernidad barroca y salud

La confrontación del proyecto civilizatorio moderno, que representaban los europeos, con la forma de vida de los pueblos mesoamericanos, generó un contexto catastrófico, debido al grado de destrucción, escasez y aniquilamiento en que se colocó a los pobladores del continente, al grado de que la civilización tendió a extinguirse en el continente. Al respecto Bolívar Echeverría señala que:

A finales del siglo XVI, la situación de la vida civilizada en América es desesperada: España, ella misma en la decadencia, ha perdido interés en América, ha dejado sin sustento civilizatorio a los españoles varados allí...La población indígena, por su parte, diezmada por el impacto genocida de la Conquista, ha perdido ya la vitalidad civilizatoria de su mundo anterior a la Conquista...La vida civilizada parece condenada a la desaparición.⁵⁵

El impacto causado en la forma de reproducción de la vida indígena, fue mayúsculo, al grado de que según Galeano⁵⁶, su identidad cultural y social fue hecha pedazos a punta de espada y sangre, orillando a los indígenas incluso a practicar el suicidio colectivo.

⁵⁵ Bolívar Echeverría, "La Modernidad en América Latina", en *Vuelta de Siglo*, p. 213.

⁵⁶ Eduardo Galeano, *Las venas abiertas de América Latina*.

El panorama devastador vivido en el continente durante el primer siglo de conquista repercutió en la disminución, entre otras cosas, del sistema inmunológico, pues cuando los sujetos son sometidos por largos periodos de acoso, opresión, amenazas, violencia, etc., el estrés⁵⁷ se incrementa considerablemente, repercutiendo en la respuesta inmunológica del organismo.

En parte por ello, enfermedades de tipo infecto contagioso como la viruela, el sarampión, etc., se difundieron a lo largo del continente, diezmando mayoritariamente a la población aborígen, disminuyendo incluso la capacidad de respuesta ante la agresión de los invasores, como fue el caso de la muerte de líderes mexicas e incas por la viruela, impactando devastadoramente en la moral de los pueblos y de sus guerreros.⁵⁸

Si a lo anterior se le suma el exterminio físico y la superexplotación que se hacía de la población aborígen, pues “es casi seguro que a las minas hispanas fueron arrojados centenares de indios escultores, arquitectos, ingenieros y astrónomos confundidos entre la multitud esclava, para realizar un burdo y agotador trabajo de extracción”,⁵⁹ si es muy factible que el “largo siglo XVI” de la Conquista la civilización estuviera en peligro de desaparecer en el continente, situación agravada por el desinterés de la Corona hacia el Continente.

Ante esta situación marcada por la destrucción y escasez, dice Bolívar Echeverría, que “durante el largo siglo XVII”,⁶⁰ los indígenas mesoamericanos *inventaron una forma de vivir dentro de la muerte*. Al respecto dice que “los indios están condenados a morir, y han venido muriendo ya durante todo el siglo XVI. Y sin embargo, dentro de ese proceso de morir, se inventan una manera de vivir”⁶¹.

La clave de ese inventarse la vida en el contexto de la muerte, se encuentra en el *mestizaje*, ese comportamiento en que el humano se puede enriquecer al abrirse hacia el otro en una relación dialéctica, que le permita la sobrevivencia.

⁵⁷ Para los efectos del estrés en la salud consultar Filiberto Fuentes de Diego, Carmelo Vázquez Valverde, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, pp. 562-576; y también *Estrés y psicología de la salud*. Además, ver la siguiente nota periodística:

“Diseñan en el IPN un prototipo para medir niveles de estrés en el paciente”, La Jornada, 24 de septiembre del 2012. Donde se dice que: , la Escuela Superior de Cómputo del Instituto Politécnico Nacional, construyó un prototipo para medir los niveles de estrés en personas con aplicación médica, pues consideran que dicho padecimiento, puede provocar alteraciones fisiológicas que van desde una gastritis, insomnio, colitis, migraña, depresión, neurosis, sicosis, hipertensión arterial, infarto al miocardio y trombosis cerebral, entre otras.

⁵⁸ Noble David Cook, *La conquista biológica*, pp. 81-84, donde señala que la primera epidemia de viruela resultó ser desastrosa para los mexicas. Como Diego Muñoz Camargo apuntó en el siglo XVI, el éxito de los españoles estaba estrechamente unido a la enfermedad. Uno de los que murieron fue el rey Cuitláhuac, quien sólo gobernó cuarenta días, porque luego murió de viruela. La epidemia paralizó a los mexicas sumiéndolos en una aturrida inactividad. El otro caso es mencionado por César Carrillo Trueba, “La Conquista biológica de América”, donde se dice que Huayna Cápac, rey Inca también murió por la epidemia de viruela en 1524. Aquí se comenta respecto al impacto que la muerte del rey Inca, según el testimonio de Cieza de León, “era tal que las lamentaciones y los ayes de dolor llegaban a los cielos y hacían que los pájaros cayeran por tierra. Las noticias viajaban a todo lo ancho y largo del imperio y no hubo lugar donde no causaran gran sufrimiento”

⁵⁹ Sergio Bagú, *Economía de la sociedad colonial*, citado por Eduardo Galeano, *Las venas abiertas de América Latina*, op. cit., p 65.

⁶⁰ Bolívar Echeverría, *Vuelta de Siglo*, pp. 219-241.

⁶¹ *Ibíd*, p. 214.

Los indígenas ya no podían aunque hubieran querido, reconstruir su mundo anterior a la conquista, dice el mismo Bolívar Echeverría, incluso los que fueron arrojados a las regiones más inhóspitas solo pudieron rescatar pedazos fragmentarios de lo que fue su civilización: Ellos junto con los que vivían en las ciudades españolas y con los mismos españoles a lo largo del siglo XVII, “tuvieron que rescatar la vida civilizada y de hacerlo mediante una reconstrucción de la civilización europea en América”⁶².

Esto conformaría el *largo siglo XVII*, lo que Bolívar Echeverría llama una *Modernidad Barroca en América Latina* como respuesta compensatoria a la tragedia civilizatoria, lo que habría de darle una identidad y estrategias de sobrevivencia propias a los latinoamericanos y caribeños, no obstante, otras formas de modernidad que se adhirieron posteriormente.⁶³

Los impactos de esta estrategia de sobrevivencia se hicieron notar sobre todo, en lo económico, epidemiológico y demográfico, pues hacia la segunda mitad del siglo XVII, cuando la actividad en América dejó de basarse en la explotación de metales preciosos para dar paso a la producción de objetos manufacturados y de productos agrícolas, y se entablan relaciones comerciales a lo largo del continente⁶⁴, lo que en buena parte se debió al paso del sistema de la encomienda al de la “explotación moderno afeudalado, propia de las haciendas”⁶⁵.

La generación de valores de uso, conocimientos y el mestizaje son la riqueza material y humana que incide en las condiciones de vida de la población incluidos los procesos inmunológicos, en parte, por ello las pandemias y el estrés ya no impactaron a la población mestiza tanto como en las primeras décadas de la conquista, pues incluso el intercambio de conocimientos médicos, herbolarios y terapéuticos dio paso a lo que actualmente se conoce como “medicina tradicional”, mientras que en Europa se creó la medicina homeopática inspirada en el uso de plantas medicinales por los indígenas del Perú.⁶⁶

En la demografía se vivió un repunte, pues hasta finales del siglo XVI, la población estaba disminuyendo considerablemente, y es en las primeras décadas del siglo XVII que se inicia un ascenso sostenido⁶⁷

Más arriba, se habló de las relaciones básicas para hacer historia, y con lo expuesto sobre la modernidad barroca, se puede decir que, ilustra la tercera relación referente a la trascendencia, en la que el humano supera las condiciones

⁶² *Ibíd.*

⁶³ *Ibíd.*, p. 213.

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 63.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 64.

⁶⁶ A mediados del siglo XVIII, la práctica de la medicina en Europa, se encontraba en crisis al no contar con una metodología y tratamientos adecuados para los padecimientos. Debido a ello, Hahnemann, se retiró de ejercer la medicina, dedicándose a la traducción de obras, pues dominaba siete idiomas entre ellos, griego y latín. Fue entonces, que recibió el encargo de traducir la *Materia médica* del Dr. Cullen donde se exaltaba el uso de la corteza del árbol de la Quina que los indios Quechúas del Perú, utilizaban para tratar el paludismo o malaria con notable éxito, sustancia a partir de la cual Hahnemann hace experimentaciones y desarrolla la nueva medicina homeopática en contraposición a la medicina oficial.

⁶⁷ Bolívar Echeverría, *La modernidad de lo barroco*, op. cit., p 63.

adversas determinadas por la escasez en que se encuentre para satisfacer sus necesidades del cualquier índole, y así preservar o mejorar su vida.

Con lo anterior, se trata de argumentar cómo, cuando las condiciones de escasez predominan en el ser social, éste queda determinado escasamente, lo cual en grados extremos, puede provocar incluso una catástrofe civilizatoria como la que se vivió en América Latina y el Caribe durante la Conquista.

1.4 La dialéctica salud- enfermedad en América Latina entre la modernidad y la mundialización capitalistas⁶⁸

Tiene importancia clarificar el papel de América Latina en la conformación de la modernidad y mundialización capitalista, por varias razones, entre otras, se tiene: hacer justicia al considerar a América como sujeto activo en la construcción de la historia universal, lo que posibilitaría rehacer la historia y el pensamiento latinoamericano.

Para los intereses de la presente investigación, lo anterior permite entender los mecanismos estructurales, que durante siglos han reproducido la escasez de valores de uso, miseria y pobreza en la población de América Latina, fundamentos esenciales para la transición epidemiológica que actualmente se vive en el Continente.

Y mayor importancia aún, tiene el realizar este tipo de análisis, dado que los estudios sobre la transición epidemiológica que se han hecho al respecto, no explican con claridad, por qué en América Latina están predominando enfermedades de las llamadas crónico-degenerativas, y al mismo tiempo las infecto-contagiosas mantienen considerable importancia, o el por qué están re-emergiendo algunas otras enfermedades que se consideraban superadas, lo que ha conducido a desarrollar diferentes “modelos” teóricos, a menudo sin rigor científico para explicar las causas verdaderas de las características que adquiere la transición epidemiológica en América Latina.

En cuanto a la modernidad, en primer lugar, hay que decir que el desarrollo tecnológico que posibilitaría el arribo a una sociedad moderna, no se restringe a la sociedad capitalista, pues la modernidad capitalista es una de las formas, entre otras, que puede adquirir la modernidad, pues ésta puede ser parte de otro tipo de sociedad donde la contradicción esencial-estructural propia del capitalismo que se da entre la forma del valor de uso y el valor de cambio, puede muy bien no existir.

⁶⁸Luis Arizmendi Rosales, “El siglo XXI en la historia de la mundialización”; y Jorge Veraza Urtuzuástegui, *El siglo de la hegemonía mundial de Estados Unidos*. Con base en ellas, se entiende por mundialización del capital: la difusión-imposición de las relaciones capitalistas de producción al mundo en su conjunto a través de la Subsunción formal y real del proceso de trabajo y consumo bajo el capital. Consolidándose hacia los años posteriores a la segunda guerra mundial con la hegemonía norteamericana.

En este sentido, según Bolívar Echeverría, fue precisamente en América donde se “definió históricamente” la forma de la modernidad como modernidad capitalista al confrontarse el proyecto civilizatorio de la Compañía de Jesús y el de los encomenderos o explotadores que posteriormente serían los hacendados. Dicha contraposición, se llevaría a cabo por más de siglo y medio, dado que el accionar de la Compañía de Jesús inicia de mediados del siglo XVI hasta fines del siglo XVIII.

La compañía pretendía desde el plano religioso una recomposición radical de alcances universales de la reproducción humana. Su influencia se dejaba notar en ámbitos de gobierno, en las mismas cortes europeas, en la toma de decisiones económicas, en su notable influencia en la educación, en la evangelización de América, etc., lo que hacía contrapeso a la férrea modernidad capitalista que estaba avasallando literalmente la vida en el continente Americano.

Sin embargo, tal utopía se vio derrotada, hacia mediados del siglo XVIII, con la destrucción de las Repúblicas Guaraníes y el tratado de Madrid, y la expulsión de los jesuitas a fines del siglo XVIII, lo que representó la derrota de una utopía; una derrota que, vista desde el otro lado, no equivale más que a un capítulo en la historia del “indetenible ascenso” de la modernidad capitalista.⁶⁹

En contraste al proyecto de la Compañía de Jesús y, teniendo como base los metales preciosos de América, la esfera de la circulación mercantil se dinamizó consolidando la modernidad capitalista. Al tiempo que la mundialización del capital iniciaba su marcha con base en el sometimiento del proceso de trabajo hacia la conformación de un mercado auténticamente mundial, al que se ancla el desarrollo de América Latina, facilitando con ello, que los países europeos, particularmente Inglaterra aprovechara la decadencia española y la debilidad de lo que serían los países Americanos ya independientes, para desarrollar la gran industria capitalista, como lo señala Marini:

Colonia productora de metales preciosos y géneros exóticos, en un principio contribuyó al aumento del flujo de mercancías a la expansión de los medios de pago, que, al tiempo que permitía el desarrollo del capital comercial y bancario en Europa, apuntalaron el Sistema manufacturero europeo y allanaron el camino a la creación de la gran industria⁷⁰.

La revolución industrial que posteriormente se desarrollaría en Inglaterra, permitió a ésta tener un mayor control en la economía mundial capitalista, entablando una división internacional del trabajo, donde América Latina quedó subordinada y

⁶⁹ Bolívar Echeverría, *La modernidad de lo barroco*, op. cit., p. 73.

⁷⁰ Ruy Mauro Marini, *Dialéctica de la dependencia*, pp. 16-17.

estructuralmente dependiente de la Corona Inglesa. Al respecto, Marini dice que a partir de la división internacional del trabajo, establecida con base en la revolución industrial, es que América Latina se integra plenamente al mercado mundial y se establecen los mecanismos estructurales de la dependencia, entendida como:

Una relación de subordinación entre naciones formalmente independientes, en cuyo marco las relaciones de producción de las naciones subordinadas son modificadas o *recreadas* para asegurar la reproducción ampliada de la dependencia⁷¹.

La nueva división internacional del trabajo, primeramente, asigna a América ser la proveedora de productos agropecuarios y, en segunda instancia, de materias primas para los países industriales, y que éstos se especialicen como productores mundiales de manufacturas, obteniendo enormes cantidades de plusvalía relativa. En contraparte, la producción de América Latina se fincaba en una mayor *superexplotación*⁷² del trabajador para garantizar una *mayor transferencia de plusvalor hacia la metrópoli* vía del intercambio comercial desigual, lo que en sentido figurado, se constituiría en una de las grandes venas abiertas que sangran a América Latina.⁷³

Sin embargo, para compensar la transferencia de plusvalor de América hacia los países industrializados, Marini especifica tres elementos a considerar que se llevaron a cabo y que recayeron en la población trabajadora latinoamericana:

La intensificación del trabajo, la prolongación de la jornada de trabajo y la expropiación de parte del trabajo necesario al obrero para reponer su fuerza de trabajo, configuran un modo de producción fundado exclusivamente en la *mayor explotación del trabajador*, y no en el desarrollo de su capacidad productiva⁷⁴.

Lo anterior significó un mayor gasto o dispendio de fuerza de trabajo de los trabajadores latinoamericanos, lo que conllevaría a su mayor desgaste y muerte prematura, pero lo más grave aún para la salud es que para el trabajador, de acuerdo con Marini implicaba que:

Se le retira incluso, la posibilidad de consumir lo estrictamente indispensable para conservar su fuerza de trabajo en estado normal. En términos capitalistas, estos mecanismos (que además se pueden dar, y normalmente se dan, en forma combinada) significan que *el trabajo se*

⁷¹ *Ibíd.*, p. 18. (las cursivas son mías)

⁷² *Ibíd.*, p. 38, al respecto Ruy Mauro Marini, señala que el problema que plantea el intercambio desigual para América Latina no es precisamente el de contrarrestar la transferencia de valor que implica, sino más bien el de compensar una pérdida de plusvalía, y que, incapaz de impedirla al nivel de las relaciones de mercado, la reacción de la economía dependiente es compensarla en el plano de la producción interna.

⁷³ Eduardo Galeano, *Las Venas abiertas de América Latina*.

⁷⁴ Ruy Mauro Marini, *Dialéctica de la dependencia*, p. 40.

*remunera por debajo de su valor, y corresponden, pues a una superexplotación del trabajo*⁷⁵.

Bajo estas condiciones, es como se establecieron los mecanismos estructurales para reproducir las condiciones de escasez, de miseria, de explotación, en la clase trabajadora Latinoamericana, que ha sido y es la mayoritaria en el continente.

Esta situación de por sí impactante, se agrava aún más, pues al capital lo que interesa, es la fuerza de trabajo, no el trabajador en cuanto tal, por lo que sólo le explotará mientras sea productivamente útil, dejando a la libre suerte la reproducción del trabajador cuando ya “no es productivo”. A lo anterior se suma el hecho que el capitalismo no puede funcionar sin un ejército industrial de reserva, el que, está condenado a la muerte si no está incorporado a la actividad económica.

Un elemento que coadyuva a tal superexplotación, (y lo sigue haciendo en los tiempos actuales), es el hecho de que en las economías latinoamericanas posteriores a la independencia, la producción se orientó al mercado externo, *el desarrollo de un mercado interno perdió importancia, lo cual insidió en un desdén por que se crearan las condiciones para la reposición de la fuerza de trabajo latinoamericana*, llevándose a cabo aún más su superexplotación, sobre todo porque el Continente ha dispuesto de abundante mano de obra. Al respecto Marini dice:

Lo dramático para la población trabajadora de América Latina es que este supuesto se cumplió ampliamente.... Su resultado ha sido el de abrir libre curso a la *compresión del consumo individual del obrero* y, por tanto, a la superexplotación del trabajo⁷⁶.

De manera general, lo expuesto hasta aquí, permite entender la importancia de América Latina en la definición de la modernidad así como los mecanismos de dependencia que tradujeron en pobreza y miseria para la mayoría de la población del Continente, lo que se fue forjando con el correr de la mundialización del capital.

Es a partir del despliegue de la mundialización capitalista y, particularmente, de la revolución industrial del siglo XIX y las subsecuentes, que se consolidan los “mecanismos” para el sometimiento no sólo de América Latina sino de todo el mundo bajo el capital, lo cual quedará redondeado posterior a la Segunda Guerra Mundial, bajo la modernidad norteamericana, donde adquiere nitidez la transición epidemiológica, como se verá más adelante.

⁷⁵ *Ibíd*, p. 42. (las cursivas son mías)

⁷⁶ *Ibíd*, pp. 52-53. (las cursivas son mías).

1.5 Para una periodización de la mundialización capitalista desde la teoría de la subsunción

Hablar de las fases de la mundialización del capital sobre la base del sometimiento del proceso de trabajo a la acumulación capitalista, permite comprender el momento histórico en que la transición epidemiológica se haría más nítida volviéndose un problema de salud pública mundial a partir de entonces, lo que explica también la necesidad de aparición histórica de las teorías que permiten explicar dicho fenómeno.

Con la mundialización del capitalismo, el mayor sometimiento del proceso de trabajo al capital conlleva entre otras cosas, la generación de valores de uso nocivos para el consumo humano con repercusiones en el plano corporal, mental y fisiológico de los sujetos, así como de su medio ambiente.

La mundialización implica todo un proceso histórico para llegar a los tiempos actuales, en los que ya no Inglaterra, sino ahora Estados Unidos de Norteamérica son los que hegemonizan la economía mundial, con un dominio más perfeccionado.

Con base en la teoría de la subsunción formal y real del proceso de trabajo de Marx⁷⁷, así como de la subsunción real del consumo bajo el capital⁷⁸, quien plantea por primera vez las etapas o fases históricas de la mundialización del capital es Luis Arizmendi Rosales⁷⁹, su trabajo se presenta a continuación de manera sintética, al cual se le agregaron comentarios para caracterizar la situación de América Latina en dicha periodización (cuarta columna).

⁷⁷ Carlos Marx, *Capítulo VI Inédito*, pp. 54,72, 132, 262, 265, 268, 293; y “*La subsunción formal y subsunción real del proceso de trabajo al proceso de valorización*”, traducción del manuscrito de 1861-1863”, escrito por Marx y traducido por Bolívar Echeverría.

⁷⁸ Jorge Veraza Urtuzuástegui, es quien desarrolla el concepto de subsunción real del consumo bajo el capital en trabajos como: *Génesis y estructura del concepto de subordinación real del consumo bajo el capital*; *La subsunción real del consumo bajo el capital en la posmodernidad y los manuscritos de 1844 de Karl Marx*; *Proletarización de la humanidad y subsunción real del consumo bajo el capital*.

⁷⁹ Luis Arizmendi Rosales, “Modernidad y mundialización: en torno a la subsunción formal y real del mundo por el capital”, pp. 18-59, y “El siglo XXI en la historia de la mundialización”, *op. cit.*, pp. 7-23.

Cuadro sintético 1. Fases de la subsunción real del mundo bajo el capital en relación con América Latina.				
Fase	Periodo	Características del dominio		En América
Primera: Subsunción formal inespecífica del mundo bajo el capital	Desde la época colonial del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX	<p>No se modifican las estructuras tecnológicas productivas premodernas, ni se subordina internamente las modalidades de los procesos de trabajo.</p> <p>Desde la circulación, el capital comercial es el medio para vincularse y someter a las distintas civilizaciones.</p> <p>Se inicia el camino de la erosión de la legalidad centrada en la forma social natural del valor de uso.</p>		<p>En América L. se vive transferencia de metales preciosos, hasta la dependencia estructural respecto Inglaterra,</p> <p>Se despliega la modernidad barroca como respuesta de sobrevivencia en América.</p>
Segunda: Subsunción formal específica del mundo bajo el capital	De la segunda mitad del siglo XIX al fin de la Primera Guerra Mundial.	<p>Con el nuevo reparto geográfico el dominio del capital mundial, aún no modifica las estructuras del proceso de trabajo de los países de la periferia, pero los absorbe y supedita llevando más lejos la mundialización al propagar con ella sus formas productivas.</p> <p>Se avanza en el sometimiento de la forma social natural del valor de uso.</p>		<p>En América L.: se produce para el mercado externo, no se desarrolla el mercado interno, se implementa una mayor superexplotación de la fuerza de trabajo, estableciéndose las relaciones de dependencia hacia los países industrializados</p>
Tercera: Subsunción real inespecífica del mundo bajo el capital	La subsunción real del consumo bajo el capital ⁸⁰ que viene esbozándose desde fines del siglo XIX se consolida hacia el fin de la Segunda Guerra Mundial implicando el sometimiento físico y material de la totalidad de los valores de	A partir de la Gran Guerra (1ª. G. M) hasta la gran crisis capitalista mundial de los años setenta, y que se prolonga hasta la caída de lo que fue la Unión Soviética.	<p>Luego de haber desarrollado y consolidado la gran industria o el sistema de fábricas automatizadas en Europa Occidental y EU, la modernidad capitalista necesariamente se propuso y consecuentemente se embarcó en la industrialización subordinada pero efectiva, de lo que se conoció como 2º y 3er Mundos</p> <p>La mundialización no tiene todavía una estructura específica o propia por convivir con una modernidad atípica oriental: la Rusa</p> <p>Se inicia la automatización del trabajo productivo e improductivo globalmente por primera vez en la historia, a través de la informatización generalizada del proceso capitalista de trabajo.</p> <p>La anulación de la forma social natural del mundo de la vida se encuentra "vencida" hacia el fin de la Segunda Guerra Mundial.</p>	<p>En América L.: La industrialización latinoamericana no crea, por tanto, como en las economías clásicas, su propia demanda, carece de mercado interno.</p> <p>Nace débil por atender a una demanda pre-existente externa, y se estructurará en función de los requerimientos de mercado procedentes de los países avanzados⁸¹</p>
Cuarta: Subsunción real específica del mundo bajo el capital	uso a nivel mundial, que en conexión con la subsunción real del proceso de trabajo son fundamento del sometimiento del mundo bajo el capital.	A partir de la crisis mundial de los años setenta del siglo XX en adelante.	<p>Se gestan una nueva división internacional del trabajo, reubicando procesos productivos por todo el planeta, lo que implicaría un desdoblamiento mundializado o globalizado de procesos de trabajo coordinados desde las metrópolis.</p> <p>A partir de la revolución informática se desarrollan la teleinformática, la biotecnología, la inteligencia artificial, la clonación y la nanotecnología</p> <p>Se diversifica y profundiza el sometimiento de la forma social natural del valor de uso al "valor mercantil".</p>	<p>En América L.: crisis de la deuda y la "década perdida."</p> <p>Privatización neoliberal y especialización en ciertos sectores para la exportación.</p> <p>Proceso de desindustrialización de las economías periféricas⁸²</p> <p>Se pierde soberanía alimentaria y se vive hambrunas.</p>

⁸⁰ Jorge Veraza Urtuzuástegui, *Génesis y estructura del concepto de subordinación real del consumo bajo el capital.*

⁸¹ Ruy Mauro Marini, *Dialéctica de la dependencia, op.cit.*, pp. 61-62.

⁸² Adrián Sotelo Valencia, *México: dependencia y modernización*, capítulo primero: América Latina, las vicisitudes de la crisis.

Podemos deducir del cuadro anterior que, la mundialización ha sido desfavorable para América Latina, pues se inició en un contexto de escasez de valores de uso de saqueo, de despojo en la época colonial, y en los tiempos actuales se continúa igualmente en un contexto de sobreexplotación, y por consiguiente, de mayor escasez de valores de uso para la reproducción de las mayorías, aunado a que buena parte de dichos valores de uso son nocivos para la salud humana. Con lo que la mundialización de la pobreza y la superexplotación se vienen acentuando aún más desde fines del siglo XX.

1.6 Modernidad americana y salud

Explicitar las características de la modernidad americana, permite comprender más profundamente el proceso de transición epidemiológica, no por casualidad el Dr. Omran califica epidemiológicamente a este periodo de *enfermedades producidas por el hombre* o crónicas, como veremos más adelante.

Una esencial característica de la modernidad americana que permite explicar cómo la forma natural del valor de uso quedó vencida por “el valor que se valoriza”, es que buena parte del desarrollo tecnológico de esta fase de mundialización surge principalmente en el ámbito militar, como bien quedó demostrado con el estallido de las bombas atómicas, en Hiroshima y Nagasaki, aunado al perfil bélico inicial en los avances tecnológicos como en el caso de la informática, la que surgió:

Para ser usada en el diseño de los componentes de la bomba H, la operación de los primeros radares de advertencia, el cálculo de las trayectorias de cohetes teledirigidos balísticos intercontinentales, la programación de aviones de alto rendimiento y el desciframiento de claves y códigos.⁸³

La mundialización del capital se opera sobre la producción y devastación nociva para la humanidad, creando valores de uso (como armamento atómico) capaces de destruir en cuestión de segundos a miles de personas. Esto es parte de una nueva época, de la mundialización del capital sobre la base de la modernidad estadounidense, la que con su poderío económico, político-militar anunció que el apocalipsis era real y de carácter mundial sobre la base de valores de uso altamente nocivos para la reproducción humana.⁸⁴

⁸³ Luis Arizmendi Rosales, “Modernidad y mundialización: en torno a la subsunción formal y real del mundo por el capital”, *op. cit.*, p. 47.

⁸⁴ Jorge Veraza Urtzuástuegui, *El siglo de la hegemonía mundial de Estados Unidos*, *op. cit.*, pp. 124-126.

En esta cultura bélica de la posguerra, la subsunción real del proceso de trabajo aunque inespecífica, como dice Arizmendi, se conecta ya con la subsunción real del consumo bajo el capital, y ello repercutirá en el enfoque de la salud-enfermedad, pues es justamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, que se inician los programas masivos de vacunación, una mayor medicalización de la sociedad, así como un consumo improductivo cada vez más nocivo con impactos adversos para la vida humana y la biodiversidad toda del planeta, como son la mundialización de la pobreza, la transición epidemiológica y la crisis ecológica mundial.

Importa resaltar las características de la modernidad estadounidense, porque es ella la que hegemoniza la mundialización del capital, y no sólo marca las pautas de producción-consumo a nivel mundial, en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, esparciendo el **American Dream** por todo el planeta, sino que por su radicalidad de llevar a cabo la modernización, ha colocado desde entonces a la humanidad en un:

...proceso de deterioro del conjunto de la vida económica, social y política en el último medio siglo que parece encaminar a la historia mundial a una situación catastrófica de magnitud y radicalidad desconocidas hasta ahora.⁸⁵

Del proceso de la modernidad estadounidense no quedaron exentos los países latinoamericanos pues el sometimiento de buena parte de América Latina ha sido y es la columna vertebral sobre la que se ha levantado la hegemonía estadounidense.

Desde el siglo pasado, en diferente medida, los países latinoamericanos y en otras latitudes, han venido viviendo una mayor influencia respecto de lo que se ha llamado *el way life Americano*.

De acuerdo con Bolívar Echeverría, la modernidad americana o estadounidense, a diferencia de la europea, no se detuvo en los inicios de la implantación de su proyecto civilizatorio, a considerar las diferentes formas “naturales” de civilización modernas o premodernas con las que se encontró a su paso o a establecer “compromisos” con ellas como en buena medida lo hizo la europea, lo que permitió a esas otras propuestas civilizatorias:

Reproducir refuncionalizadamente ciertos rasgos esenciales de la “forma natural” de la vida social y que obligaban a aquélla, a la parte capitalista, a desviar su autoafirmación y a retardarla⁸⁶

Con el proyecto civilizatorio americano, no solo las civilizaciones preestablecidas, fueron sometidas y arrasadas como se ilustra su avance hacia el *West norteamericano*, asesinando a los indios dueños de sus tierras y robándoles sus recursos naturales, México, incluso, fue parte de este proceso.

⁸⁵ Bolívar Echeverría, *La americanización de la modernidad*, op. cit., p. 20.

⁸⁶ *Ibíd.*

Con base en la subsunción real del proceso de trabajo y del consumo, el problema de la escasez no sólo se mantiene, al mundializarse la pobreza, sino que se hace más sofisticado pues la forma natural, en considerable medida, de los valores de uso necesarios para la reproducción humana, son profundamente alterados, deviniendo en altamente nocivos tanto para el medio ambiente, pero sobre todo, para la salud de las clases trabajadoras.⁸⁷

La modernidad americana, desarrolla el sometimiento de manera más radical de los valores de uso de esas formas naturales a la acumulación del capital, lo que:

...contrasta con el –proceso- que tiene lugar en la modernidad europea, donde los nuevos valores de uso que se descubren han sido refuncionalizados por el valor capitalista pero sin anular la “lógica” social-natural al no bloquear la creatividad que viene de una interacción colectiva espontánea con la naturaleza⁸⁸

Aunado a ese avasallamiento inicial de la modernidad americana, ésta desarrolla en grado más elevado el avance de las fuerzas productivas tecnológicas sometidas a la acumulación de capital, posibilitándole un incremento colosal en la producción consumo de riqueza, lo que conlleva a que, desde finales del siglo XIX, se rivalizara la hegemonía a los Ingleses, representantes de la modernidad europea, lográndola desde la segunda década del siglo XX, en términos económicos, y posterior a la Segunda Guerra Mundial, en lo político-cultural.⁸⁹

Lo que conduce a su completa hegemonía es la mayor subordinación de la producción consumo de la sociedad, lo que lo que Bolívar Echeverría caracteriza comoa “**hybris americana**”⁹⁰, la que expresa, en forma descarnada la desmesura y características esenciales de la modernidad americana y que consiste en someter totalmente “la “forma natural” de la vida humana y su mundo a la “forma de valor”, esto a su vez implicó “la entrada en vigencia de una nueva “naturalidad artificial”, determinada por el valor de la mercancía-capital”, el que además de autovalorizarse independientemente de los valores de uso “naturales”, él por sí solo genera “la aparición y la constitución de valores de uso sustitutivos de ellos”, o sea que el capital crea “nuevas” realidades aunque éstas puedan ser negadoras de la vida, es por ello que:

La tergiversación fundamental de la forma de valor de uso a la que tendía técnica o “naturalmente” la gran industria moderna –tergiversación que desde el siglo XVIII convirtió a ésta, de instrumento de liberación del trabajador en instrumento de su esclavización orgánica- sirve de base al “diseño” del valor de uso que el valor económico mercantil capitalista, ya con el mero acto de imponer su autovalorización dentro del juego aleatorio del mercado, induce en la producción. *Se trata de un valor de uso*

⁸⁷ Jorge Veraza Urtuzuástegui, *Génesis y estructura del concepto de subordinación real del consumo bajo el capital, ob, cit.*, pp. 3-9.

⁸⁸ Bolívar Echeverría, *La americanización de la modernidad, op. cit.*, p. 20.

⁸⁹ Jorge Veraza Urtuzuástegui, *El siglo de la hegemonía mundial de Estados Unidos, op. cit.*, pp. 24-34.

⁹⁰ Bolívar Echeverría, *Modernidad y Blanquitud, op. cit.*, p 99.

*estructuralmente monstruoso: útil, sin duda, pero no para alimentar la vida, sino para lograr el suicidio del ser humano y el arrasamiento de la naturaleza en la que se desenvuelve la vida*⁹¹.

Se interpreta lo anterior como una reconfiguración total del valor de uso, para su mayor sometimiento a esa parte *abstracta y artificial que es el valor*, lo cual muy a menudo se expresa como una enajenación en la que los valores de uso producidos por el hombre pueden tener un contra-efecto para él, no sólo lo atan a la acumulación, sino con ello también alteran su integridad como ser humano.

Considero que el sometimiento de la materialidad de los valores de uso a la lógica del capital, aunado a la histórica escasez de valores de uso, de explotación, de pobreza, a que buena parte del mundo y particularmente, de América Latina han sido sometidos ha contribuido histórica y actualmente de manera decisiva a configurar el perfil patológico de la transición epidemiológica, que hoy vivimos, como se expondrá en el capítulo tercero.

El ser humano en general, tiene que llevar a cabo un proceso de reproducción de la vida material y espiritual, y si ésta es afectada por la escasez para satisfacer sus múltiples necesidades, así como por valores de uso nocivos, no aptos para el fomento de la vida, sin duda alguna que tendrá un serio impacto patológico desde el nivel celular hasta el mental en cuanto a su funcionamiento.

No es casualidad que desde las últimas décadas del siglo pasado y lo que va del presente, la transición epidemiológica corra a la par con el cambio climático, y ambos resultado de la mundialización del capital, pues tanto hombre y naturaleza han sido trastocados en su proceso reproductivo, por el consumo directo e indirecto de valores de uso nocivos.

1.7. Conclusión

Se puede decir que el problema de la escasez de valores de uso, con todo lo que ello pudiera implicar para el desarrollo humano, no fue resuelto por la modernidad bajo la modalidad capitalista, por el contrario, ésta funciona entre otras cosas para reproducir la escasez de valores de uso de una manera artificial porque con el avance de la ciencia y desarrollo tecnológico de la humanidad, ya pudiera ser superada la escasez de valores de uso, y con ello arribar a mejores condiciones de bienestar y salud para todos.

En contraste, la reproducción de la mayoría de la población de lo que hoy es América Latina y el Caribe, durante siglos ha estado determinada por escasez de valores de uso, de pobreza, de superexplotación, a través de violentas relaciones

⁹¹ *Ibíd.*, p. 30.

de sometimiento, o económicamente con relaciones de dependencia que se han reproducido una y otra vez, arrojando hasta el presente más dependencia y pobreza, mayor escasez de riqueza de valores de uso tanto productivos como improductivos, materiales, espirituales, o de cualquier índole que satisfagan las múltiples necesidades humanas.

Dicha escasez de valores de uso, impacta en todas las dimensiones de la vida humana, siendo la salud una de las más importantes, y la que se verá seriamente cuestionada.

Ello es comprensible, en cierta forma, en las épocas precapitalistas donde el bajo desarrollo de las fuerzas productivas no permitía la producción de mayor riqueza con la cual los sujetos pudiesen desarrollar aún más el potencial humano, la naturaleza se le presentaba escasa con lo que se negaba su existencia misma, así como su sus relaciones interpersonales, sociales.

Tal situación se volvió posible subvertir con el arribo de la modernidad, es decir, la utilización de conocimientos, técnicas, innovaciones tecnológicas para potenciar la producción de riqueza y con ello del bienestar humano. Sin embargo, la modernidad capitalista no permite superar la escasez pues se basa en ella misma para someter, coartar la salud y la libertad humana.

Esto tiene sus efectos como ya se dijo, para el hombre como género y, aunado a ello, particularmente, es un indicador que nos habla del bienestar humano en relación con el campo de la salud.

La enajenación y la teoría de la subsunción de Marx, nos ayuda a explicar ese complejo proceso, porque en el capitalismo, como bien dijo, mientras “el trabajo produce maravillas para los ricos, pero expolia al trabajador, produce palacios, pero al trabajador le da cuevas. Produce belleza pero para el trabajador deformidad y mutilación...Desarrolla la mente pero en el trabajador desarrolla la estupidez, el cretinismo.”⁹²

Con el pensamiento marxista, se puede entender cómo se establecen las relaciones de dominación y dependencia reproduciendo siempre las condiciones de escasez, pobreza, miseria, enfermedad, como ha sido el caso de América Latina en el contexto de la mundialización capitalista.

La vida económica de la sociedad humana que debiese estar orientada para fomentar la superación de la escasez de valores de uso y con ello arribar a mejores condiciones, se encuentra al revés, la vida humana se somete a la vida económica capitalista debido a que en el capitalismo no interesa la vida y salud de los sujetos, sino su explotación, su capacidad de crear valor y más valor.

El pensamiento marxista, arroja luz para comprender cómo la mundialización del capital se desarrolla hasta someter a todo el mundo a la acumulación del capital,

⁹² Carlos Marx, *Manuscritos económico filosóficos de 1844*.

por lo que sus efectos también repercuten en la salud, como es la transición epidemiológica.

La escasez de valores de uso para la reproducción ha sido y es una “constante” en la historia de América Latina, misma que bajo diferentes modalidades se ha expresado ya bajo la forma de saqueo directo, de superexplotación hacia la población trabajadora, a la que incluso se le “niega” el consumo mínimo necesario para reponer el desgaste de su fuerza de trabajo.

Por otra parte, la subsunción del consumo productivo e improductivo al capital, conlleva a que el dominio se “introduzca” en el mismo cuerpo de las personas, encadenándolas a valores de uso destructivos, afectando a su corporeidad, a su mente, a su pensamiento, de esta forma “el sometimiento de los seres humanos al capital ya no es sólo económico y político, ni solamente ideológico y cultural incluido el sometimiento moral. El sometimiento pasa a ser fisiológico”⁹³, como viene llevándose a cabo bajo la modernidad Americana, el sometimiento de los sujetos y de su salud a la lógica del capital, situación que hoy vivimos.

Establecido esto, en el siguiente capítulo se examinará el enfoque médico sobre la transición epidemiológica, y se verá cómo hay puntos generales de coincidencia con el materialismo histórico, que permiten enriquecer el análisis y de alguna manera corroborar lo dicho por unos y otros enfoques teóricos.

⁹³ Jorge Veraza Urtusuástegui, *Génesis y estructura del concepto de subordinación real del consumo bajo el capital*, op. cit., p. 8.

Capítulo 2. La transición epidemiológica desde dos enfoques médicos y su relación con el materialismo histórico

2.1. Introducción

La transición epidemiológica que se está viviendo en América Latina y el Caribe, requiere para su mayor comprensión de un análisis interdisciplinario, por lo que ahora desde la ciencia médica se abonaran elementos para el análisis, estableciendo líneas de comunicación, en la medida de lo posible, con el pensamiento marxista, para enriquecer lo expuesto en el capítulo primero e ir dando respuesta a la hipótesis general de la presente investigación.

Se inicia, con la exposición de la construcción epistemológica del cuerpo bajo la modernidad capitalista, lo que permite comprender el acoplamiento funcional entre el pensamiento y modo de ser de la modernidad y la medicina alopática. Esto es muy importante, porque de ello dependerá la visión de la salud-enfermedad que tiene ésta última, así como el análisis y conclusiones que hace de la transición epidemiológica.

Por otra parte, desde la perspectiva de la medicina homeopática, se señalan las discrepancias que tiene con la medicina y el pensamiento modernos, y haciendo uso de la teoría miasmática desarrollada en una de las obras cumbres de Hahnemann llamada *Las enfermedades crónicas*, se da cuenta de las sucesivas etapas patológicas que permiten dar explicación a la transición epidemiológica contemporánea.

Posteriormente, desde la ciencia médica alopática u “oficial”, expondremos la teoría del Dr. Abdel Rahim Omran, quien fue pionero en abordar la transición epidemiológica en el último tercio del siglo XX; se analizan, de igual forma, las etapas que precedieron a la transición epidemiológica actual, según su planteamiento.

En cuanto a los determinantes de la transición epidemiológica que señala Omran, se deja su análisis y discusión para el capítulo tercero, una vez que se presenten los resultados estadísticos de la transición, lo cual facilitará su comprensión.

2.2 Modernidad capitalista, cuerpo y medicina

La sociedad capitalista como otros tipos de sociedades, construye históricamente una determinada forma de concebir el cuerpo y la salud humana, acorde con la visión de mundo en ese momento. En este sentido, la sociedad moderna capitalista, tiene características esenciales de comportamiento que configuran una visión del mundo que en buena medida emana de la epistemología y racionalidad que se forja sobre todo desde el siglo XV al XVII, basada en la disección anatómica del cuerpo humano.

La disección anatómica se inició aproximadamente tres siglos antes de nuestra era⁹⁴, a partir de entonces se dejó de practicar hasta el final de la Edad Media; en el renacimiento aparecieron personalidades como Da Vinci (1452-1519), Miguel Ángel (1475-1564), Vesalio (1514-1564), y más adelante otros que no son médicos pero que consideraron necesaria la disección anatómica como medio para alcanzar el conocimiento, entre los que se tiene a Descartes (1596-1650), Le Mettrie (1709-1751), Diderot (1713-1784), Goethe (1749-1832), etc. A partir de ellos, se construyó una epistemología que influyó en el desarrollo de las ciencias de la modernidad, así como también en las manifestaciones artístico-culturales como la pintura, la escultura, la astronomía, etc.⁹⁵

Es bajo este marco epistemológico que se comenzó a construir la medicina moderna, la cual concibe al cuerpo de manera mecánica, no como un ser en unidad con él mismo, con los otros y con el cosmos, sino separado del cosmos, de los otros y de sí mismo⁹⁶.

Con base en esta visión mecánica, la medicina moderna concibe las enfermedades como entes aislados, producto de causas materiales que afectan sólo una determinada función, órgano o tejido del cuerpo. Deja de ver al hombre en unidad de mente y cuerpo, asignándole a éste la preponderancia, -se suprime la antigua noción de equilibrio dinámico entre salud y enfermedad que se plantea desde los tiempos de Hipócrates con sus concepto de *Physis*⁹⁷ para poner sólo a consideración las causas físicas y/o mecánicas de la enfermedad, la cual para ser subvertida requeriría sólo de quitarse la causa patógena que afecta el mecanismo.

A partir de la anatomía, se construyó una epistemología funcional y propulsora de la medicina moderna y de la modernidad capitalista. Para una mayor comprensión, se presenta un resumen de las afinidades epistemológicas, entre la disección anatómica con los rasgos de comportamiento del ser moderno⁹⁸.

⁹⁴ Rafael Mandressi, *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en occidente*.

⁹⁵ *Ibíd.*

⁹⁶ David Le Breton, *Antropología del Cuerpo*.

⁹⁷ *Physis* es la fuerza vital que anima al organismo, la cual puede estar en equilibrio o desequilibrio, según el tipo de alimentación, forma de vida, relación con el medio externo, etc., esto se encuentra en el Corpus Hipocráticos, obra reconocida a Hipócrates, conocido como el Padre de la Medicina en Occidente, Citado por Proceso Sánchez Ortega, *Introducción a la medicina homeopática. Teoría y práctica*, p.p. 145-155

⁹⁸ Para este cuadro me baso en los trabajos de David Le Breton: *La antropología del cuerpo*; de Rafael Mandressi: *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en Occidente*; y de Bolívar Echeverría: *Modernidad y blanquitud*.

Cuadro sintético 2. Afinidad entre el comportamiento moderno capitalista y la epistemología construida desde la anatomía	
Rasgos de comportamiento y pensamiento moderno	Planteamientos de los anatomistas
Confianza práctica en la dimensión puramente física (no metafísica), así como de la capacidad técnica del ser humano.	Los anatomistas desde el Renacimiento, consideraban que se requería palpar, mirar, tocar, diseccionar, cada parte del cuerpo humano para su aprehensión conceptual. Diseccionaban piel, músculos, venas, arterias, tendones, órganos, tejidos, hasta llegar a la parte más íntima y común a todo, que según Baglivi (1668-1707) era <i>la fibra</i> , “unidad anatómica mínima [...] fragmento del cual se componen las partes del cuerpo”. ⁹⁹ Con lo cual, erosionan la noción de Hipócrates de <i>physis</i> como fuerza vital que organiza a todo el individuo.
Aplicación técnica de la razón con base en un perfil matemático y mecánico.	Con Vesalio (1514-1564) autor de la <i>Fábrica del cuerpo humano</i> , y principal representante de los anatomistas del renacimiento, se construyó una técnica operativa, como un racionalidad expositiva: Iniciaban con la disección, la separación de tejidos, órganos, “de afuera hacia adentro, de abajo hacia arriba”; proseguían con la exposición anatómica o lo que llamaban “composición” de “dentro hacia afuera” (de los huesos a la piel). Lo que en palabras de Vesalio, es la forma que los anatomistas tienen por “costumbre escrutar”.
Ateísmo en el plano del discurso reflexivo, el descreimiento en instancias metafísicas mágicas.	Si bien se considera a Dios como un gran mecánico que crea el cuerpo humano, se considera al hombre como el mecánico que puede construir al hombre máquina, sin la intervención de dios.
Secularización de lo político	Hay una secularización del cuerpo humano, pierde la unidad sagrada, para concebirse en partes, en piezas, “dignas de colección”, extraídas de locales de disección, donde las disecciones incluso se ofrecían como atractivo turístico.
Individualismo, el átomo de la realidad humana es el individuo singular, como propietario privado, que vende su fuerza de trabajo.	Se concretiza el individualismo, al concebirse el cuerpo como el resguardo del individuo, ya no más la comunidad, sino su cuerpo individual, ya no más un ser del hombre con su cuerpo, sino un poseer un cuerpo por parte del hombre. “El hombre se separa del cosmos, de los otros y de sí mismo” ¹⁰⁰ . Las teorías de la ligazón entre el microcosmos y el macrocosmos, del hombre como compendio del universo, se verá erosionada.
Ambigüedad; algo de viejo, alguna dimensión, algún sentido de lo ancestral y tradicional queda siempre como insuperable, como preferible en comparación con lo moderno.	Hay una ambivalencia porque si bien se llega al grado de concebir al cuerpo como piezas de “una máquina que se da cuerda a sí misma: viviente imagen del movimiento perpetuo”, La Mettrie (1709-1751), autor del <i>Hombre-Máquina</i> , confiesa finalmente que “hay una fuerza cuyo principio nos es desconocido” que pone en movimiento la materia organizada y que por lo cual ignora “cómo la materia, de inerte y simple, se vuelve activa y compuesta de órganos”. ¹⁰¹
Sustitución radical de la fuente del saber humano.	Según Descartes, principal representante de la metodología científica del siglo XVIII. Consideraba que la única y verdadera fuente de conocimiento en los siglos XVI al XVIII, es la disección anatómica. Diderot (un enciclopedista francés) dona su cuerpo a los anatomistas para el avance del conocimiento científico. La disección anatómica incluso inculca a otras disciplinas como la escultura, pintura, la astronomía, geografía, la física, etc.,
Con base en el racionalismo mecanicista, se construyen máquinas y se hace del hombre un apéndice de las mismas.	Al diseccionar hasta sus últimas partes el cuerpo humano, se le concibió como una máquina, y se construyeron los primeros autómatas desde los años treinta del siglo XVIII, anunciando prácticamente el inicio de la revolución tecnológica con la construcción de máquinas.

⁹⁹ Rafael Mandressi, *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en Occidente*, p. 168.

¹⁰⁰ David Le Breton, *Antropología del Cuerpo*.

¹⁰¹ Rafael Mandressi, *op. cit.*, p. 227

Si correlacionamos esas características esenciales de la visión de mundo que emana del comportamiento moderno con la que se tiene del cuerpo, a partir de la disección anatómica, se verá que hay una analogía e interdependencia recíproca.

Esto es de vital importancia, pues para estudiar la transición epidemiológica se tiene que tener claridad desde que perspectiva epistemológica y práctica médica se analiza, si desde el enfoque de la medicina oficial conocido como alopático o del sistema médico que históricamente más se contraponen al oficial y que ha venido siendo frecuentemente relegado, el homeopático¹⁰².

Aunque esta contraposición, es una apariencia, que no tendría que ser polarizada, puesto que la medicina al menos desde la perspectiva de occidente, se remonta de manera oficial a los griegos, particularmente a Hipócrates, quien si bien no usa los conceptos de alopátia y homeopatía, utiliza los principios esenciales de las mismas para caracterizar el uso de lo que debería de ser la terapéutica médica. Al respecto señala Proceso Sánchez que Hipócrates:

Reconoció que el principio de contrariedad era aplicable en medicina especialmente para las afecciones resultantes de noxas evidentes –es decir conocidas- obrando sobre el exterior...y la relación de similitud de la acción de las drogas con la del proceso patológico.¹⁰³

Hipócrates era muy explícito, cuando decía que “lo que cura la estranguria, produce también la estranguria; lo que produce la estranguria, cura la estranguria”, de esta manera: "por el similar de la enfermedad se desarrolla y por el empleo del similar es curada ", (la estranguria era una denominación antigua para caracterizar problemas como cistitis, uretritis, prostatitis, las cuales tenían un signo en común que consistía en disuria o trastorno, que entre otras cosas tiene: orina en goteo).

Sin embargo, el planteamiento hipocrático sería desechado posteriormente por Galeno (S II d. C)¹⁰⁴, quien seguramente influenciado por su práctica médica

¹⁰² Samuel Cristiano Federico Hahnemann (1755-1843), *El organón de la medicina*. En la introducción a la sexta edición de esta obra, el autor quien es creador del sistema medico homeopático, es el primero que instituye esta diferencia entre la medicina alópata y medicina homeópata. Respecto a la primera, declara que utiliza sustancias curativas a base de mezclas de medicamentos desconocidos “contra diferentes clases de enfermedades, arbitrariamente administradas, siempre en *contradicción con la naturaleza y la experiencia*, y por consiguiente sin resultado ventajoso. A esta antigua medicina es a la que se le da el nombre de Alopátia”. En cuanto a la medicina verdadera, señala que ella debe emanar de la reflexión del juicio y de la creación del ingenio humano, y que cuando el sujeto se enferme, ella sabe por medio de *aplicar un medicamento similar*, “imprimir una modificación morbosa análoga, pero un poco más fuerte, de manera que la enfermedad natural no puede ya influir en ella, y después de la desaparición, que no tarda mucho, de la nueva enfermedad producida por el medicamento, recobra su estado normal –de salud...La medicina homeopática enseña los medios de conseguir este resultado”; sobre todo porque, con base en medicamentos simples, “perfectamente conocidos, bien elegidos, administrados a dosis fraccionadas conforme a la ley terapéutica de la naturaleza: *similia similibus curentur* [lo semejante cúrese con lo semejante]”, es como se obtienen resultados o “curaciones suaves, prontas, ciertas y duraderas, -lo cual- consiste en elegir, en cada caso individual de enfermedad, un medicamento capaz de producir por sí mismo una afección semejante a la que se pretende curar”.

¹⁰³ Proceso Sánchez Ortega, Introducción a la medicina homeopática. Teoría y técnica, p. 146.

¹⁰⁴ <<http://biografiasyvidas.com/biografia/g/galeno.htm>. visitado el 30 de abril de 2013>, Donde se encuentra que Galeno fue originario de Pérgamo, actual Turquía, (129- 216 d.c) Médico y filósofo griego. El pensamiento

mantuvo el principio de contrarios, ejerciendo una influencia en toda la edad media y aunque sus planteamientos fueron corregidos, sobre todo en lo concerniente a la anatomía -pues sus conocimientos de dicha materia, emanaban principalmente de la disección de monos-, así como el uso de sus pócimas o fórmulas (en las que el principio de contrarios sería mantenido como eje rector, sobre todo por la concepción mecánica del cuerpo desarrollada durante los siglos XV al XVIII).

A partir de que las disecciones humanas fueron retomadas en Europa, hacia el siglo XV, se fue forjando el concepto del cuerpo como máquina en la sociedad moderna, paralelamente con la invención de máquinas para la era industrial. El cuerpo se concibe en disección, separado de la parte humana, o si se quiere decir, del espíritu, del alma, los cuales, dado el pensamiento racionalista-materialista, se consideraban como aspectos metafísicos propios del campo teológico. No fue casual que los primeros autómatas¹⁰⁵ fueran construidos a mediados del siglo XVIII, coincidiendo con la naciente revolución industrial.

Ya en el capítulo primero se comentaron los mecanismos de sometimiento de los hombres al proceso de trabajo, lo cual deriva en convertir a los trabajadores en apéndices de las máquinas sobre todo en la gran industria¹⁰⁶, mientras que en el ámbito médico, al cuerpo se le considera como máquina -explícitamente desarrollado por La Mettrie en su libro *El hombre-máquina*¹⁰⁷-.

En este contexto epistemológico y praxiológico mecanicista, surgió la medicina homeopática, como una clara contestación a la medicina oficial de su tiempo. La obra de Hahnemann (1755-1843), titulada *El organón de la medicina (1810)*, es una contestación crítica a la medicina imperante, la cual desde entonces hacía evidente su fracaso terapéutico. Debido en buena medida a que en primera instancia destotalizaba al cuerpo, al separarlo y considerarlo como piezas de una máquina; y por otra, por el uso discrecional de tratamientos empíricos a menudo nocivos para la salud, como las pócimas o fórmulas gálénicas, las cuales contenían más de 50 sustancias de las que se desconocía su eficacia, además de sus técnicas de sangrado como mecanismo para quitar la causa de la enfermedad.¹⁰⁸

Hahnemann, de alguna manera enmarcado en el barroquismo de la modernidad, por inspirarse en el uso que de la Quina hacían los indios del Perú para tratar el paludismo, sustancia que al ser experimentada por él, descubrió que al ser usada en hombres sanos genera síntomas similares a dicha enfermedad, plantea la filosofía y método de la homeopatía. Sin embargo, su nuevo planteamiento

de Galeno ejerció una profunda influencia en la medicina practicada en el Imperio Bizantino, que se extendió con posterioridad a Oriente Medio, para acabar llegando a la Europa medieval, que pervivió hasta entrado el siglo XVII. En el año 157 se inició ejerciendo como médico de la tropa de gladiadores. En el 162 Galeno se trasladó a Roma, donde fue médico de los emperadores Marco Aurelio, Cómodo y Septimio Severo, antes de volver de nuevo a Pérgamo, donde murió en el 216.

¹⁰⁵ Autómata, del latín automāta y éste del griego automatos (αὐτόματος), espontáneo o con movimiento propio.

¹⁰⁶ Carlos Marx, *El Capital*, Cap. VIII, en torno a Maquinaria y Gran Industria,

¹⁰⁷ Rafael Mandressi, *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en Occidente*, op. cit.

¹⁰⁸ David Le Breton, *Antropología del cuerpo*, op. cit.

médico, le valió el desprecio y ataques políticos, académicos y físicos por parte de representantes de la medicina de su tiempo.

Y cómo ser de otra forma, si la homeopatía, se manifestaba como una ciencia médica que consideraba al sujeto humano en unidad de mente, espíritu y cuerpo. No consideraba las causas de las enfermedades mecánicamente, o materialistamente, sino dinámicamente, donde la fuerza vital organizadora de todo el organismo, era afectada o desequilibrada, justo lo que la medicina estaba desechando desde los tiempos de Galeno y, sobre todo, a partir del siglo XV donde la anatomía tiene la primacía como fuente de conocimiento.

A este respecto Hahnemann señalaba, que la medicina alópata por medio de la anatomía pretendía encontrar la causa material, *la materia pecans*, en los órganos, los tejidos pero que no la encontrarían, porque la verdadera causa es de orden dinámico¹⁰⁹, tal vez por ello, como quedó constatado en el cuadro de arriba, La Mettrie confesara que “una fuerza cuyo principio nos es desconocido es la que pone en movimiento la materia organizada”. Por su parte, Hahnemann utilizó el concepto *fuerza vital*:

El hombre en estado de salud, la fuerza vital que dinámicamente anima el cuerpo material, gobierna con poder ilimitado y conserva todas las partes del organismo en admirable y armoniosa operación vital, tanto a las sensaciones como a las funciones, de modo que el espíritu dotado de razón que reside en nosotros, puede emplear libremente estos instrumentos vivos y sanos para los más altos fines de nuestra existencia¹¹⁰.

Como se comentó en el capítulo primero, son múltiples los factores, tanto objetivos como subjetivos en relación con lo cuantitativo y cualitativo, los que pueden desencadenar, en este caso el desequilibrio dinámico de la fuerza vital propiciando la enfermedad. Ahí se dijo que el factor fundante *que desequilibra la relación sujeto-objeto para la satisfacción de las necesidades era la escasez así como la inadecuación sujeto-objeto*.

Por lo que aquí se establece un puente de comunicación o similitud con el materialismo histórico para la explicación de la transición epidemiológica, pues desde el enfoque de la medicina homeopática, se toma como punto de partida, la escasez bajo el concepto de **Psora** para abordar el estudio de las enfermedades crónicas. Por su parte, en su planteamiento inicial los teóricos de la transición epidemiológica en el marco de la medicina oficial, el Dr. Omran pionero en el estudio de la transición, parte de la escasez bajo la forma de *hambrunas*, sin embargo, posteriormente introduce otros factores que hacen perder centralidad a este aspecto fundamental. Todo esto, es lo que a continuación se abordará.

¹⁰⁹ Samuel Cristiano Federico Hahnemann, *El organón de la medicina*, p. 59.

¹¹⁰ *Ibíd.*, p. 141.

2.3. Teoría de las enfermedades crónicas desde la medicina homeopática

La teoría de las enfermedades crónicas de Hahnemann, da una explicación del porqué dichas enfermedades azotan a la humanidad, y por qué la medicina oficial de manera general ha fracasado en su intento de restaurar la salud de los sujetos.

Hahnemann (1755-1843), en plena época de la revolución industrial y crisis de la medicina de su tiempo¹¹¹, constataba que la homeopatía se iba imponiendo con mejores resultados sobre la alopátia, en el tratamiento de los enfermos, sin embargo, aún y con tratamientos homeopáticos veía que había enfermedades que volvían a reaparecer en sus pacientes, una y otra vez, por años, hasta terminar con la vida misma.

Dada esa situación, después de 10 años (1816-1827), de arduo trabajo declara:

El dador de todas las cosas buenas, me ha permitido, dentro de este espacio de tiempo, gradualmente resolver el problema sublime –*la causa de la causa de las enfermedades crónicas*– a través de pensamientos constantes, preguntas infatigables, observaciones veraces y los más experimentos precisos, hechos para el bienestar de la humanidad.¹¹²

El resultado de esos esfuerzos, fue plasmado en una de sus obras cumbres, que tiene por título “*Las enfermedades crónicas. Su naturaleza peculiar y su cura homeopática*”, así como en la sexta edición de su obra *El organón de la medicina*; sobre todo en la primera, Hahnemann plantea las bases teórico-científicas e históricas del desarrollo de la patología humana a través de la *Teoría de los Miasmas*.

En su tiempo miasma significaba “*emanaciones pútridas de los pantanos*”, que no se diferencia mucho de lo que actualmente dice el diccionario de medicina: “*Atmósfera o entorno insano, contaminado, como un pantano o ciénaga con materia podrida*”.¹¹³

En la ciencia médica homeopática al “*miasma*” se le considera la causa o germen del sufrimiento y de la muerte humana¹¹⁴, y se expresa bajo tres modalidades, en relación a la anatomía patológica como enseguida se expone.

¹¹¹ Ibíd., pp. 53-129.

¹¹² Samuel Cristiano Federico Hahnemann, *Las Enfermedades Crónicas. Su naturaleza peculiar y su cura homeopática*, p. 5 y 6.

¹¹³ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, p. 852.

¹¹⁴ Proceso Sánchez Ortega, *Apuntes sobre los miasmas*, p. 14.

2.3.1. Psora, sycosis y syphilis, claves para explicar la transición epidemiológica

La genialidad de Hahnemann consistió en que adelantándose al desarrollo científico de su época plantea que sólo hay tres formas en que se expresa la patología humana y que se pueden abordar definiéndolas como miasmas, éstos son:

1. Psora

2. Sycosis

3. Syphilis¹¹⁵

Antes de pasar al desarrollo de cada uno de ellos, conviene tener la idea de lo que implican, según el diccionario de medicina y la aplicación que daba Hahnemann, lo cual se plasma en el siguiente cuadro.

Cuadro sintético 3. Significado y aplicación general de los miasmas		
	Diccionario Mosby ¹¹⁶	Uso de Hahnemann
Psora	Hace referencia al "picor" o comezón.	La utiliza para designar la "enfermedad prurito", como la sarna, la lepra, las tiñas, etc, que se expresan como alteraciones o disfunciones en la piel.
Sicosys	Hace referencia a la inflamación	La utiliza para describir la enfermedad de las verrugas, condilomas, tumores, es decir a la proliferación celular.
Siphylis	Enfermedad infecciosa, contagiosa que se puede asentar en diferentes órganos, y que en el aparato genital se manifiesta a través del chancro ulceroso, es decir la destrucción de tejido, también la sífilis es transmisible a la descendencia.	La utiliza en el sentido de la destrucción de tejido y de su transmisibilidad a la descendencia.

2.3.1.1. Psora, el miasma de la carencia

De los tres miasmas, Hahnemann consideró a la Psora como la más importante, de la cual dice:

Psora, es la más antigua, más universal, más destructiva y más entendida mal, enfermedad miasmática crónica, la que por muchos miles de años ha desfigurado y torturado a la humanidad, y la que en los últimos siglos, se ha vuelto la madre de todos los miles de varias increíbles enfermedades crónicas (y agudas), por lo cual toda la raza humana civilizada en el globo habitante, es más y más afligida...*Psora o enfermedad prurito es...la cabeza principal de todas las enfermedades crónicas miasmáticas.*¹¹⁷

¹¹⁵ Samuel Cristiano Federico Hahnemann, *Las Enfermedades Crónicas. Su naturaleza peculiar y su cura homeopática*, op. cit., pp. 1-19.

¹¹⁶ Diccionario de Medicina, op. cit.

¹¹⁷ Samuel Cristiano Federico Hahnemann, op. cit., p. 10.

Hahnemann, relata cómo desde los tiempos bíblicos, de la época de Alejandría, se le designaba a la Psora como *scabies jugis*¹¹⁸ (lo que actualmente se le llama scabiasis o sarna vulgar) y continua diciendo que durante toda la Edad Media durante siglos azotó a Europa, encontrando dicha enfermedad *sólo alivio temporal* con medidas de limpieza, baños calientes, dietas, en la forma de vivir, introducidos poco a poco por el aumento de la cultura, dando paso a que:

...los horrores externos de la Psora dentro del espacio de varios siglos, fueron al final muy moderados, *eso al final del siglo XV*, aparecería sólo en la forma de erupción común de prurito, -sin embargo, dice- *en ese tiempo cuando las otras enfermedades crónicas miasmáticas, empezaron a levantar su cabeza terrible.*¹¹⁹

Hahnemann señaló que, una vez que fue mitigada la lepra a una afección cutánea pruriginosa más común:

...podría ser más fácil quitarla de la piel a través de...el tratamiento medicinal externo...a través de los baños, lavados, y pomadas de azufre y plomo, por preparaciones de cobre, zinc y mercurio, las manifestaciones externas de la psora en la piel, fueron, frecuentemente, rápidamente suprimidas.¹²⁰

Y prosigue diciendo:

Ahora, después de haber sido más fácilmente suprimida, la enfermedad crece, más inadvertida, y *así, en los últimos tres siglos, después de la destrucción de su síntoma principal (la erupción externa de la piel)*, juega el triste rol de causar síntomas secundarios innumerables; esto origina; una legión de enfermedades crónicas, origen del cual, los médicos ni vislumbran ni aclaran, por lo tanto ellos no pueden curar la enfermedad original, cuando está acompañada por sus erupciones cutáneas; pero estas enfermedades crónicas, como diariamente muestra la experiencia, *fueron necesariamente agravadas por la multitud de sus remedios defectuosos.*¹²¹

A partir de que la Psora, es mitigada o suprimida con tratamientos inadecuados, durante muchos años, incluso siglos, transgrediéndose el principio curativo de la naturaleza una y otra vez, como sucedió con el uso del bálsamo de opodeldoc¹²², por mencionar un ejemplo, se generaron complicaciones patológicas que paulatinamente, se expresarían como:

...una abundancia de trastornos nerviosos sin número, trastornos espasmódicos dolorosos, úlceras (cáncer), formaciones adventicias,

¹¹⁸ *Ibíd.*, p.11.

¹¹⁹ *Ibíd.*, pp. 11-12.

¹²⁰ *Ibíd.*

¹²¹ *Ibíd.*, p. 13.

¹²² Samuel Cristiano Federico Hahnemann, *El organón de la medicina, op. cit.*, p. 71. El bálsamo de opodeldoc, era una preparación de Galeno que constaba de clorhidrato de morfina 1.10 g, clororformo 1 g, tintura de benjuí 2 g, tintura de digitalis 2 g, alcohol de 80, éste como otras fórmulas galénicas eran ampliamente usadas en la Edad Media.

discrasias, parálisis, consunción y lisiadura del alma, mente y cuerpo, *nunca fueron vistos en tiempos antiguos*, cuando la psora la mayor parte confinada por sí misma a sus terribles síntomas cutáneos, lepra. *Sólo durante los últimos pocos siglos, la humanidad ha sido inundada con estas enfermedades, debido a las causas ya mencionadas...Fue así que la psora se volvió la madre más universal de las enfermedades crónicas.*¹²³

Y agrega que es “la más mal entendida y, por lo tanto, *ha sido médicamente tratada en la peor y más dañosa manera*”.¹²⁴

En referencia a lo anterior, conviene decir que la piel en términos fisiológicos es la primera barrera de defensa del organismo que media entre nuestro ser interior y el medio circundante. No sólo en la época antigua sino incluso en la época moderna, ante la escasez de valores de uso, el cuerpo es principalmente afectado a nivel de piel en su interacción con el medio ambiente, sobre todo si se encuentra en condiciones inadecuadas de: vestimenta, calzado, vivienda, infraestructura, trabajo, etc., mismas que afectarán a otros órganos y sistemas, lo que hace vulnerable al cuerpo humano ante las enfermedades.

Hahnemann señaló que la psora dominó en toda la antigüedad más visiblemente, hasta que fue suprimida u ocultada –hacia finales del siglo XV cuando aparecieron los otros dos miasmas-, lo que es comprensible porque en las sociedades precapitalistas, dado el desarrollo de las fuerzas productivas, la escasez era predominante.

A finales del siglo XV, cuando empiezan a expandirse los otros dos miasmas, Sycosis y Syphilis, la modernidad está construyéndose en el planeta, con lo que surge la posibilidad de subvertir la escasez pues las fuerzas productivas empezaron a desarrollarse como nunca antes en la historia, sin embargo, la modernidad se define por el camino que ya explicamos en el capítulo primero, la que requiere reproducir la escasez una y otra vez para someter a la población.

Hasta aquí Hahnemann hace sus planteamientos sobre los miasmas, teoría que posterior a su muerte, no fue bien interpretada ni desarrollada, teniendo que pasar más de cien años, hasta que el distinguido médico homeópata mexicano Proceso Sánchez Ortega, fue quien esclareció nítidamente la Teoría de los miasmas de Hahnemann, desarrollándola desde el plano patológico con su proyección mental y dándole aplicación clínica.

Proceso Sánchez consideró que:

Comprender lo miasmático es a nuestro juicio la máxima dedicación que compete al médico, porque involucra sencillamente la máxima comprensión de lo humano; tanto en todas sus cualidades que tienden a hacerle persistir

¹²³ Samuel Cristiano Federico Hahnemann, *Las Enfermedades Crónicas. Su naturaleza peculiar y su cura homeopática*, op. cit., pp. 13-14.

¹²⁴ *Ibíd.*, p.15.

y a realizarse plenamente, como la de todos sus lastres, sus fallas, que tienden a impedirselo¹²⁵.

También señaló, que de acuerdo a sus estudios sobre patología, fisiología, biología, histología, lógica, filosofía y sociología, etc.: se puede constatar que:

Solo pueden concebirse tres formas de alteración de las funciones celulares: *el defecto, el exceso y la perversión*. Puede formularse esto en muy diversos términos pero *la alteración nutricional queda reducida a ello* y lo que compete a la célula se refiere al organismo en su totalidad. *De la alteración nutricional de la célula, resulta su disfunción y de ésta la lesión o alteración de lo estructural.*¹²⁶

Nos dice que se pueden entender todas “las condiciones patológicas naturales del organismo” tanto en lo fisiológico como en su proyección mental, espiritual. Y relaciona las alteraciones celulares con los tres miasmas establecidos por Hahnemann, al decir:

*A la Psora corresponde la característica del defecto. A la Sycosis, la del exceso, y a la Syphilis la de la perversión*¹²⁷. Todo ello, no es mera especulación, sino que ha sido comprobado por la ciencia fisiopatológica y por la aplicación clínica. Pero además agrega:

...no sólo resulta esto una confirmación completa de la coincidencia con lo que dejó señalado el Maestro Hahnemann y *los grandes clásicos* y pensadores de la Homeopatía, sino que *además tiene unas aplicaciones tan bastas y tan generales que evidencian y justifican el tenaz empeño del Maestro por fundamentar la doctrina miasmática.*¹²⁸

Con base en lo anterior, se pueden ir estableciendo puentes generales con el materialismo histórico, de Marx, por lo siguiente:

La psora es indudablemente el estado constitucional del *defecto, de la carencia*, de la falla en el sentido del *menos –de la escasez, podría decirse-*, de la inhibición y sus resultados...*al inhibirse lo mismo el individuo hombre que el individuo célula, reduce toda su expresión, se nutre mal y se debilita...y si se debilita y se inhibe, se nutre mal.* La falla del *defecto* o de la

¹²⁵ <www.amhb.net/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=105, consultado el 3 de mayo de 2013>, respecto de la biografía del Dr. Proceso Sánchez Ortega se tiene que éste ingresa en 1938 a la Escuela Libre de Homeopatía de México, institución que lo marcaría por el resto de su vida. Terminó su carrera como médico homeópata cirujano y partero en 1942.

¹²⁶ Proceso Sánchez Ortega, Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann, *op. cit.*, p. 63.

En este mismo texto, página 64, se menciona que por primera vez expuso sus ideas para abordar la teoría de los miasmas en la asamblea de la Asociación Homeopatía de México, así como en su tesis profesional de 1944. Y no es, sino hasta 1977 que publica su obra redondeada, la que es aquí citada. Es importante mencionar esto porque la obra de Proceso Sánchez surge en el contexto de la mundialización del capital, de la Modernidad Americana y en el contexto del surgimiento –incluso se adelanta un poco- de la Teoría de la Transición Epidemiológica de la medicina oficial, como se verá un poco más adelante en esta tesis.

¹²⁷ *Ibíd.*, p. 64.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 64.

inhibición, traerá la predisposición a diversos trastornos inmediatos: al exceso tratando de compensar el defecto y a la *perversión* mezclándose estas alteraciones. Por ello con gran razón, el Maestro supone a la *Psora como la condición básica de toda la patología humana*.¹²⁹

Cuando Proceso Sánchez dice de toda la patología humana, está implícito el desequilibrio de la salud, tanto física, mental y espiritualmente, desequilibrio que tiene su origen en las necesidades no resueltas que plantea la *inadecuación sujeto-objeto*. Que la escasez desequilibra, como se explicó en el capítulo primero. De acuerdo con Marx y otros marxistas *la escasez como fuente de la enajenación* niega la reproducción humana generando entre otras cosas antagonismo e inhumanidad entre los sujetos¹³⁰.

Hahnemann habló de la Psora como la madre de todas las enfermedades crónicas y que prevaleció durante siglos lográndose solamente ocultarse, debido a los *tratamientos inadecuados*, es decir, el sujeto tiene necesidad de curación pero el medicamento-objeto no es adecuado, con lo que la escasez persiste y desequilibra aún más la salud del sujeto, pues sólo se suprimieron sus manifestaciones –entre éstas estaba la más violenta, la lepra-, convirtiéndola en enfermedades prurito (erisipela, herpes, tiñas, sarna, etc.) menos violentas pero con la misma esencia.

Las sociedades precapitalistas, decíamos estaban en un marco de escasez, y que aunque ellas eligiesen cohesionarse para mediatizarla, lo estaban por la necesidad que imponían las fuerzas productivas escasas¹³¹

La escasez desequilibra la relación sujeto-objeto, expresándose como carencia, como inadecuación. Históricamente se fue interiorizando desde el plano más externo e inmediato que es la piel, pues el sujeto no tenía los medios técnicos adecuados para alimentarse ni protegerse de la naturaleza que se le presentaba como una negación, y no solo se quedó en la piel, sino que penetró todo el ser del sujeto, prolongando su estadía. Por ello señaló Hahnemann que fue muy visible hasta terminada la Edad Media, donde no se eliminó sino se mediatizó, se ocultó.

Ahora bien, no fue casual que la lepra “fuera el azote de la humanidad” durante siglos, donde las relaciones sociales y de producción de las sociedades previas al capitalismo, estaban en buena medida determinadas en forma “natural” por *la tradición, por la costumbre y sometimiento* a las fuerzas de la naturaleza¹³², lo cual tendría su proyección en el comportamiento individual y social.

Como ilustración de lo anterior, retomando lo dicho por Proceso Sánchez, en otra de sus obras, señaló que la psora, propicia que el hombre tienda a no ser “capaz de salir de sí, de darse cuenta de otras cosas que hay en derredor, porque se

¹²⁹ *Ibid.*, p. 64.

¹³⁰ Ver apartado de Dialéctica de la salud, enfermedad y escasez, capítulo primero de la presente tesis.

¹³¹ Ver en anexo, entrevista con Luis Arizmendi Rosales, sobre la importancia de la escasez en el materialismo histórico, donde polemiza con Marshall Sahlins, sobre su obra de *Los hombres de la economía de piedra*.

¹³² Bolívar Echeverría, “La modernidad en América Latina”, en *Vuelta de Siglo*, p. 105.

conforma con lo que ha querido, lo que ha anhelado y lo que pretende haber conseguido.¹³³

Con este planteamiento, se va viendo la profundidad del enfoque homeopático para captar las patologías, al considerar la relación mente-cuerpo, como enseguida se expone:

...la psora con su minusvalía siempre inhibe, inhibe las funciones mentales, habrá dificultad de comprender, dificultad de expresarse, dificultad de entender, dificultad de escribir, en fin carencias, impotencias, indolencia, la ineptitud, el desgano, la debilidad, la incapacidad para esto para aquello.¹³⁴

De ninguna manera estas características son exclusivas de las sociedades precapitalistas, puesto que también están presentes en la sociedad moderna a menudo en mayores dimensiones¹³⁵. Sin embargo, su consideración es importante, porque desde el enfoque homeopático las características esenciales en el plano mental de los miasmas es muy importante tenerlo presente, lo cual además, puede ilustrar lo que se dijo en el capítulo primero, que la escasez niega la existencia del sujeto, y deja huellas de inhumanidad en los sujetos y entre ellos.

Ahora esta situación de carencia psórica, de inhibición se transmite de generación en generación, esto es lo característico del miasma¹³⁶. Además al no resolverse adecuadamente acorde con las leyes naturales, cada vez se va haciendo la patología y la enajenación más profunda, hasta poner en cuestión no unos cuantos enfermos, como en las sociedades antiguas, sino a toda la salud de la civilización como en la época contemporánea.

Tomando en cuenta que, todo organismo vivo, desde los unicelulares hasta los de organización muy desarrollada, tienden a preservar la vida, entonces si la célula, está en una situación de escasez, de inhibición, ella misma tratará de compensar la carencia, sus estructuras entraran en una hiperfunción para contrarrestar la negación que ello implica.

Una expresión de lo anterior, en términos sociales, es el productivismo de la sociedad moderna, donde se lleva a cabo una producción para la producción misma, como no se había dado en la historia previa al capitalismo, lo que conlleva a explicar el segundo miasma llamado Sycosis.

¹³³ Proceso Sánchez Ortega, *Aplicación práctica de la clínica integral homeopática considerando lo miasmático*, op. cit., p. 82.

¹³⁴ *Ibíd.*, p. 25

¹³⁵ Luis Arizmendi Rosales, Entrevista exclusiva, CIECAS. "Ello rompe de alguna forma con el fetichismo emanado creado en la sociedad moderna de que las sociedades precapitalistas se desenvolvían en el oscurantismo, el atraso, la escasez, etc., siendo que paradójicamente mientras la sociedad moderna no repara en autoelogios del propio capitalismo, por dejar atrás la escasez y acabar con el hambre, sin embargo, actualmente se padece la crisis alimentaria, más grande en cuanto al número de seres humanos afectados, lo que en cierta forma demuestra que la sociedad más fetichista de todas es la actual, pues una "mano invisible" es la que regula el mercado definiendo la cantidad de muertos y hambrientos".

¹³⁶ Proceso Sánchez Ortega, *Apuntes sobre clínica integral hahnemanniana*, op. cit., p. 331.

2.3.1.2. Sycosis, el miasma del exceso, de la exageración

La Sycosis es “el miasma o estado constitucional del exceso, de la exuberancia, de la ostentación o de la fuga”.¹³⁷

Con base en lo anterior, se puede trazar un puente entre el pensamiento de Hahnemann con el materialismo histórico, cuando dice que la sycosis y la syphilis empiezan a levantar la cabeza en los siglos XV y XVI, pues con el nacimiento de la modernidad empiezan a fabricarse más productos para el intercambio mercantil, de manera acelerada, operándose incluso un cambio en la estructura social pasando de M-D-M' a D-M-D'¹³⁸, donde *la productividad es un factor característico*, lo que implica la posibilidad de superar la escasez negadora de vida que inhibe las manifestaciones humanas.

La agitación febril que caracteriza las nuevas relaciones sociales modernas capitalistas, indudablemente impactaron la corporeidad y la visión de los hombres, adquiriendo un matiz peculiar. En este sentido, el doctor Proceso Sánchez, señaló:

Es el miasma –la sycosis- producto del *egoísmo, de la ambición*, del placer sin pensar en los demás, con el egoísmo que hace olvidarse de todos y anteponerse uno mismo. Esa íntima sensación de egoísmo *de saberse defraudador de los demás* por no considerarlos, por aprovecharse *de todo lo que nos rodea sin hermanarnos a ello*.¹³⁹

Lo anterior, se puede relacionar con el individualismo que caracteriza el comportamiento moderno basado en la acumulación de capital, donde el hombre se separa del cosmos, de los otros y de sí mismo, pasando sólo a ser poseedor de un cuerpo, donde refugiarse, del mundo exterior¹⁴⁰.

Se puede conectar lo que caracteriza a la sycosis -que según Hahnemann, se gesta a fines del siglo XV-, con un pasaje de Bolívar Echeverría en que sugiere que un elemento que favoreció la Conquista de América por los europeos, fue que “la única y verdadera “superioridad” consistió en la constitución de su

¹³⁷ Proceso Sánchez Ortega, *Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de hahnemann*, op. cit., p. 65.

¹³⁸ Marx elabora conceptualmente la fórmula de la reproducción social previas al capitalismo, como: M-D-M', lo que significa que para la reproducción del sujeto social, los individuos cuentan con un determinado producto o mercancía que venderán en el mercado por cierto dinero para poder obtener otro producto o mercancía que satisfaga una determinada necesidad, por medio de M'. Para una sociedad capitalista, dicha fórmula, que retrata un determinado tipo de reproducción, se verá trastocado estructuralmente al pasar a D-M-D', donde el fin del proceso reproductivo no es la obtención de productos o de valores de uso para la satisfacción de necesidades como en épocas pre-modernas, sino de dinero incrementado, de una ganancia, es decir D', de valor, un ente abstracto, es quien inicia y termina el proceso de la reproducción social capitalista. Para mayor abundancia y precisión consultar Karl Marx, *El capital*, Sección I, *Mercancía y dinero*, del tomo I de El capital.

¹³⁹ *Ibíd.*, p. 83.

¹⁴⁰ David Le Breton, *Antropología del cuerpo*, op. cit., primeros tres capítulos.

personalidad, en la disposición de todos y cada uno de ellos de un esquema de comportamiento muy especial, el comportamiento mercantil moderno”.¹⁴¹

La sycosis en el plano mental, se expresa como una precipitación, una inquietud, quiere fugarse, quiere caminar de aquí para allá, hace las cosas atropelladamente, es ambicioso y por lo tanto quiere ser más¹⁴², los europeos, no se conformaron con el disfrute de valores de uso y placer a que los aborígenes americanos los invitaron, ellos querían el oro y más oro, es decir dinero y más dinero, o sea D’.

La personalidad sycósica; puede empatar con la actitud burguesa que, busca no el disfrute de la riqueza concreta, sino de la acumulación de riqueza abstracta, esa que siempre está en el futuro, en el valor que busca valorizarse frenéticamente hasta el infinito. La dinámica mental de la sycosis:

...tanto en su pensamiento como en sus movimientos y en su mente las ideas se agitan y se suceden en afluencia que lo tornan alucinante, fantasioso, petulante, voluble...propenso a las efusiones.¹⁴³

En el plano clínico, Proceso Sánchez Ortega señaló que la sycosis:

...muy bien reconocida por el maestro Hahnemann por su característica productividad de neoformaciones, de excresencias –de la hipertrofia-...la condición patológica del exceso, de la fuga, de la hiperplasia, de la ostentación, de las tumoraciones, del aceleramiento.¹⁴⁴

Pero también, mencionó que este miasma, como la psora, es el resultado del inadecuado tratamiento para el mismo, propiciando que éste sea:

...el resultante de la supresión arbitraria y antinatural de los flujos, de las afecciones catarrales y eliminativas, de las secreciones anormales *producidas por los excesos*, que se suprimen negando a la naturaleza –humana- su posibilidad de eliminar y de reintegrarse al ritmo de la moderación y de la homeostasia.¹⁴⁵

Es importante, retomar esta idea, pues si no hay el tratamiento adecuado para combatir los miasmas y se transgrede el principio *vix medicatrix natura* (la naturaleza es la que cura, desde la perspectiva homeopática), en este caso para la Psora y Sicosys, se estará en posibilidad de pasar a un cuadro de mayor patología:

Si se tiene a nivel celular, individual y social una psórica escasez enajenante, tanto la célula, el individuo o la sociedad tratarán de contrarrestarla de alguna manera para mantener la vida, entrando en una hiperactividad, con la intención de

¹⁴¹ Bolívar Echeverría, “Cuatro Apuntes”, en *Vuelta de Siglo*, op. cit., p. 240.

¹⁴² Proceso Sánchez Ortega, *Aplicación práctica de la clínica integral homeopática considerando lo miasmático*, op., cit., p. 25.

¹⁴³ Proceso Sánchez Ortega, *Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann*, op., cit., p.84.

¹⁴⁴ Ibid., p. 83.

¹⁴⁵ Ibid.

subvertirla; la célula dispondrá de nutrimentos de la membrana para conservar sus organelos internos más esenciales. El organismo en su conjunto igualmente entra en hiperfunción para dar prioridad a órganos vitales. Mientras que en el plano social, los hombres eligen afrontarla mediante la cohesión comunitaria primitiva o mediante formas de explotación y dominio como en la sociedad contemporánea. Se pueden recordar las largas jornadas de trabajo de 12-18 hrs., en los inicios del capitalismo y que bajo formas veladas se siguen implementando, hablamos entonces de esa hiperactividad.

En el plano social, bajo la modernidad capitalista, esa psórica escasez y enajenación, se ven mayormente potenciadas como quedó demostrado en el capítulo primero, al grado de que hoy la humanidad padece hambre como nunca antes en la historia.

Y como decíamos, lo que es a la célula es al individuo, si con la hiperfunción, la hiperproductividad, no se contrarresta la carencia, la escasez de nutrientes de todo tipo, y sigue el organismo humano viviendo en un contexto de escasez artificial, de necesidades no satisfechas adecuadamente, de transgresiones a las leyes naturales utilizando tratamientos también inadecuados, puede tener repercusiones tanto a nivel celular, individual como en lo social, estableciéndose complicadas patologías cada vez mayores, lo cual conduce a examinar el tercer miasma.

2.3.1.3. Syphilis, el miasma de la patología degenerativa

Expuestas las características de los anteriores miasmas, los cuales si no son tratados adecuadamente tanto en el plano médico como, bien se puede decir, social, se arriba al tercer miasma caracterizado por la destrucción, sobre lo cual el doctor Proceso señaló:

La syphilis como el tercero de los miasmas, por la profundidad de sus reacciones patológicas, por así decirlo, extermina en la peor de las formas la naturaleza humana. La transgresión original que motiva la psora se hace más trascendente con la exageración sycósica y representa el exterminio con la degeneración syphilítica...que en lo somático tiene también su símbolo o representativo: la úlcera.¹⁴⁶

La syphilis:

*...es un estado de la obstrucción a la función natural de producir anticuerpos suficientes para la protección de las estructuras orgánicas profundas y ocasionado por tratamientos precipitados o inadecuados.*¹⁴⁷

¹⁴⁶ Ibid., p. 91.

¹⁴⁷ Ibid., p.92.

También este miasma como los anteriores, en términos clínicos “es el estado constitucional resultante de la supresión arbitraria y antinatural de las afecciones”¹⁴⁸, es decir de tratamientos inadecuados que arriban a la degeneración, perversión o destrucción del organismo y sus funciones.

La proyección que en lo mental este miasma desarrolla en las personas y, por lo tanto, también en el plano social es que:

...serán abierta o veladamente encaminados a la violencia ya en sus reacciones, para con su familia o en la sociedad... realizando actos de terrorismo...En nuestro paciente, reconoceremos el rencor, el odio, el deseo de matar o suicidarse, de destruir, la evidencia de maldad, el furor y la rabia solapados o pronto a estallar.¹⁴⁹

De esta manera, los planteamientos de la ciencia médica homeopática pueden utilizarse para aclarar la transición epidemiológica que padecemos actualmente, entendida ésta como una época en la que la salud de la humanidad, se encuentra en una crisis severa, en una degeneración patológica, debido a que no se ha resuelto la causa de todas las patologías.

Se puede decir que la transición epidemiológica, desde el enfoque homeopático tiene de trasfondo una escasez generalizada que impacta en la salud humana con patologías cada vez más complicadas, las cuales como se ha visto, afectan el cuerpo desde sus elementos celulares, la dinámica mental y la socialidad entre los sujetos, propiciando marcas de inhumanidad, como diría Sartre¹⁵⁰.

Esto último, no hay que perderlo de vista, porque enseguida se exponen los planteamientos generales de los teóricos de la transición epidemiológica dentro de la medicina oficial, y habrá de notarse que en sus explicaciones no abordan las enfermedades a nivel patológico, ni mental, en relación con el problema de la escasez, línea argumental de la presente tesis.

2.4 Teoría de la transición epidemiológica de Abdel Rahim Omran, ¿un clásico?

La teoría de la transición epidemiológica, surge en los años 70´s del siglo XX, con el propósito de esclarecer los cambios en los patrones de salud enfermedad en relación con determinantes biológicos, demográficos, económicos y sociológicos que acompañaron a la modernización en la mayoría de los países occidentales.¹⁵¹

¹⁴⁸ Ibid., p. 91.

¹⁴⁹ Ibid.. p. 94.

¹⁵⁰ Ver capítulo I de la presente tesis.

¹⁵¹ Abdel Rahim Omran, *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of population Change*, op. cit., p. 731. Where he says: “What begins as an apparently academic exercise, attempting to describe and disentangle the determinants and consequences of changing disease patterns that have accompanied modernization in most western countries”.

El planteamiento de Omran en su momento fue novedoso, al buscar dar cuenta de los cambios en la salud-enfermedad, intentando salir de los límites meramente técnico-médicos hacia un enfoque histórico.

El trabajo de Omran tal vez por ser pionero, formula planteamientos generales con cierta certeza relativa, que permiten correlacionarlo con los enfoques del materialismo histórico y del pensamiento homeopático. Sin embargo, a menudo *sólo menciona mecánicamente* sin desarrollar más detenidamente y/o críticamente los factores específicos que habrían contribuido a la transición epidemiológica, lo cual si bien no demerita su original aportación plasmada en su trabajo, le desvían de las causas reales de la transición epidemiológica y, más aún, con las posteriores revisiones de sus planteamientos por el mismo autor, introduciendo nuevos modelos que hacen más complejo y nebuloso su planteamiento inicial.¹⁵²

La teoría de Omran es un trabajo clásico, al aplicar el análisis histórico para explicar los cambios epidemiológicos en algunos países tomando en cuenta, la transición demográfica, así como la incorporación del proceso de *“transición tecnológica en los actuales países desarrollados del mundo, aún en marcha en las sociedades menos desarrolladas”*.¹⁵³

No es casualidad que hable de *transición tecnológica* en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, donde bajo la modernidad americana, se llevó a cabo el mayor sometimiento del proceso de trabajo y del consumo a la mayor acumulación de capital.

Por otra parte, al mencionar Omran la transición tecnológica, en relación con factores económicos, sociológicos y, sobre todo, en lo relativo a la salud y la enfermedad, le acerca a la posibilidad de esclarecer las causas de la transición epidemiológica. El Dr. Omran señaló que:

Amplia evidencia puede ser citada para documentar esta transición en la que las *enfermedades degenerativas producidas por el hombre* desplazan a las pandemias e infecciones como la primera causa de morbilidad y mortalidad.¹⁵⁴

Más allá de las críticas e incomodidades que este planteamiento pudiese generar en el ámbito médico, al decir *“las enfermedades producidas por el hombre”*, se puede decir que Omran traslada consciente o inconscientemente, la enfermedad

¹⁵² Rubén Darío Gómez Arias, “La transición en epidemiología y salud pública, ¿explicación o condena?”, En este trabajo se comenta que a las etapas que maneja en su primer trabajo *The epidemiologic Transition: A theory of the Epidemiology of Population change*, (que en la presente tesis se considera son medulares para relacionarse con pensamiento homeopático y el materialismo histórico), posteriormente agregó otras dos: La etapa de la declinación de la mortalidad cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes; y la etapa de la calidad de vida esperada para mediados del siglo XXI.

¹⁵³ Abdel Rahim Omran, *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of population Change*, *op. cit.*, p.732. Where he says: “An epidemiologic transition has paralleled the demographic and technologic transitions in the now developed countries of the world and is still underway in less developed societies.”

¹⁵⁴ *Ibid.*, “Ample evidence may be cited to document this transition in which degenerative and man made diseases displace pandemics of infection as the primary causes of morbidity and mortality”

al tipo de relaciones sociales bajo el capitalismo, donde debido a su naturaleza contradictoria, de producción-consumo bajo el capital, se generan valores de uso - los medicamentos dentro de ellos- que pueden tener efectos adversos en la misma salud.

2.4.1. Propositiones de la transición epidemiológica de Omran

La argumentación de la teoría de la transición de Omran, se compone de cinco apartados a manera de proposiciones, en los que se analiza históricamente lo acontecido en relación a la mortalidad, natalidad, fecundidad, enfermedad y salud, en los países occidentales desarrollados, particularizando en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), principalmente, y a partir de ahí construye modelos explicativos, que le permiten extrapolar su análisis a otros países menos desarrollados como Japón, Ceylán y Chile.

En este capítulo se hace más énfasis en el análisis en la primera, segunda y quinta proposición por ser de mayor utilidad para el objetivo general de la tesis.

2.4.1.1. Primera proposición: la transición epidemiológica parte de la premisa de que la mortalidad es factor fundamental en la dinámica poblacional

La primera proposición hace referencia a la relación entre mortalidad y la dinámica poblacional y considera que, aunque la fertilidad se acercara a su máximo biológico en la era premoderna, las tasas de mortalidad eran altas, y que *“la despoblación podría y/o ocurría como resultado de las epidemias, guerras y hambrunas, lo que empujaría la mortalidad a picos altos”*¹⁵⁵.

La escasez que se vivía en las sociedades premodernas, dado el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, no sólo permitió el desarrollo de enfermedades como la lepra -la psora-, sino que además fue causa originaria de la enajenación, escisión social y de lucha de clases, con lo que las guerras –otra forma de patología social- junto con las hambrunas prolongadas, y por consiguiente, la desnutrición alimenticia, impactaron negativamente la reproducción social.

¹⁵⁵ Ibid., p. 733, “Consequently, even if fertility approached its biologic maximum, depopulation could and did occur as a result of epidemics, wars, and famines, which repeatedly pushed mortality levels to high peaks”

Omran no lo explicó de esa manera, lo que implicaría de suyo una crítica más profunda a sus planteamientos, sin embargo, retomo positivamente su planteamiento de las hambrunas en relación con la escasez como factor de mayor mortandad, es decir, de negación de la vida humana. Y es en este sentido, que para Omran, “más que cualquier otro factor, las fluctuaciones siempre altas de la mortalidad, ofrecen la más clara explicación de la baja tasa de crecimiento poblacional hasta 1650”.¹⁵⁶

Se dijo en el capítulo primero que, la naturaleza se le presentaba escasa al hombre y que ello lo negaba, lo que se expresó en los altos índices de mortalidad registrados en la época premoderna y de los cuales Omran destaca además los bajos niveles en la esperanza de vida. Por ejemplo, Omran comenta que la esperanza de vida era baja, del orden de “18 –años- para la antigua Grecia, 22 para Roma, 17 y 35 para Inglaterra en la época medieval, y de 22, 26, y 34 en los siglos XVI, XVII, y XVIII, respectivamente para Génova”¹⁵⁷

En el capítulo primero se comentó que en la relación salud y escasez de riqueza material, se encuentran las enfermedades, lo que permite explicar el impacto que se tenía en la baja esperanza de vida de la población y los mayores niveles de mortalidad, incluso Omran agrega que “los niveles de mortalidad fueron extremadamente altos incluso en los así llamados buenos años”¹⁵⁸.

Con lo expuesto, se puede plantear, un gran punto de coincidencia entre el discurso crítico, la ciencia médica homeopática y la teoría de la transición epidemiológica, las cuales parten de la escasez para el desarrollo de sus teorías.

Con el arribo de la modernidad como ya lo explicamos, se vislumbraron posibilidades de que la escasez pudiese ser superada. En este sentido, no es casual que, Omran, mencionara que:

En el periodo moderno posterior al año de 1650 el crecimiento de la curva de población mundial deja su patrón cíclico y asume una forma de crecimiento exponencial. Sin embargo, los índices de *mortalidad continuaron siendo abrumadoramente importantes determinando los movimientos poblacionales hasta la llegada de la Revolución Industrial de occidente, como está indicado por numerosos estudios.*¹⁵⁹

Cabe aquí hacer una distinción entre la dinámica poblacional en los países europeos y los americanos, pues en el marco de relaciones de sometimiento de que fueron objeto los pueblos de América desde la Conquista, las dinámicas son distintas. En el caso de América, se vivió la mayor mortandad; mientras que en Europa se tuvo una tendencia moderadamente ascendente, a excepción del siglo

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 734.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 734, where he says: “Several authors have suggested low yet fluctuating life expectancies on the order of 18 for ancient Greece, 22 for Rome, 17 and 35 for medieval Britain and 22, 26, and 34 in the sixteenth, seventeenth and eighteenth centuries, respectively, for Geneva”

¹⁵⁸ *Ibid.*, pp. 733 y 734. He adds: “The mortality level was extremely high even in these called good years”

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 734.

XIV, donde por la peste negra que azotó al continente se registró una disminución poblacional considerable.

Omran señaló que es a partir de mediados del siglo XVIII en que realmente la población asume un crecimiento exponencial, sobre todo debido a que las fluctuaciones en la mortalidad vinieron a ser menos frecuentes y drásticas y que la declinación en la mortalidad se estabilizó en niveles bajos hacia el siglo XX¹⁶⁰, para los países occidentales desarrollados.

Lo que puede ilustrarse con el siguiente cuadro.

Cuadro sintético 4. DINÁMICA DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL AÑO 1000-2000 (millones de personas)								
AÑOS	AFRICA	AMERICA	AMERICA LATINA	AMERICA ANGLOSAJONA	ASIA	OCEANIA	EUROPA	MUNDO
1000	50	13					47	275
1100	55	17					54	306
1200	61	23					68	348
1300	67	28					81	384
1400	74	30					54	373
1500	82	41					80	446
1600	90	17					102	480
1650	100	13	12	1	327	2	103	545
1700	90	11	10	1	330	2	140	573
1750	95	12	11	1	475	2	144	728
1800	90	25	19	6	597	2	192	906
1850	95	59	33	26	741	2	274	1171
1900	120	144	63	81	915	6	423	1608
1920	140	208	91	117	966	9	487	1810
1930	155	244	109	135	1072	10	532	2013
1940	172	277	131	146	1212	11	573	2246
1950	221	328	162	166	1381	13	572	2515
1960	279	416	218	198	1668	16	639	3019
1970	362	512	286	226	2101	19	702	3697
1980	477	614	362	252	2583	23	749	4450
1990	642	724	448	276	3116	26	786	5292
2000	830	890	600	290	3590	30	835	6175

Fuente: ONU, The population crisis y World populations prospects, 1990

Con estos planteamientos, a partir de la revolución industrial Omran hace una diferencia para distinguir una época de hambrunas y mortalidad elevada hacia otra en la que disminuyen tales problemas, lo cual se explica por el hecho de que cuando hay condiciones para superar la escasez de valores de uso, como es el caso de Inglaterra en los años posteriores a la revolución industrial, las enfermedades y la muerte tienden a declinar.

¹⁶⁰ Ibid.

2.4.1.2. Segunda proposición: desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades degenerativas producidas por el hombre

La segunda proposición de la teoría de la transición epidemiológica, es sin duda alguna la más importante, pues no sólo intenta ilustrar la periodización, desde un análisis histórico materialista, del desarrollo de la epidemiología en el mundo moderno actual. Sino que también, permite ubicar “las enfermedades producidas por el hombre” en el marco de la mundialización del capital sobre la base de la modificación material de los valores de uso sometidos a la acumulación de capital.

Tomando en cuenta que la disminución de la mortalidad fue más significativa conforme avanzaba la modernidad, Omran señaló que *las patologías infecciosas han sido paulatinamente desplazadas por las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre, como la forma principal de morbilidad y primera causa de muerte en los países occidentales modernos.*

En este planteamiento, si bien es cierto que las enfermedades degenerativas empiezan a predominar, no es suficiente decir, que la transición epidemiológica es causada por la disminución de la mortalidad o su contraparte, el aumento en la esperanza de vida, debido a los progresos económico sociales y/o técnicos. Lo que en conjunto le hace decir a Omran “las enfermedades producidas por el hombre”. Pues deja de lado el problema de la escasez antes y después del arribo de la modernidad y plantea simplistamente que la mayor esperanza de vida es lo que aumenta las enfermedades crónico-degenerativas.

Omran apoyándose en los patrones de la mortalidad planteó que se distinguen tres principales etapas sucesivas conformando la base de lo que se conoce como la transición epidemiológica y que de manera sintética se presenta a continuación en forma de cuadro:

Cuadro sintético 5. ETAPAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN OMRAN			
Era	Periodo Aproximado	Mortalidad	Esperanza de vida
Pestilencia y hambrunas	Desde la prehistoria hacia el año 1650	Alta y fluctuante No hay crecimiento poblacional sostenido	Variable de 20 a 40 años
Recidiva de pandemias	A partir de 1650 hacia la década de los veinte y treinta del siglo XX	Declina progresivamente	Variable de 30 a 50 años
Enfermedades degenerativas y producidas por el hombre	Desde la década de los treinta del siglo XX A partir de 1945 se hace más llamativo	Adquiere estabilidad en un relativo bajo nivel	Más de 50 años

Fuente: Abdel Rahim Omran, *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of population Change, The Milbank Wuarrely*, pp. 738-739.

Para la era de la pestilencia y las hambrunas, con fines prácticos Omran consideró los patrones de salud y enfermedad de la época pre-moderna, la cual según señaló en su primera proposición está por abajo del año 1650 en la cual:

Cerca de tres cuartas partes de todas las muertes fueron atribuidas a *enfermedades infecciosas, malnutrición, y complicaciones maternas*; enfermedades cardiovasculares y cáncer fueron responsables de menos del seis por ciento¹⁶¹

Agrega que –con base en información compilada por la ONU- se constata “*que los patrones de enfermedad cambian marcadamente conforme aumenta la esperanza de vida...hay una progresiva declinación de enfermedades infecciosas y un concomitante incremento de enfermedades degenerativas*”.¹⁶² En Inglaterra y Gales:

Los cambios graduales en los patrones de enfermedad característicos de la transición clásica pueden ser vistos con la constante declinación de las enfermedades infecciosas (incluyendo tuberculosis y diarreas) y un incremento moderado en cáncer y enfermedades cardiovasculares en Inglaterra y Gales hacia 1920.¹⁶³

Y en seguida, añada que:

Después de la Primera Guerra Mundial, la declinación de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades degenerativas es más distinguible, y que *desde 1945 el incremento en las enfermedades cardiovasculares es particularmente llamativo*.¹⁶⁴

Esto último, se hace más inteligible, si consideramos que, en la década de los veinte del siglo XX, E. U. A., está ya disputando la hegemonía económica, (tal vez por ello, hacia 1920, Omran, empieza a vislumbrar la transición epidemiológica) lográndola después de la Segunda Guerra Mundial, siendo ellos quienes llevan a su máxima expresión el sometimiento de los valores de uso bajo el capital como ya fue comentado, colocando en cuestión el futuro de la civilización y del planeta todo. Y tal vez por ello mismo, es que Omran diga que a partir de 1945, (*en el marco de la modernidad americana*), sea más notable el incremento de las enfermedades degenerativas o cardiovasculares o las “enfermedades producidas por el hombre”.

¹⁶¹ *Ibíd.*, p. 738.

¹⁶² *Ibíd.*

¹⁶³ *Ibíd.*

¹⁶⁴ *Ibíd.*

2.4.1.3. Quinta proposición: modelos de transición epidemiológica¹⁶⁵

Con base en sus proposiciones previas y, particularmente de la sinergia histórica que juegan los determinantes de la transición, el doctor Omram planteó que:

La reducción de la mortalidad en Europa y en la mayoría de los países occidentales durante el siglo XIX, es descrito como el *Modelo Clásico de la Transición Epidemiológica*.¹⁶⁶

Lo anterior fue principalmente *determinado por factores ecobiológicos y mejoras socioeconómicas*, debido a que:

La influencia de factores médicos fue durante mucho tiempo inadvertida hasta el siglo XX, tiempo en el cual, las pandemias e infecciones habían realmente declinado significativamente.

En cuanto, a los países en desarrollo, Omran señaló que en ellos, la disminución de la mortalidad fue más reciente –ya en el siglo XX- y que los efectos de los factores médicos habían tenido un papel más destacado. De esto, diseña dos modelos, dependiendo de la velocidad histórica que asumieron: el *Modelo de Transición Acelerado*, el cual se lo adjudica a Japón y que, fue *determinado principalmente por las mejoras sanitarias y médicas, así como por las mejoras generales en las condiciones sociales*.

Por su parte, el *Modelo Contemporáneo o Retrasado*, incluye la mayoría de los países de América Latina, África y Asia o lo que anteriormente se le llamaba países del tercer mundo. En ese modelo, la mortalidad y la transición *epidemiológica fue considerablemente influenciado por la tecnología médica y los programas de salud pública*.¹⁶⁷

El Dr. Omran, tiene claro que las fases anteriormente comentadas así como los modelos planteados, tienen *múltiples determinantes*, que no son simples de analizar puesto que intervienen factores biológicos, sociales, culturales, económico-políticos, técnico-médicos, etc., sin embargo, con el planteamiento de sus modelos deja relegado el problema de la escasez, que en cierta forma retomó cuando hablaba de las hambrunas. Por otra parte, en el manejo de los determinantes de la transición, es donde las divergencias de opinión se harán notables entre los enfoques expuestos; en buena medida entendible por el objeto de estudio de cada disciplina, pero también, sobre todo por la visión del mundo

¹⁶⁵ La tercera que se refiere a los riesgos relativos de la mortalidad por edad, diciendo que “durante la transición epidemiológica la mayoría de cambios profundos en los patrones de salud y enfermedad se obtuvieron entre los niños y mujeres jóvenes”, por ser grupos susceptibles a las infecciones y a las enfermedades por deficiencias, lo que apuntalaría el que la población fuese más longeva y por lo mismo, fuese afectada por enfermedades crónica-degenerativas.

En la cuarta proposición, plantea que hay una estrecha asociación entre la transición epidemiológica, la demográfica y la socioeconómica que constituyen la modernización compleja y lo que en buena medida he venido desarrollando en este trabajo.

¹⁶⁶ *Ibíd.*, p. 741

¹⁶⁷ *Ibíd.*

que se tenga y de la epistemología utilizada, como se abordará en el capítulo tercero.

2.5. Conclusión

Con todo lo que se ha expuesto en la presente tesis, se puede decir que, el periodo de la transición epidemiológica comprendería entonces desde la instauración de la modernidad hacia los siglos XV y XVI, que en su momento fue europea, y que es hacia 1945, con la *modernidad estadounidense* como hegemónica, que “*las enfermedades producidas por el hombre*” empiezan a hacerse más notorias, a lo cual contribuirá considerablemente la visión mecánica del cuerpo que se forja en la modernidad.

Es a partir de 1945 en adelante, que se lleva a cabo la consolidación de la mundialización del capitalismo, impulsada por la modernidad estadounidense con un mayor sometimiento de la naturaleza, de los hombres y de valores de uso a la acumulación de capital.

Situación que se verá reforzada después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se pone en marcha el Estado Benefactor, en el que *el Estado asume la responsabilidad de la salud de los individuos*¹⁶⁸, lo cual también tiene impacto contradictorio en las políticas y situación de salud de los países de Latinoamérica, pues por un lado, si bien, se crearon hospitales y disminuyó la mortalidad materna e infantil; por otro, se diseñaron e implementaron los programas de vacunación masiva, los cuales tienen polémicas consecuencias, como se verá en el capítulo tercero.

Desde la medicina homeopática, se puede deducir que la transición epidemiológica, está mediada por las enfermedades sycósicas, provocadas por la dinámica productivista de la modernidad capitalista, para llegar, en el período de la consolidación de la mundialización del capital, a las “enfermedades producidas por el hombre”, donde ahora la escasez “artificial” se reproduce una y otra vez, lo que daría paso a una época de patologías syphilíticas, destructivas, lo que la medicina oficial llama las crónico-degenerativas.

Así la transición epidemiológica no debe ser entendida como resultado del progreso en general o de que se logró una mayor esperanza de vida, sino que está en estrecha relación con el tipo de relaciones de producción que se establecen bajo la modernidad y mundialización capitalista.

Este cuadro patológico, desde la crítica de la economía política, implicaría un mayor control y sometimiento de la población, lo que desde el plano de la salud pasa desde el nivel celular hasta el ámbito de lo mental, a lo cual contribuye el

¹⁶⁸ Ivan Illich, *Némesis médica*, op. cit.

consumo nocivo tanto directo como indirecto en aras de una mayor acumulación de capital.

De esta manera, se corrobora que sí se pueden establecer puentes de comunicación entre el materialismo histórico, la medicina homeopática y los primeros planteamientos de los teóricos de la transición epidemiológica.

Sin embargo, la medicina “oficial” por su base epistemológica que es funcional a la acumulación de capital, está imposibilitada de abordar críticamente la transición epidemiológica.

Con lo expuesto en los capítulos anteriores, se tienen las bases para pasar a analizar los resultados de la transición epidemiológica, la cual se analizará a la luz de los datos estadísticos junto con comentarios críticos sobre los principales determinantes que contribuyeron a dicho proceso.

Capítulo 3. Los resultados de la transición epidemiológica en América Latina

3.1. Introducción

En este capítulo, desde la perspectiva de la medicina oficial, se inicia con la exposición de los resultados que está arrojando la transición epidemiológica que se vive en América Latina y el Caribe, por regiones y países, lo cual vinculado con los anteriores capítulos, permitirá corroborar o en su caso desechar la hipótesis general de la presente tesis, la cual plantea que la transición epidemiológica, obedece a que el problema de la histórica escasez material y de todo tipo, al no ser resuelta por la modernidad, y siendo agravada aún más en el contexto de la mundialización del capital por el mayor sometimiento del consumo, representado por la hegemonía estadounidense en particular, ha dado por resultado cambios en el perfil epidemiológico del continente, hacia cuadros patológicos más crónico-degenerativos o syphiliticos sin desaparecer, por supuesto, las enfermedades infectocontagiosas.

Se redondeará la discusión, con el análisis de los principales determinantes de la transición epidemiológica que plantea Omran, así como lo que señala Julio Frenk y seguidores, al tiempo que se exponen lo que considero son determinantes críticos de la transición, entre los que se tiene la pobreza, alimentación, cambios en el medio ambiente.

Particularmente, con base en la concepción del cuerpo como máquina que la modernidad capitalista instaura, se analizará el fenómeno de la medicalización en

la sociedad en general, y cómo bajo la modernidad adquiere una forma nociva para la propia salud, con el propósito de dominar al sujeto y generar mayor acumulación de capital, dentro de lo que destacan las políticas de vacunación.

Lo anterior, se relaciona con la hecho de que para los países en desarrollo, el principal determinante de la transición epidemiológica que Omran, Frenk y colaboradores, plantean es la aplicación técnica-médica hospitalaria, ante la ausencia de mejoras sustanciales en las condiciones socioeconómicas, sin embargo, su planteamiento es acrítico y positivista por considerar que tales aplicaciones influyen en la mayor longevidad y, ésta última, sea la causa de las enfermedades crónico-degenerativas, no analizan cómo la tecnología está sometida al capital, con efectos adversos para la salud.

Por lo anterior, se analizará con más detenimiento lo relativo a los programas de vacunación, que ampliamente se aplican en América Latina y el Caribe, debido a que pueden estar incidiendo considerablemente en el proceso de la transición epidemiológica, ya que las vacunas al ser también valores de uso sometidos a la acumulación de capital, se les relaciona, de acuerdo con diversas investigaciones, con polémicas consecuencias a corto, mediano y largo plazo para la salud de la población como veremos.

El análisis se hará con base en el pensamiento marxista, de la ciencia médica homeopática, teóricos de la transición epidemiológica, así como de autores que han contribuido al estudio de las implicaciones de la medicina moderna como Iván Illich, Michael Foucault, Harris L. Coulter entre otros. Todo ello, enriquecido con notas periodísticas sobre hechos actuales relativos a los puntos mencionados.

En cuanto a los datos utilizados para el presente estudio, si bien se ha considerado, que es posterior a la Segunda Guerra Mundial donde se consolida la mundialización del capital, así como las condiciones para la transición epidemiológica con las implicaciones que hemos comentado en el terreno de la salud, son los años posteriores a 1960, los que se consideran para el análisis epidemiológico.

Analizar la tendencia de los cincuenta años posteriores a 1960 revisten una importancia especial y necesaria para el estudio de los impactos de la mundialización del capital en la salud, ya que si se considera que la edad promedio adecuada para la reproducción humana es a los 25 años, los últimos 50 años, son un tiempo biológicamente adecuado para valorar cualitativa y cuantitativamente cambios y trayectorias epidemiológicas y demográficas que se vienen operando en América Latina y el Caribe desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

Aunado a lo anterior, fue en el marco de la guerra, con el Plan Beveridge¹⁶⁹ que se da inicio a la generación de políticas de salud con enfoque social, y aunque si bien dicho plan surgió en Inglaterra, tuvo notable impacto en los países occidentales; sobre todo, posteriormente, a partir de la década de los setenta cuando las instituciones mundiales de la salud diseñaron políticas sanitarias para la consecución de una mejor salud, como se hizo en la declaración de Alma Ata, la que promovió a nivel mundial un movimiento en pro de la atención primaria de salud, con el lema de “salud para todos en el año 2000”, impulsado por “profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias”¹⁷⁰.

Lo planteado en Alma Ata fue evaluado y “completado” con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la cual consideraba de manera más integral las relaciones entre la población y el desarrollo en el marco de los derechos humanos, haciendo de la salud un derecho “de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, a gozar de una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza y a tener un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluidos alimentación, vestido, vivienda, agua potable y saneamiento adecuados”¹⁷¹, asimismo, incluía en sus planteamientos los derechos a la salud sexual y reproductiva.

Posteriormente, para evaluar los logros en materia de condiciones de vida, salud y desarrollo en el mundo, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio en septiembre de 2000, la cual en materia de salud y población se propuso impulsar una nueva vitalidad a la estrategia de atención primaria, erradicación de la pobreza y el hambre; educación primaria universal; igualdad de géneros; mayor autonomía de la mujer, así como mejora en la salud materna; combatir la mortalidad infantil, lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo; sustentabilidad del medio ambiente, y la promoción de una alianza mundial para el desarrollo.¹⁷²

Ya en los primeros años del tercer milenio, en la Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo en 2004, su director, el Dr. Lee Jong-Wook, convocó a la conformación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de generar sugerencias con base en evidencias existentes sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias de manera pragmática.

¹⁶⁹ <wikipedia.org/wiki/William_Beveridge visitado en mayo 2013 > **William Henry Beveridge**, fue un **economista** y **político británico**. Es uno de los responsables de la creación de los planes sociales. Se le conoce fundamentalmente por su informe de 1942, *Social Insurance and Allied Services* (conocido como el "Primer informe Beveridge") que proporcionó las bases teóricas de reflexión para la instauración del *Welfare State* por parte del gobierno laborista posterior a la Segunda Guerra Mundial.

¹⁷⁰ CEPAL, “Población y Salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos”, p. 18.

¹⁷¹ *Ibíd.*, p. 21.

¹⁷² *Ibíd.*, p. 23.

Todas ellas, ameritan una crítica general a la luz de los resultados obtenidos, sobre todo porque fueron iniciativas en el ámbito de la salud que se implementaron dentro del período de estudio de la presente tesis, además de que fueron propuestas posterior a la crisis mundial capitalista de los setenta, y después de que el Club de Roma hiciera sus planteamientos sobre los límites del crecimiento, dentro de los cuales, se vislumbró la marcha y efectos que la transición demográfica y epidemiológica implicaría para la misma acumulación del capital, así como para la salud de la población.

Finalmente se plantearan conclusiones generales y particulares de la presente investigación.

3.2. De las enfermedades infecto-contagiosas a las crónico-degenerativas de 1960 a 1990

Debido a la histórica escasez material y de todo tipo que viven la mayoría de la población de los pueblos de América Latina y el Caribe y que padecen aún, aunado al tipo de reproducción-consumo gestado durante la consolidación de la mundialización del capital, así como por la visión del cuerpo y el enfoque médico que se tiene en la modernidad, desde hace más de tres décadas, se está viviendo un cambio en el perfil epidemiológico de la región, que consiste en el surgimiento masivo de enfermedades crónico-degenerativas¹⁷³, sin eliminar las infecto-contagiosas¹⁷⁴.

¹⁷³ *Diccionario de Medicina Océano Mosby*, p. 332.

Las enfermedades crónico-degenerativas, son definidas como:

Enfermedad que se mantiene durante un periodo largo de tiempo en comparación con la evolución de los procesos agudos. Los síntomas de la enfermedad crónica suelen ser menos llamativos que los de la fase aguda del mismo proceso y pueden dar lugar a incapacidades totales o parciales.

Por su duración se les relaciona con edades más avanzadas, y por su tendencia a producir disfuncionalidad o incapacidades se les agrega el calificativo de degenerativas, ya que implican en la mayoría de las veces un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y en la mayoría de las veces persiste durante largo tiempo hasta acabar con la vida de la persona si no se aplican los tratamientos adecuados a tiempo.

¹⁷⁴ Las enfermedades de carácter infecto-contagioso, hacen referencia a una infección, lo que implica, desde la perspectiva de la medicina oficial una:

Invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando un estado morbo por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

Los microorganismos bien pueden ser virus, bacterias, hongos, protozoos, etc., en el caso de agentes biológicos patógenos de tamaño macroscópico, como los gusanos, no se habla de infección sino de infestación y ésta puede ser externa, como los piojos, pulgas, garrapatas, etc., o internas como las teniasis, oxiurus, áscaris.

Las enfermedades infecciosas se dividen en transmisibles y no transmisibles; las primeras se pueden propagar directamente desde el individuo infectado, a través de la piel o membranas mucosas o, indirectamente, cuando la persona infectada contamina el aire por medio de su respiración, un objeto inanimado o un alimento; en las no transmisibles el microorganismo no se contagia de un individuo a otro, sino que requiere unas circunstancias especiales, sean medioambientales, accidentales, etc., para su transmisión. En estos casos, las personas infectadas no transmiten la enfermedad, como el tétanos por ejemplo, etc.

El Continente, al igual que la mayoría de la población del planeta, está arribando a una compleja situación en el ámbito de la salud, donde se están mezclando y cohabitando las diferentes patologías, desde el plano individual, en la comunidad, al interior de un país, y en términos mundiales, lo cual llevaría a hablar no sólo de una crisis en los servicios de salud, sino incluso, por lo que se ha venido exponiendo en la presente tesis, de una crisis en los mismos principios del enfoque médico actual, en contraposición a lo que plantea Foucault¹⁷⁵; ya que los resultados que está arrojando la transición epidemiológica en vinculación con los determinantes de la salud, de los que se hablará más adelante, están colocando a la población de América Latina y el Caribe y, a la misma especie humana, en un verdadero callejón sin salida, con serias posibilidades de agravarse aún más con los efectos del cambio climático.

Dicho lo anterior, a continuación se hace un análisis de la dinámica de las enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas por país y por regiones en América Latina y el Caribe.

3.2.1 Enfermedades infecto contagiosas

Para este tipo de enfermedades se consideró a las infecciones intestinales, tuberculosis en todas sus formas e infecciones respiratorias agudas, y se procedió

Dentro de los factores que intervienen en las enfermedades infecciosas son: huésped susceptible, agente causante, modo de transmisión, puerta de entrada y de salida, reservorio. De manera general, toda enfermedad infecciosa pasa por 3 etapas:

1. Periodo de incubación. Tiempo comprendido entre la entrada del agente hasta la aparición de sus primeros síntomas. Aquí el patógeno se puede multiplicar y repartirse por sus zonas de ataque. Varía el tiempo dependiendo de la enfermedad y del sistema inmunológico del huésped.
2. Periodo de desarrollo. Aparecen los síntomas característicos que perturban el equilibrio dinámico de la salud.
3. Convalecencia. Se supera a la enfermedad y el organismo se recupera, adquiriendo resistencia y memoria inmunológica para posteriores eventos.

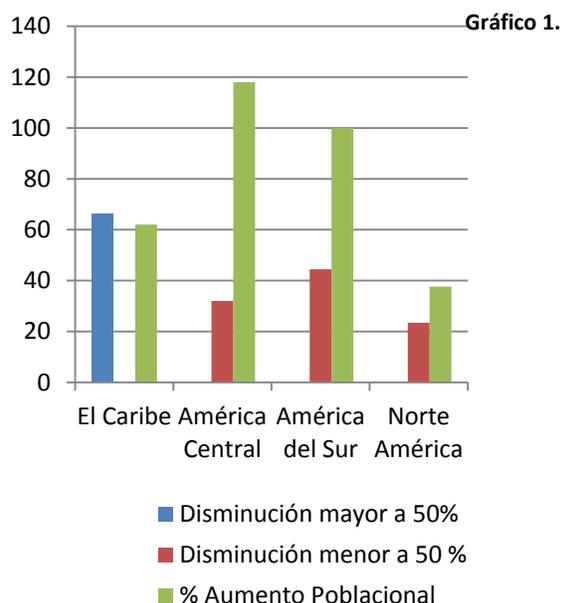
Lo anterior, implica que la duración de la mayoría de las enfermedades infecto-contagiosas, es relativamente corta, con excepciones como en el caso del SIDA. Walter Wilson, *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas*. Y Jesús Kumate, *Manual de Infectología* <es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_infecciosa visitado en mayo de 2013>.

¹⁷⁵ Michel Foucault, “¿Crisis de un modelo en la medicina?”, incluido en el libro de Erick Estrada Lugo “Plantas medicinales de México”, pp. 49-61. En esta conferencia el autor establece una discusión con Ivan Illich, en relación a su libro *Némesis médica*, Foucault le refuta con sobrada ironía la veracidad de sus datos, así como la manera de extraer sus deducciones, y sobre todo de que no hay tal crisis de la medicina, sino de la antimedicina –en alusión a los planteamientos de Illich y seguidores-, o en su caso dice que si hay tal crisis pero del modelo de medicina aplicado, el cual habría que analizar para ser corregido o mejorado. Es decir, Foucault, no es crítico respecto de los fundamentos de la medicina oficial moderna, al contrario, defiende sus fundamentos, hace incluso una oda a la muerte como un medio de luz y conocimiento en el campo médico, lo cual encaja muy bien con un pensamiento moderno o incluso posmoderno, no fundamenta desde la vida como se comentara en las conclusiones de la presente tesis.

a calcular para cada país la tendencia hacia la disminución (mayor o menor a cincuenta por ciento respecto de un año base), posteriormente se obtuvo una media simple y se relacionó con su incremento poblacional para tener una idea más precisa del impacto de la tendencia a la disminución de estas patologías, todo lo cual se presenta a continuación.

Región ¹⁷⁶	Dism. > a 50%	Dism. < a 50 %	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. a Dism. de Patología.
El Caribe	66.16		62	0.93 a 1
A. Central		31.98	118	3.68 a 1
A. del Sur		44.46	100	2.24 1
A del N.		23.45	37.6	1.60 a 1

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Población Mundial y Número de muertes estimados ambos sexos,1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012>; y Organización panamericana de la Salud, Número de defunciones infecciosas, en estadísticas de salud en las Américas, 1995, publicación científica No. 556.



De acuerdo con la información de la tabla, la región de El Caribe es la que más disminuyó porcentualmente el número de enfermedades infecto-contagiosas, en buena medida por su bajo nivel de aumento poblacional en comparación con las otras regiones, ya que mientras disminuyeron en 1 por ciento las enfermedades, la población aumentó en 0.93 por ciento.

La región más afectada es América Central, con la menor tendencia a la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas, ya que mientras disminuyen en 1 por ciento, la población aumentó en 3.68 por ciento.

¹⁷⁶ Los países ubicados por región se toman según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.
 Para El Caribe se contempla: Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Rep. Dominicana, Jamaica, Puerto Rico, Santa Lucía, Trinidad y Tobago.
 Para América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Panamá.
 Para América del Sur: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.
 Para Norte América: Canadá y Estados Unidos.

Por su parte, América del Sur, presenta una tendencia más homogénea a la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas, debido a que ante una disminución de 1 por ciento en este tipo de patologías, su población aumentó en 2.24 por ciento.

Finalmente, si comparamos la magnitud poblacional de los dos países de Norteamérica seleccionados (281, 040, 000), con la de América del Sur (288,800,000), vemos que la disminución de las patologías infecciosas en Norteamérica es muy significativa, lo cual es entendible dado su alto nivel de desarrollo económico y tecnológico.

El desglose por países se presenta en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Disminución de enfermedades infecciosas en América 1990-1960			
País	Disminución mayor a 50%	Disminución menor a 50 %	Aumento
El Caribe			
Bahamas		42.4	
Barbados	82.07		
Cuba		45	
Dominica®	83.01		
Rep. Dominicana		29.3	
Jamaica	51.1		
Puerto Rico	65.7		
Santa Lucía	58.73		
Trinidad y Tobago	72.48		
Centroamérica			
Belice	51.67		
Costa Rica	68.9		
El Salvador		20.13	
Guatemala		11	
México	63.69		
Nicaragua			37.28
Panamá		45.77	
Suramérica			
Argentina	63		
Brasil		33.12	
Chile	72.9		
Colombia		46.62	
Ecuador		26.24	
Guyana	75.64		
Paraguay		40.1	
Perú		49.42	
Suriname		32.45	
Uruguay		47.2	
Venezuela		46.45	
Norteamérica			
Canadá		34.57	
Estados Unidos		12.34	
Fuente. < http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm >, Número de muertes (ambos sexos) estimados, 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012); y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones infecciosas, en estadísticas de salud en las Américas, 1995, publicación científica No. 556.			

De la región Caribe los tres países que más disminuyeron tales patologías fueron Dominica (83.01%) Barbados (82.07%) y les sigue Puerto Rico (65.7%), por su parte, los que menos disminuyeron fue Cuba (45%), Bahamas (42.4%) y República Dominicana (29.3%).

Considerando que el 52.6 por ciento de la población del Caribe la tienen los tres países que menos disminuyeron las enfermedades infecto-contagiosas (entre los tres hacen una población de 18,021,000 habitantes de un total de 34,205,000 al cierre de la década de los noventa) se tiene una importante prevalencia de tales defunciones por estas patologías en dichos países y en la región.

Llama la atención el caso de Cuba, quien presentó una disminución de las enfermedades infecto contagiosas del 45%, no obstante sus avances en el área médica, estando muy por debajo de la mayoría de los países del Caribe, caso contrario es Puerto Rico, con una población considerable, pero con mayor disminución de dichas enfermedades; ante lo que hay que tener en cuenta el embargo económico que desde hace más de cincuenta años padecen los cubanos por parte de los Estadounidenses y el apoyo que éstos dan a los puertorriqueños.

En cuanto a Centro América, los tres países que más disminuyeron son Costa Rica (68.9%), México (63.69%) y Belice (51.67%), y entre quienes menos lo hicieron se encuentran El Salvador (20.13%), Guatemala (11%), mientras que cabe subrayar que Nicaragua fue el único país con un incremento de 37.28%.

De la región centroamericana, es significativo que los tres países donde las enfermedades infecciosas disminuyeron menos, es en los que se vivieron conflictos bélicos, impulsados por la modernidad americana, durante las décadas de los setenta y ochenta, y también son de los más pobres de esta región.

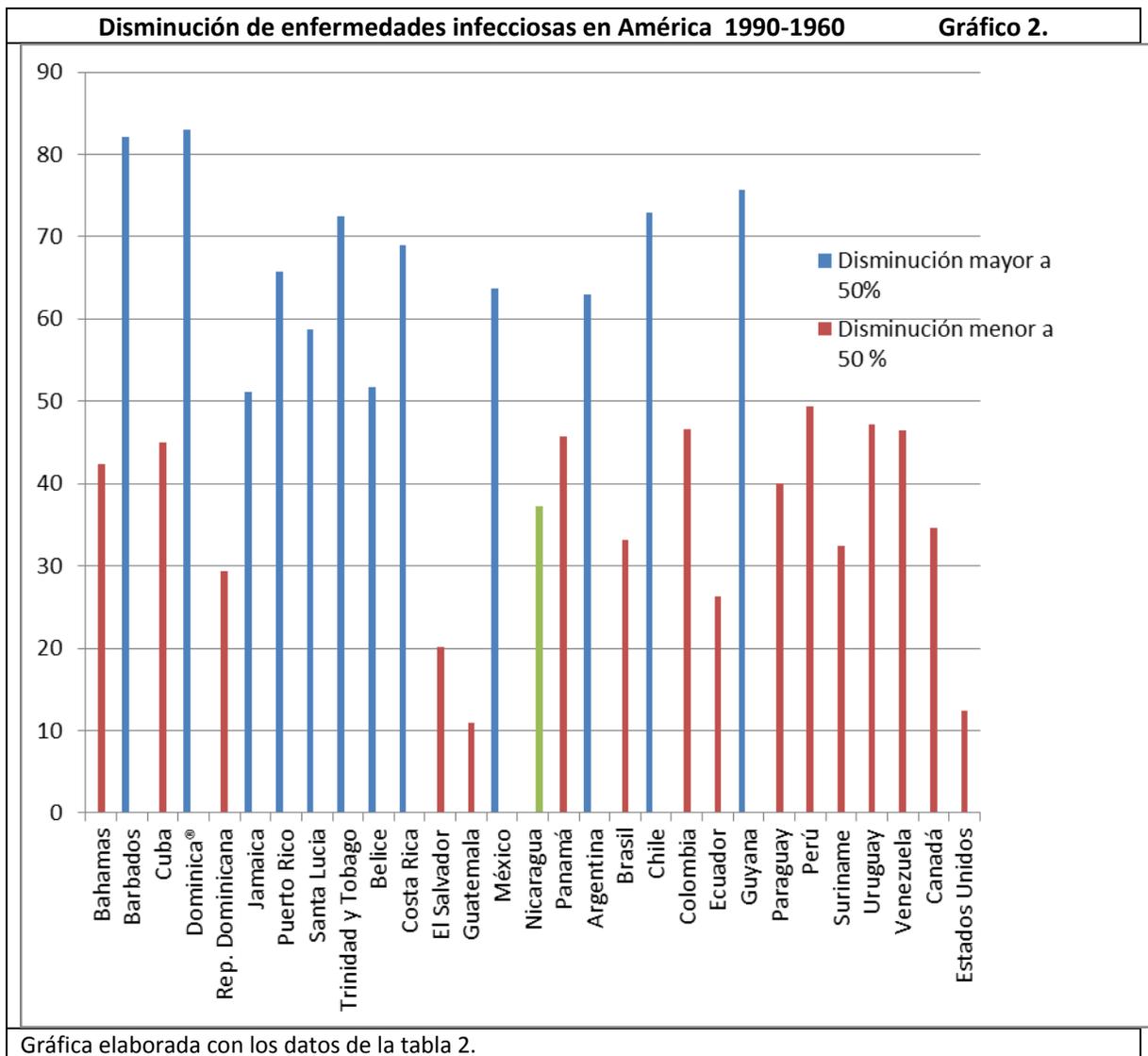
Por su parte, Costa Rica y Belice son países pequeños, con mejor nivel de ingreso de la región, primero y segundo respectivamente, y menor población, lo que se refleja en una mayor disminución en este tipo de patologías. El caso de México en cambio, aunque tiene una disminución de 63.69 por ciento, dado el tamaño de su población y la cuantía de sus recursos, dicha disminución es modesta, lo que se explica en parte, por la asimetría socioeconómica entre las regiones del país y la pobreza imperante.

Para la región de América del Sur, se presenta una mayor homogeneidad en sus porcentajes de disminución de las enfermedades infecciosas en correspondencia con su magnitud geográfica y poblacional, pues ésta representa dos terceras partes (66.5%) del total de la población de América Latina y el Caribe hacia el 2010.

Los países que más disminuyeron fueron Guyana (75.64%), Chile (72.9%), Argentina (63%) y Perú (49.42%) y los que menos: Ecuador (26.24%), Suriname (32.45%), Brasil (33.12%) y Paraguay (40.1%).

Argentina y Chile tienen un considerable desarrollo económico lo cual influye en su porcentaje de disminución. Brasil aunque presenta una relativa baja disminución de 33.12%, si se considera que su población en el 2010, equivale al 49.6% del total de la región, la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas que presentó el país es significativa, no obstante que cuenta con regiones muy polarizadas socioeconómicamente.

Para ilustrar lo anterior, se presenta la siguiente gráfica correspondiente a todo el Continente.



De la tabla, para todo el Continente, se pueden extraer a los cinco países que menos disminuyeron las enfermedades infecciosas, y son Nicaragua (aumento del 37.28%), Guatemala (11%), El Salvador (20.13%), Ecuador (26.24%) y República Dominicana (29.3%). Entre los cuales muy probablemente estarían Bolivia, Haití y Honduras, sin embargo no se dispone de información para ellos.

Los países que más disminuyeron son: Barbados (82.07%), Dominica (83.01%), Guyana (75.64%), Chile (72.90%) y Costa Rica (68.9%), éstos dos últimos diversos autores consideran que ya están en una etapa avanzada de la transición epidemiológica¹⁷⁷, donde imperan las enfermedades crónico-degenerativas.

3.2.2. Enfermedades crónico-degenerativas

Dentro de estas patologías se consideró la diabetes mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente, enfermedades cardiovasculares, los tumores del aparato digestivo, tumores malignos y leucemias, accidentes y lesiones, las que a continuación se exponen.

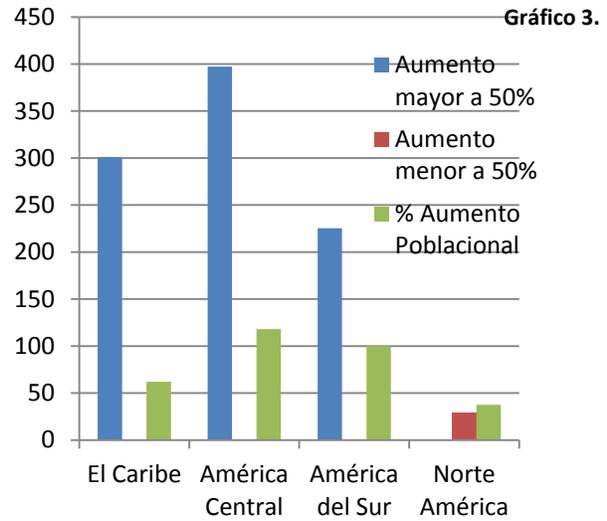
3.2.2.1. Enfermedad de diabetes mellitus

Para este padecimiento se obtuvieron los crecimientos por países, se agruparon por región y se obtuvo una media simple, dando los siguientes datos:

¹⁷⁷ Julio Frenk, Rafael Lozano y José Luis Bobadilla, “La transición epidemiológica en América Latina”, y Julio Frenk, Rafael Lozano y José Luis Bobadilla, Tomás Frejka, Claudio Stern, Jaime Sepúlveda y Marco José “La transición epidemiológica en América Latina”

Tabla 3. Tendencia de las defunciones por diabetes mellitus, durante la década de los noventa respecto a la del sesenta				
Región	Aum. > a 50%	Aum. < a 50%	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. Patología.
El Caribe	301.01		62	0.20 a 1
América Central	397.33		118	0.29 a 1
América del Sur	225.36		100	0.44 a 1
Norte América		28.61	37.6	1.31 a 1

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm> Población Mundial y Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012>; y Organización Panamericana de la Salud, número de defunciones crónicas, en estadísticas de salud en las Américas, 1995, publicación científica No. 556.



De acuerdo con la tabla, hubo un incremento muy notorio de las muertes por diabetes mellitus en todo el continente hacia la década de los noventa, nuevamente Centroamérica es la región más afectada (397%), le sigue El Caribe (301%) y en tercer lugar América del Sur (225%), a lo cual contribuyó también el mayor crecimiento demográfico en la región Centroamericana.

Relacionando los datos referentes a número de muertes de los sesenta y noventa con las muertes de diabetes mellitus para esos mismos años, se tiene para las tres regiones, lo siguiente:

Tabla 4. Aumento de muertes por diabetes mellitus en América Latina			
Región	De una cifra de muertes de:	En 1960 morían de diabetes m.	En 1990 morían de diabetes m.
Caribe	439	1	3
Centroamérica	1040	1	10
América del Sur	552	1	2

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas, en Estadísticas de Salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.

Para el caso de Centroamérica, hay que decir que los incrementos porcentuales para cada país están muy dispersos y disparados, por ejemplo, México tuvo un

incremento para el período de estudio de 963%, mientras que Guatemala de 102%; por otra parte, la región Centroamericana fue la única que tuvo un descenso absoluto en la mortalidad, pero un incremento enorme en el número de muertes por diabetes mellitus, por ello en 1990 para la misma cifra se disparó a 10 muertes lo que en el sesenta era de uno.

Dentro de la región Caribe los países que vieron más incrementado el porcentaje de muertes por estas patologías fueron: Trinidad y Tobago (670%), Barbados (541%) y República Dominicana (393.7%). Por su parte, los tres países con menor incremento en muertes por diabetes mellitus fueron: Jamaica (115.9), Cuba (133.6%) y Puerto Rico (273%).

Para Centroamérica, los de mayor crecimiento de muertes por diabetes mellitus fueron: México (963%), Nicaragua (647%), El Salvador (522%) y Costa Rica (306.2%). En cuanto a los de menor crecimiento fueron: Guatemala (102.47%), Panamá (109.5) y Belice (130%).

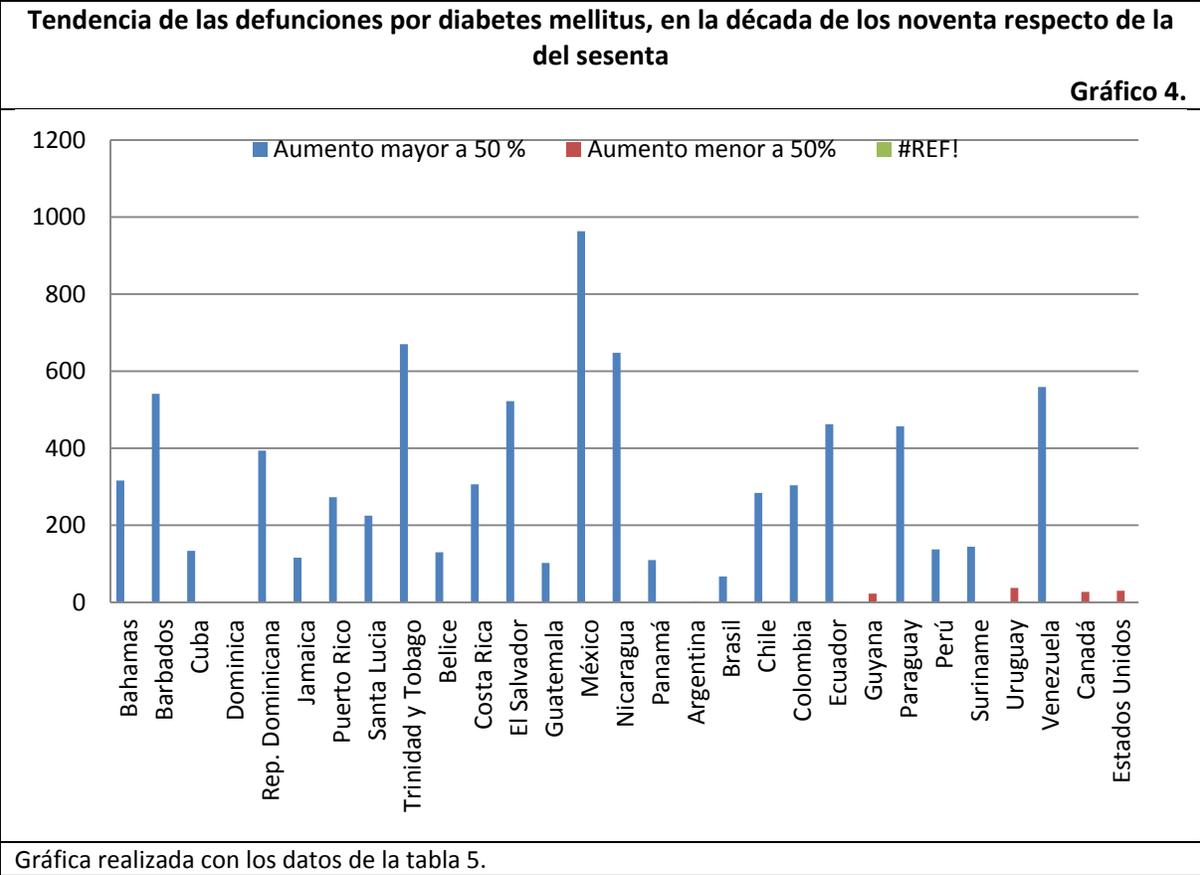
En el caso de América del Sur, el mayor crecimiento lo encabezaron: Venezuela (559%), Ecuador (462.5%) y Paraguay (457%). Los tres con menor crecimiento fueron Argentina (2.76%), Guyana (22.85%) y Uruguay (37.36%).

Los datos agrupados para toda la región se ven a continuación.

Tabla 5. Tendencia de las defunciones por diabetes mellitus, en la década de los noventa respecto de la del sesenta					
País	Aum. > a 50 %	Aum. < a 50%	País	Aum. > a 50%	Aum. < a 50%
Bahamas	316.37		Panamá	109.58	
Barbados	541.35		Argentina		2.76
Cuba	133.63		Brasil	67.45	
Dominica*		40 @	Chile	284.19	
Rep. Dominicana	393.77		Colombia	303.65	
Jamaica	115.9		Ecuador	462.52	
Puerto Rico	273.07		Guyana		22.85
Santa Lucía	225		Paraguay	457.23	
Trinidad y Tobago	670		Perú	137.61	
Belice	130		Suriname	144.37	
Costa Rica	306.29		Uruguay		37.36
El Salvador	522.4		Venezuela	559.04	
Guatemala	102.47		Canadá		27.22
México	963.03		Estados Unidos		30
Nicaragua	647.6				

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas, en Estadísticas de Salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.. *Para Dominica, no hay información del total de muertes por lo que el cálculo se hace directo entre las décadas analizadas.

Del total de la región, los cinco países con mayor aumento fueron México (963%), Trinidad y Tobago (670%), Nicaragua (647.6%), Venezuela (559%) y Barbados (541%), y los cinco con menor aumento son: Argentina (2.76%), Guyana (22.8%), Uruguay (37.36%), Dominica (40%), Brasil (67.45%) y Guatemala (102.4%). La tendencia general se ilustra con la gráfica siguiente.



A diferencia de las otras patologías, la diabetes mellitus muestra un crecimiento más proporcionado en toda América Latina y el Caribe, ello puede ser explicado en primera instancia en el hecho de que el sistema alimentario moderno tiene en el azúcar uno de sus principales productos, no sólo es proveedor de energía rápida y “barata” para el cuerpo de la población trabajadora, también es un endulzante placentero ante tantos sinsabores modernos, y además en la industria alimenticia es un conservador y saborizante. Por tales funciones, la producción y

consumo de azúcar ha sido y es clave para la acumulación de capital¹⁷⁸, incluso por sus múltiples efectos patológicos.

El azúcar no sólo es uno de los principales valores de uso del sistema alimentario moderno, el cual más que aportar nutrientes, desnutra al individuo, en lugar de superar la escases de nutrimentos, la potencia. Ello, lo hace ser un medio para propiciar múltiples enfermedades, como obesidad, problemas dentales, visuales, desmineralización de huesos, hipertensión, insuficiencia renal, alteración de la coagulación sanguínea, pérdida de la sensibilidad, afección del sistema nervioso central, etc.

Nuevamente no es casual, que sea América Central, de los más afectados en todas las patologías que hemos comentado, y que también lo sea en cuanto a la diabetes mellitus por mayor consumo de azúcar, así como tampoco es casual tales resultados y el hecho de estar más cerca de los estadounidenses, particularmente México.

Para fundamentar esta idea, hay que considerar que la modernidad capitalista en general y la estadounidense en particular propician que los conocimientos y expresiones culturales, recursos naturales y biológicos de los pueblos indígenas se encuentran en riesgo de desaparecer. Y que dentro de ello, lo más vulnerable es “la lengua materna, las ceremonias rituales, la medicina tradicional, danzas, fiestas, música, comidas y bebidas ancestrales,”¹⁷⁹ ahora, se encuentran envases de coca cola hasta en los pueblos más lejanos y, la gente, hasta corre por ella.

Un resultado de los cambios en los patrones alimenticios tradicionales, y del consumo de una dieta más occidentalizada, teniendo el azúcar como uno de sus pilares, y si a ello se le agrega el consumo de múltiples “alimentos” no adecuados para el metabolismo humano, como comida chatarra, el resultado entre otras cosas es el sobrepeso o la obesidad, la cual es factor de riesgo para desarrollar múltiples trastornos en la salud como diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, reproductivos, problemas dentales, cáncer, etc., etc.

¹⁷⁸ Ver capítulo 1 de la presente tesis, y Jorge Veraza Urtuzuástegui, *Los peligros de comer en el capitalismo, op.cit.*

¹⁷⁹ “Cultura y conocimientos indígenas, en serio riesgo de desaparecer”, en La Jornada, miércoles 3 de agosto de 2011, p. 40.

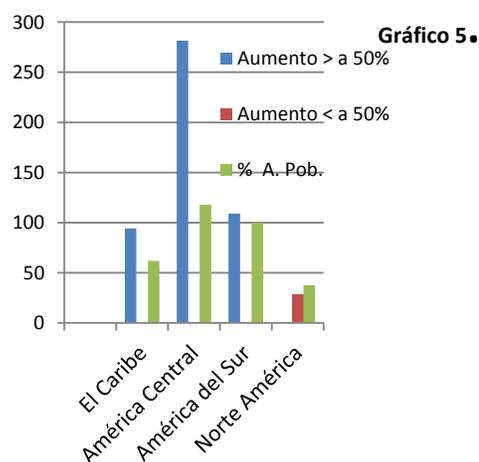
3.2.2.2. Enfermedades cardiovasculares

Dentro de este rubro se encuentran la enfermedad hipertensiva, la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. El crecimiento de este tipo de patologías en su conjunto, ha sido muy marcado en el Continente, claro que en cada región, y dentro de cada país habrá tendencias particulares que analizar, pero el análisis estadístico, muestra que es nuevamente América Central quien manifiesta la mayor tendencia a la proliferación de este tipo de patologías.

Lo anterior se explica, con base en los datos presentado en la tabla 6, donde si se toma en cuenta la relación que guarda el porcentaje de aumento poblacional respecto del patológico, se tiene que mientras aumenta en 1 por ciento las defunciones por estas enfermedades, la población lo hace en 0.41 por ciento, el cual es el más bajo de la región en su conjunto.

Tabla 6. Tendencia de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en la década de los noventa respecto a la del sesenta				
AMÉRICA	Aum. > a 50%	Aum. < a 50%	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. a % A. Patología
El Caribe	94.31		62	0.65 a 1
América Central	281.46		118	0.41 a 1
América del Sur	109.01		100	0.91 a 1
Norte América		28.61	37.6	1.31 a 1

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Población Mundial y Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas en Estadísticas de Salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.



3.2.2.3. Tumores del aparato digestivo

Se debe tener presente que las enfermedades crónicas no son entes aislados, como si de pronto invadieran el cuerpo y nos afectaran, éstas son producto de todo un desencadenamiento de procesos previos, enmarcados en relaciones

sociales, afectivas, consuntivas, reproductivas, políticas, terapéuticas, hábitos o adicciones, etc.

En este sentido, son muy sugerentes los planteamientos generales de la epigenética, la cual plantea que “existen procesos bioquímicos que regulan la actividad de los genes y que responden a la influencia del ambiente.”¹⁸⁰ En este sentido, he venido insistiendo en que la psora que tiene su fundamento en la escasez material y de todo tipo, se interioriza en el sujeto y da paso a otras patologías hasta grados avanzados como el cáncer.

Tomando en cuenta el anterior planteamiento y todo lo que se ha dicho en este trabajo, se puede hacer comprensible el que enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer estén proliferando cada vez más en el continente, serían como el resultado de toda la historia previa, al respecto, recordar que el cuerpo es historia, lo que hagamos o dejemos de hacer o lo que nos hagan, así como todo nuestro entorno, dejará huellas, así después de los siglos de escasez, explotación, vejaciones, deficiente nutrición por valores de uso inadecuados en cantidad y calidad para el organismo, el cuerpo latinoamericano por decirlo de alguna manera, está experimentado el ascenso de este tipo de patologías.

Al respecto, investigadores en epigenética consideran que las emociones y vivencias de los sujetos también pueden propiciar cambios en la expresión de los genes, lo que puede llegar a “afectar rasgos fisiológicos y conductuales de los individuos y, además de transmitirse a nivel celular cuando las células se duplican, pueden transmitirse a la descendencia”.¹⁸¹

Con base en lo anterior, hay que analizar desde otro ángulo, por qué el cáncer está afectando a grandes áreas de la población latinoamericana como se muestra en el cuadro.

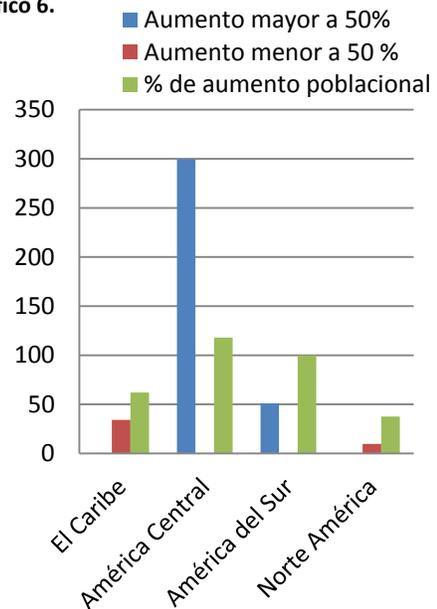
¹⁸⁰ Revista de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, *¿Cómo ves?* año 12, No, 133, pp. 10-14.

¹⁸¹ *Ibíd.*, p.13.

Tabla 7. Tendencia de las defunciones por tumores malignos del aparato digestivo, durante la década de los noventa respecto a la del sesenta.				
	Aum. > a 50%	Aum. < a 50 %	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. a % Aum. Patología
El Caribe		34.13	62	1.81 a 1
América Central	299.55		118	0.39 a 1
América del Sur	50.98		100	1.96 a 1
Norte América		9.68	37.6	3.88 a 1

<<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Población Mundial y Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas, en estadísticas de Salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.

Gráfico 6.



De acuerdo a los datos de la tabla anterior, en toda América la tendencia es al aumento del cáncer del aparato digestivo, siendo la región de América Central la más afectada, ya que al aumentar en uno por ciento esta patología, la población en su conjunto lo hizo durante el periodo de estudio en 0.39.

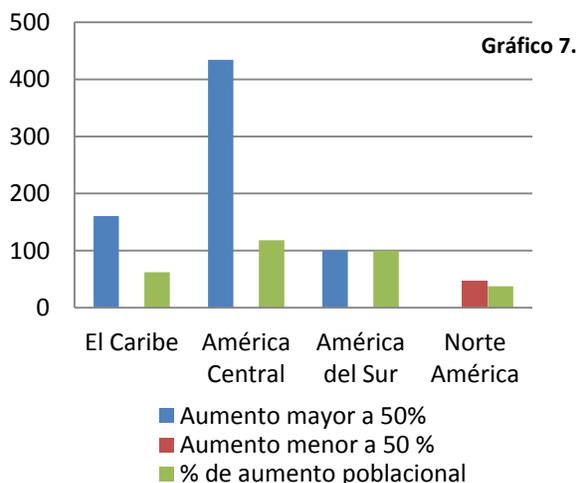
Ahora, si observamos los datos que contiene la tabla 9 del anexo estadístico veremos que en la región de América del Sur el número de muertes por cáncer desde los años sesenta eran cifras muy elevadas, sobre todo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, y no se diga en el caso de los estadounidenses, con números de defunciones entre 5 y diez veces lo reportado por México o Argentina.

3.2.2.4. Tumores malignos y leucemias

Tabla 8. Tendencias de las defunciones por tumores malignos y leucemias, durante la década de los noventa respecto a la del sesenta.

Región	Aum. > a 50%	Aum. < a 50 %	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. a Aum. Patología.
El Caribe	160.37		62	0.38 a 1
América Central	434.38		118	0.27 a 1
América del Sur	100.42		100	0.99 a 1
Norte América		47.71	37.6	0.78 a 1

<<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Población Mundial y Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas, en estadísticas de salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.



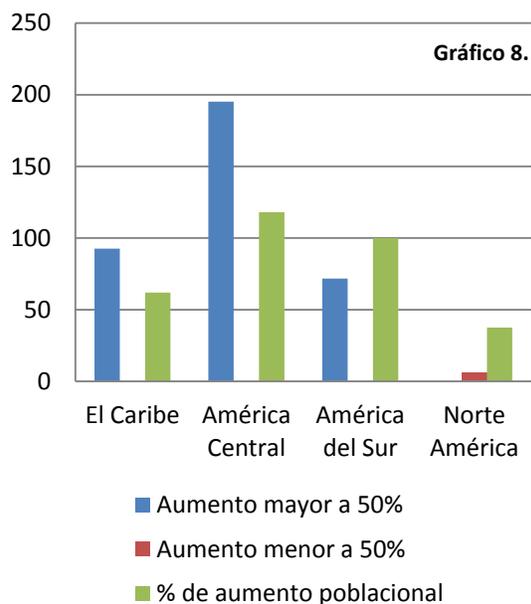
Estos tipos de cáncer muestran una mayor proliferación aún que los anteriores, pues los aumentos porcentuales son mayores en todas las regiones, incluso es conveniente analizar con cuidado las cifras expuestas en la tabla 10 del anexo estadístico para ver las enormes cantidades.

Si bien el cuadro muestra una mayor tendencia de crecimiento en América Central, las otras regiones, particularmente América del Sur y Norte América en términos absolutos tienen mayor prevalencia de este tipo de patologías desde la década del sesenta, como se consigna en la tabla 10 del anexo.

3.2.2.5. Accidentes y lesiones

Tabla 9. Tendencias de las defunciones por accidentes y lesiones, durante la década de los noventa respecto a la del sesenta.				
País	Aum. > a 50%	Aum. < a 50%	% Aum. Pob.	% Aum. Pob. a Aum. Patología
El Caribe	92.67		62	0.66 a 1
América Central	195.21		118	0.60 a 1
América del Sur	71.77		100	1.39 a 1
Norte América		6.25	37.6	6 a 1

Fuente: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>, Población Mundial y Número de muertes estimados (ambos sexos) 1950-2010, consultado el 8 de enero de 2012> y Organización Panamericana de la Salud, Número de defunciones crónicas, en estadísticas de salud de las Américas, 1995, publicación científica, No. 556.



Para América Latina y el Caribe el problema de la violencia ha venido aquejando cada vez más a la región, al respecto en un reciente informe presentado por la organización Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo del 27 de octubre del 2011, formada en 2008 por la Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de su Programa para el Desarrollo, y la agrupación no gubernamental Small Arms Survey (Investigación sobre Armas Cortas) y varios estados americanos, se señala que El Salvador, Honduras, Colombia, Venezuela y Guatemala son los cinco países de América Latina con las mayores tasas de muerte violenta y figuran en la lista de los 14 estados del mundo con las cifras más altas. Indudablemente que habría que anexar a México

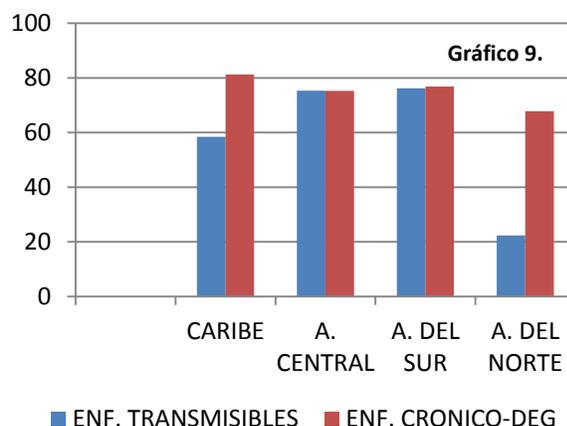
Particularmente para América Latina, en el informe se dice que Belice es el séptimo país más violento en el continente, seguido de Brasil, República

Dominicana, Ecuador, Puerto Rico, Bahamas, Guyana, Paraguay, Panamá, Nicaragua, México y Perú.¹⁸²

3.3. Tasas de mortalidad de enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas del año 2000 al 2009

Región	Enf. transmisibles	Enf. crónico degenerativas
Caribe	58.46	81.25
América Central	75.32	75.27
América del Sur	76.21	76.81
América del Norte	22.32	67.81

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Información y Análisis de Salud: Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2007, 2009, 2010, 2011.



3.4 Divergencias de opinión sobre los resultados

Esta situación, que se acaba de exponer, muestra en cada una de las regiones de América Latina y el Caribe, una tendencia hacia cada vez mayor número de defunciones por enfermedades crónico-degenerativas, sin anular la existencia de las infecto-contagiosas, lo que:

Por una parte, posibilita desmentir posturas que consideran que las enfermedades crónico-degenerativas son propias de los países desarrollados y, por otra, que las infecto-contagiosas de los subdesarrollados, pues se puede apreciar que en todo el Continente las primeras están teniendo un predominio considerable, siendo la región de América Central la más afectada y en la que se encuentran algunos de los países más pobres de la región.

También permiten cuestionar los modelos de la transición elaborados por Omran, vistos en el capítulo anterior, en los cuales se pretende explicar los momentos de la transición epidemiológica según ciertos determinantes económico, sociales, ambientales y técnicos, considerando que el paso de las enfermedades infecto-

¹⁸² “El Salvador, Honduras y Colombia, entre los países más violentos de Latinoamérica”, en La Jornada, viernes 28 de octubre de 2011, p. 26.

contagiosas a las crónico-degenerativas es como una vía inevitable para completar la transición epidemiológica, lo cual no considera las diferencias históricas estructurales entre ambos tipos de países, que se comentaron en el capítulo primero.

Debido al hecho de que en ciertos países de América Latina y el Caribe, predominan las enfermedades infecto-contagiosas y en otros las crónico-degenerativas, sucediendo algo similar en las regiones al interior de los mismos, es que el Dr. Julio Frenk y colaboradores, al retomar críticamente los planteamientos de Omran, plantean la formulación de un nuevo modelo epidemiológico llamado “modelo de polarización prolongada”¹⁸³ para explicar la peculiaridad epidemiológica de los países del Continente.

En dicho modelo la coexistencia de ambos tipos de patologías, que ellos llaman de polarización epidemiológica, la atribuyen a las diferencias que existen entre la ciudad y el campo en los países latinoamericanos, lo cual sería otra manera de decir las enfermedades de los ricos (ciudades) y de los pobres (el campo), lo que no es suficiente para explicar las causas del fenómeno. Sin embargo, en lo que sí tienen razón es en decir, aunque con cierto titubeo, que:

Aunque este es un punto que requiere mayor investigación, se puede afirmar que son los pobres quienes experimentan en mayor grado las dos categorías de trastornos...Como ya señalamos, las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones no deben considerarse como signos de progreso, sino que son también enfermedades de la pobreza¹⁸⁴.

Por los resultados presentados anteriormente y, por esta declaración, se confirma la hipótesis central que se ha venido fundamentando a lo largo de la presente tesis. Por otra parte, Frenk al toparse con la pobreza, en cierta forma llega al punto de partida de Omran cuando habla de las hambrunas, que aunque fenómenos diferentes, en común tienen de fondo el problema de la escasez.

Sin embargo, en sus trabajos posteriores, tanto de Omran como del Dr. Frenk y seguidores no resuelven el problema fundamental de la transición epidemiológica; el primero, agrega nuevas etapas y modelos a su planteamiento original¹⁸⁵, desvirtuando y confundiendo su aporte original como se dijo en el capítulo primero.

¹⁸³ Julio Frenk y colaboradores, son médicos formados en el área de la salud pública, quienes han conformado un equipo de trabajo muy consolidado cuyos planteamientos han incidido en la Organización Mundial de la Salud, en el diseño de las políticas de salud pública hacia el continente.

¹⁸⁴ Julio Frenk, Tomás Frejka, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Rafael Lozano, Jaime Sepúlveda y Marco José, “La transición epidemiológica en América Latina”, p. 494

¹⁸⁵ Rubén Darío Gómez Arias, “La transición en epidemiología y salud pública ¿explicación o condena?”

Por su parte, Julio Frenk decanta sus análisis dando prioridad a la probabilidad de padecer alguno de los factores de riesgo y a la susceptibilidad individual a enfermarse¹⁸⁶ dentro de los determinantes de la transición epidemiológica, es decir que individualiza el problema de la salud, lo que dio paso al concepto de Inequidades Individuales en Salud (IIS), asumido por la OMS en los últimos años por ser compatibles con la filosofía del mercado y del gran capital¹⁸⁷, evitando o rehuendo de esa manera las causas sociales y médicas de la transición, lo que en la presente tesis se ha venido discutiendo y resolviendo.

Para ilustrar lo dicho respecto a Omran y Frenk, se exponen y critican algunos de los determinantes más importantes, de manera sintética en el siguiente cuadro.

¹⁸⁶ Julio Frenk, *La salud de la población, hacia una nueva salud pública*, pp. 76-88

¹⁸⁷ Rubén Darío Gómez Arias, "La transición en epidemiología y salud pública ¿explicación o condena?" p. 11.

Cuadro sintético 6. Determinantes de la transición epidemiológica y crítica a los mismos			
Dr. Omran¹⁸⁸		Dr. Julio Frenk y col¹⁸⁹	
Determinante	Implica	Determinante	Implica
Ecobiológicos	Balance complejo e indeterminado entre el agente patógeno, la hostilidad del medio ambiente, y resistencia del hospedero.	Disminución de la fecundidad	Este proceso, que es parte de la transición demográfica, implica el cambio de una fecundidad dominada por factores naturales y biológicos, hacia una fecundidad controlada en gran medida por las decisiones de las parejas.
Socioeconómicos, políticos y culturales	Incluye estándares de vida, hábitos de salud, higiene y nutrición	Modificación de los factores de riesgo en aspectos como ocupacionales, ambientales, sociales, biológicos y conductuales.	A diferencia del anterior, este mecanismo actúa primariamente sobre la probabilidad de enfermar, según la susceptibilidad del individuo.
Médicos y de salud pública	Mejoramiento en la sanidad pública, inmunizaciones, desarrollo de terapias médicas.	Disminución de las tasas de letalidad	Incluye la calidad de los servicios. Investigación médica Desarrollo tecnológico médico como nuevos medicamentos y tratamientos, vacunación
	MAYOR LONGEVIDAD	MAYOR LONGEVIDAD	
Críticas: <ul style="list-style-type: none"> - Omran considera su primer determinante como indeterminado e inexplicable, y en el segundo menciona diferentes aspectos pero no explica su dinámica causal bajo la modernidad. - Los dos primeros determinantes de Omran están contenidos en el segundo de Frenk, quien los considera como factores de riesgo que probablemente puedan pasar o no, dependiendo también de la susceptibilidad del individuo de enfermarse o no. - Frenk desvirtúa y manipula las relaciones sociales pues considera la fecundidad como un determinante que depende de la decisión en pareja; por su parte, Omran la considera como parte misma del proceso de transición dependiente de factores sociales que no explica. - Ninguno de los dos toca las relaciones sociales de explotación bajo la sociedad capitalista. - Frenk responsabiliza sobre la fecundidad a la pareja, y deja al azar el que se pueda enfermar, según la susceptibilidad individual, lo cual es aparentemente cierto y aceptable en una ideología de mercado. - Frenk, olvida que en México como secretario de salud, durante la presidencia de Vicente Fox, se llevaron a cabo campañas de esterilización, sin el consentimiento de la población indígena¹⁹⁰. - En los dos hay una coincidencia en cuanto al tercer determinante de la transición epidemiológica, referente al desarrollo de los servicios y la tecnología médica, aspecto que desarrollaremos más abajo por guardar importancia especial. - Ambos, al no llegar a las causas profundas de la transición epidemiológica, atribuyen de fondo que la mayor longevidad, que a fin de cuentas generan esos determinantes, es un propulsor de las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual por lo que se ha desarrollado en la presente tesis es incorrecto. 			

¹⁸⁸ Abdel R. Omran, "The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change", pp. 739-741

¹⁸⁹ Julio Frenk, *La salud de la población, hacia una nueva salud pública*, pp. 88-92

¹⁹⁰ "Niegan que las demandas de víctimas de esterilización forzada tengan motivos políticos", en La Jornada, 11 de septiembre de 2004.

En México se dio a conocer en diciembre del 2002, internacionalmente, el problema de esterilización masiva que se venía practicando desde la década pasada, en Guerrero, Oaxaca y Chiapas, sobre todo en población indígena, por medio de engaños y de retirarles algunos apoyos federales, en el mismo periodo en que sucedió en Perú.

3.5. Determinantes críticos de la transición epidemiológica

3.5.1. La pobreza, la carencia, la psora

Como se ha venido insistiendo, el principal determinante estructural de la transición epidemiológica que se potencia bajo la modernidad capitalista, es la escasez material y de todo tipo, la pobreza, la carencia, fundamentos de la enajenación, de la psora, que propician el surgimiento de enfermedades cada vez más destructivas, como las de la diabetes, las cardiovasculares, el cáncer, o la aniquilación directa con mayores grados de violencia.

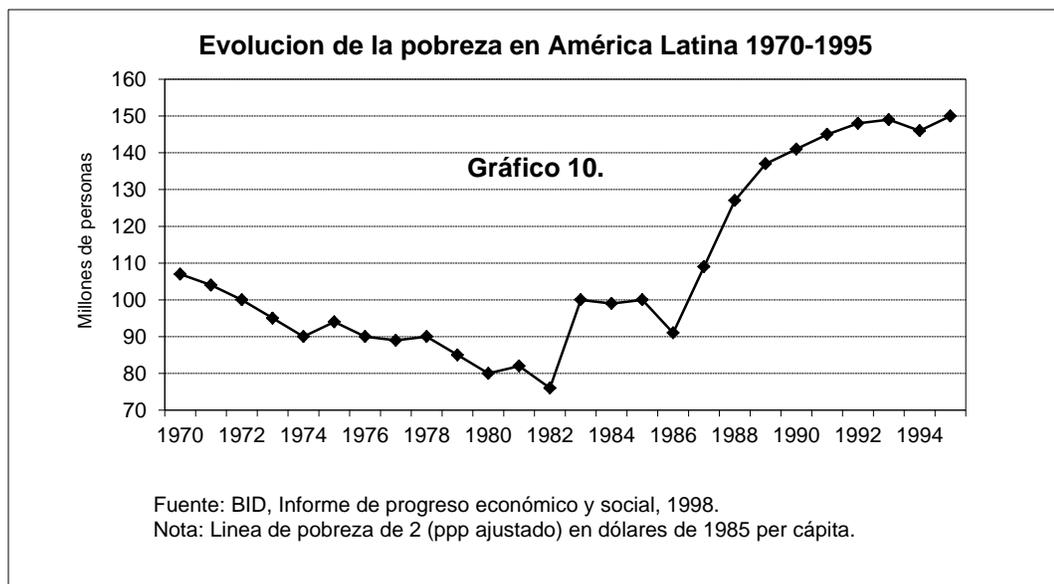
Estas enfermedades crónico-degenerativas o syphiliticas (desde el punto de vista homeopático), son resultado de la modernidad capitalista, la cual se basa en una ley de acumulación, donde por una parte mundializa el poder y control del capital; pero por otra, también mundializa la pobreza, la psora, con lo que hasta se puede decir que inculca a la sociedad para desarrollar patologías cada vez más destructivas más violentas, sin anular las de tipo infecto-contagioso.

Una terrible expresión de esto fue la epidemia de cólera, en el devastado país de Haití después del terremoto del 2010, de la cual hasta el 8 de diciembre del 2010 murieron 2, 120 personas y se tenían registrados 93,222 casos con la enfermedad¹⁹¹, y tan irónica a veces es la historia, que fueron las fuerzas militares enviadas por la ONU, las que llevaron la epidemia¹⁹², así como cuando los europeos llevaron la viruela en tierras caribeñas.

Para ilustrar la evolución de pobreza latinoamericana en el periodo de estudio, se presenta la gráfica siguiente:

¹⁹¹ “Casos azules de Nepal infectan cólera en Haití, confirma epidemiólogo francés”, en La Jornada, 8 de diciembre de 2010, p.29.

¹⁹² “La batalla contra el cólera”, en La Jornada, 28 de diciembre de 2010. Fidel Castro Ruz, señaló que la ONU, instigada por Estados Unidos, son creadores de la pobreza y el caos en la República haitiana. Quienes decidieron enviar al territorio de Haití a sus fuerzas de ocupación, la MINUSTAH (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití) los que introdujeron la epidemia de cólera.



De un excelente trabajo de Bernardo Kliksber¹⁹³, fue extraída esta gráfica, y ahí además el autor señala que si se toma en consideración los años posteriores hacia el año 2000, la pobreza ha aumentado aún más. (COMPLEMENTAR CON DATOS ACTUALES)

Señala que de acuerdo al informe “Estado de la región” (PNUD-Unión Europea, 1999) respecto a Centroamérica, se dice que “son pobres el 75% de los guatemaltecos, el 73% de los hondureños, el 68% de los nicaragüenses, y el 53% de los salvadoreños, en Venezuela los estimados oficiales señalan que es pobre el 80% de la población. En Ecuador se estima que el 62,5% de la población está por debajo del umbral de pobreza.”¹⁹⁴

En cuanto a Brasil se dice que 40 millones de personas viven en pobreza absoluta y que Argentina la tasa de pobreza supera el 45% de la población.

En su trabajo se agrega que de acuerdo con la ONU, para toda la región, entre 1970 y 1980 había 50 millones de pobres e indigentes, pero que en 1998 eran 192 millones y que para el 2001, la Comisión Económica para América Latina había estimado 220 millones.¹⁹⁵ Esta situación es agravada aún para la población indígena, así da el ejemplo de que en Guatemala es pobre el 86% de la población indígena frente al 54% de los no indígenas. Y bueno, actualmente, la situación para ellos no ha mejorado, pues, como trágicamente es ilustrado con el caso extremo de la hambruna y muertes que se vive en los Tarahumaras de la Sierra de Chihuahua, México.

Situación que se vive en todo el mundo, existen en el planeta 870 millones de personas que sufren hambre y 165 millones de niños que no reciben alimentación

¹⁹³ Bernardo Kliksber, *América Latina: una región en riesgo. Pobreza, Inequidad e Institucionalidad social*.

¹⁹⁴ *Ibíd.*, p. 53

¹⁹⁵ *Ibíd.*

suficiente, así pues cerca de 1,000, 035 de personas pasan hambre, según datos de 2013 de la Organización de la ONU para la Alimentación y la Agricultura (FAO).¹⁹⁶ Esto como dice Kliksber, podría dar paso a que muchos, sobre todo para los pensadores superficiales, proclives al *status quo*, dijeran, que bueno “pobres hay en todos lados”, o “siempre los ha habido”

A lo que él responde diciendo que efectivamente hay pobreza en numerosas sociedades. “Pero mientras en los países desarrollados tiende a estar por debajo del 15% de la población, en diversos países de América Latina triplica cuadruplica, o quintuplica, esa cifra.”¹⁹⁷

Planteamiento correcto porque para el 2010, la pobreza a nivel regional se ubicó en 31.4 por ciento, incluyendo un 12.3% de personas en condiciones de pobreza extrema o indigencia. Haciendo el cálculo, estos porcentajes son equivalentes a 177 millones de personas pobres, de las que 70 millones están en la indigencia¹⁹⁸, casi es la cantidad de población de todo Centro América y el Caribe la cual es de 84 millones 104 mil habitantes (ver tabla 1 de los anexos).

Esta situación que América Latina y el Caribe ha venido padeciendo por siglos, esta condición de escasez, de psora que se interioriza en los sujetos como he venido diciendo, además de expresarse en los resultados antes planteados, puede dar paso a lo que la antropología médica llama **cultura de la pobreza**, la cual “es tanto una adaptación cuanto una reacción de los pobres a su posición marginal en una sociedad capitalista –la que-. Una vez establecida tiende a perpetuarse a sí misma de generación en generación”.¹⁹⁹

Bajo estas condiciones, tiene razón Marx cuando dice que bajo la ley de acumulación capitalista se genera por un lado riqueza y por otro, poblaciones de menesterosos enfermizos, sin empleo o remuneración alguna, formando parte del ejército industrial de reserva, aumentando el pauperismo oficial,²⁰⁰ lo que no proviene de las decisiones de pareja como señala Frenk.

Con base en lo dicho, se puede deducir que con la mundialización del capital, se puede utilizar un nuevo concepto para explicar la realidad, que sería la mundialización de la enfermedad y de sus tratamientos, pues lo peculiar de la transición epidemiológica desde la perspectiva que se viene trabajando, implica ir más allá del planteamiento esquemático que clasifica enfermedades de la riqueza

¹⁹⁶ “Exige la ONU cumplir las promesas de erradicar la pobreza y el hambre”, en La Jornada, p.26, 5 de abril de 2013.

¹⁹⁷ Bernardo Kliksber, *América Latina: una región en riesgo. Pobreza, Inequidad e Institucionalidad social*, p. 53.

¹⁹⁸ CEPAL, *Panorama social de América Latina*, 2011.

¹⁹⁹ Gonzalo Aguirre Beltrán, *Antropología Médica*, p. 123.

²⁰⁰ Carlos Marx, *El Capital*, capítulo XXIII, p. 803.

y/o enfermedades de la pobreza, porque la escasez no se agota en el plano cuantitativo, sino que implica dimensiones cualitativas, y así también las necesidades, lo que permite entender porque en Centro América siendo una región pobre, las enfermedades crónico degenerativas incluyendo la violencia tienen un peso muy considerable.

Es decir, que paralelamente a la mundialización de la pobreza, de la violencia, se está concretizando la transición epidemiológica bajo una figura mundializada. El capitalismo mundial lo sabe, tal vez sea por ello que al respecto, la ONU, elaboró un informe titulado “el desafío de los *slums*”, en referencia a áreas urbanas hiperdegradadas, donde se dice:

Las áreas urbanas hiperdegradadas y la pobreza urbana no son sólo manifestación de la explosión poblacional y el cambio demográfico... Las políticas neoliberales han restablecido un régimen internacional similar al que existía en el siglo XIX... La dirección dominante de las intervenciones tanto a nivel nacional como internacional desde 1975, en realidad, ha incrementado la pobreza urbana y las áreas urbanas hiperdegradadas, ha intensificado la exclusión y la desigualdad... Los pobres urbanos están atrapados en un mundo informal e “ilegal”, que con sus áreas urbanas hiperdegradadas no se refleja en los mapas.²⁰¹

Retomando un planteamiento de Marshall Sahlins, irónicamente en la actualidad más cantidad de personas padecen hambre, se acuestan con hambre, en mayor medida que en la Edad de Piedra²⁰², lo cual conlleva a vivir con mayor desnutrición, de carencia, lo cual desarrolla aún más la psora como se vio en el anterior capítulo.

3.5.2. Consumo moderno

Este es un determinante fundamental de la transición epidemiológica, del cual teóricos como Julio Frenk minimizan diciendo que sólo se trata de estilos de vida, hábitos de consumo o hasta hacen del individuo, en forma determinista, la causa de todos sus males, muy acorde con la ideología de la modernidad.

²⁰¹ UN-Habitat, the challenge of slums, global report on human settlements 2003, Earthscan publication Ltd, UK/USA. Este material es complementado con: slums of the World: The face of urban poverty in the new millenium?, new York, 2003, citado por Luis Arizmendi Rosales, “La especificidad histórica de la crisis mundial contemporánea”, pp. 33 y 34.

²⁰² Marshall Sahlins, *Stone age economics, aldene*, p. 23.

Sin embargo, por lo dicho en el capítulo primero, el consumo de la sociedad moderna tanto directo como indirecto, al quedar sometido a la acumulación del capital incidirá en la producción de valores de uso nocivos para el metabolismo fisiológico de las personas con directos efectos para la salud, lo cual potencia aún más la carencia, la escasez de valores de uso adecuados para la vida.

No se trata sólo de estilos de vida como dice Frenk, sino que es un fenómeno estructural de la mundialización capitalista bajo la modernidad americana en la cual la forma natural del valor de uso ha quedado completamente sometida a la valorización del capital, ya sean alimentos, medicinas, vacunas, herramientas, etc.

Una expresión de lo anterior, es que en las sociedades pre capitalistas había cierto valor de uso que caracterizaba su reproducción como sociedad dándole cierta identidad, se tenían las sociedades del maíz en Mesoamérica, las del trigo en Europa, las del arroz en Asia, y ahora bajo la modernidad americana, se tiene al azúcar refinada como centro del sistema alimentario capitalista. “Ya no un cereal integral, ni siquiera un producto agrícola, sino un producto industrial refinado, un valor de uso abstracto que es correlato del valor abstracto que nuclea al metabolismo económico de la sociedad burguesa”²⁰³, el azúcar refinado, como eje de la reproducción alimentaria, causa múltiples padecimientos crónicos y degenerativos.

3.5.3. Medio ambiente

En cuanto a las condiciones del medio ambiente, durante el despliegue de la modernidad capitalista, particularmente desde los años cincuenta con la llamada Revolución Verde se aceleró la crisis ecológica mundial con serias implicaciones en cada uno de los factores de la triada ecológica.

Por el lado de los agentes patógenos, el uso de insecticidas, pesticidas, químicos fertilizantes, etc., propicia mayor resistencia y mutación en microorganismos, nocivos para la salud humana, Lo que se complica aún más actualmente con el uso de tecnologías transgénicas, de las que se tiene la seria sospecha de que generan mayor resistencia a los antibióticos de uso humano²⁰⁴.

Por esto, es que desde el interior de la Organización Mundial de la Salud, se hace el llamado de alerta, ante la mayor resistencia de los patógenos, que los propios

²⁰³ Jorge Veraza U. *Los peligros de comer en el capitalismo*, p. 65.

²⁰⁴ Gian Carlo Delgado, *La amenaza biológica, Mitos y falsas promesas de la biotecnología*, pp.257-283.

antibióticos²⁰⁵ están generando, aunado a la destrucción de la flora bacteriana en el organismo, lo cual pone en cuestionamiento uno de los pilares de la medicina moderna que dio pie a la medicalización.

La crisis ecológica que se vive en el planeta, tiene implicaciones en el cambio climático mundial²⁰⁶, serias consecuencias para la salud, a través de modificar lo que se conoce como la triada ecológica: agente, huésped, medio ambiente, en la dinámica epidemiológica, lo que bajo la mundialización del capital, se está potenciando con la biotecnología con impactos en toda la biodiversidad.²⁰⁷

En este sentido, la CEPAL señala que veremos impactos negativos severos en la salud, por la proliferación de plagas, de enfermedades infecto-contagiosas, relacionadas con cambios en las precipitaciones, disponibilidad de agua y aumentos de olas de calor.

Por el calentamiento planetario tenderá a aumentar el cáncer de piel o melanoma en regiones más australes del continente como Argentina y Chile, así también impactará el comportamiento de enfermedades como la malaria y el dengue, las que según ella, tenderán a expandirse a nuevas regiones agudizándose su impacto en donde ya existen.²⁰⁸ Estudios recientes sobre el problema sentencian que:

Se considera que actualmente el cambio climático contribuye a la carga global de enfermedades y de muertes prematuras a nivel mundial. Ha aumentado el número de personas que mueren y sufren enfermedades debido a ondas de calor, inundaciones, tormentas, fuegos y sequías; también hay un mayor número de casos de enfermedades diarreicas y un aumento en la frecuencia de enfermedades cardiorrespiratorias debido a concentraciones de ozono. Además se ha alterado la distribución de algunas enfermedades transmitidas por vectores y de algunas especies de polen alérgicas²⁰⁹.

²⁰⁵ “Termina la era de las medicinas seguras, alerta titular de la OMS” en La Jornada, 22 de marzo de 2012. Alerta titular de la OMS, que debido a la rápida evolución de la resistencia entre los microbios causantes de enfermedades infecciosas amenaza con convertirlas en males imposibles de tratar, advirtió Margaret Chan: “El mundo está entrando en una era en la que lesiones tan comunes como un raspón en la rodilla podrían causar la muerte de un niño, en la que los pacientes se jugarían la vida al entrar en un hospital y operaciones de rutina, como un remplazo de cadera, podrían volverse demasiado peligrosas. Existe una crisis global de antibióticos causada por la rápida evolución de la resistencia entre los microbios causantes de infecciones comunes, la cual amenaza con convertirlas en enfermedades imposibles de tratar”.

²⁰⁶ Luis Arizmendi Rosales, “La crisis ambiental mundializada en el siglo XXI y sus disyuntivas”.

²⁰⁷ Gian Carlo Delgado, *La amenaza biológica*.

²⁰⁸ CEPAL, “La economía del cambio climático en América Latina y el Caribe”, Síntesis 2010, p. 46.

²⁰⁹ Ignacio Sánchez Cohen, Gabriel Díaz Padilla, María Tereza Cavazos Pérez, Guadalupe Rebeca Granados Ramírez y Eugenio Gómez Reyes, *Elementos para entender el cambio climático y sus impactos*, p. 137.

3.5.4. Medicalización o sometimiento de la salud bajo el capital

La medicalización y la medicina son conocimientos y prácticas que bajo múltiples formas han venido acompañando a los diferentes tipos de sociedades en la historia humana propiciando efectos positivos o negativos en el tratamiento de los enfermos en el restablecimiento de la salud.

En esto tiene razón Foucault cuando señala que “en el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia”²¹⁰, lo que se sabía se comunicaba a los demás, forjándose una especie de conciencia colectiva, pues efectivamente en los albores de la humanidad, lo que definía la suerte del grupo en primera instancia era el estado de salud de sus integrantes, sin embargo, por las relaciones antagónicas y de inhumanidad que propician las relaciones de escasez y enajenación, que no explica Foucault, es que pueda entenderse cuando dice:

Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado.²¹¹

En el transcurrir de la vida de los hombres, éstos buscan allegarse los conocimientos y tratamientos para resguardar o recuperar la salud perdida. Particularmente, en los pueblos mesoamericanos con la medicina prehispánica y, después de la Conquista, dentro de lo que en el capítulo primero se dijo que era la modernidad barroca, se conforma una medicina tradicional,²¹² conformada por conocimientos prehispánicos, europeos y africanos.

Situación similar se dio en los países europeos por el influjo que recibieron del conocimiento terapéutico de América, por lo que se dice que se conformó una

²¹⁰ Michael Foucault, *El nacimiento de la clínica*, p 85.

²¹¹ *Ibíd.*

²¹² Isidro Bautista Castillo, Pedro González Sabalza, “La salud en las comunidades indígenas”, pp. 37-41. También consultar Eric Estrada Lugo, *La yerba del sapo*, y *Medicina Sagrada*.

En los pueblos mesoamericanos, se contaba con una cosmovisión en la cual los curanderos o chamanes practicaban una medicina mágico-místico-religiosa con amplio uso de productos herbolarios, de animales y minerales, con los que realizaban ritos y curaciones, considerando al cuerpo y espíritu en relación con sus semejantes y con el cosmos. Había una gran subdivisión entre los médicos, como los rezanderos, los sobadores, los yerbateros, los brujos o hechiceros, las parteras, los hueseros, los viboreros, etc., los que se abocaban a tratar los padecimientos naturales y los sobrenaturales. Hacían uso de técnicas de diagnóstico según las enfermedades, como los pulseros, que diagnosticaban por medio de tocar la frente y el estómago, o los que utilizaban el copal en agua.

medicina del barroco hacía los siglos XVII y XVIII²¹³, conocimientos terapéuticos que se aplicaron para restablecer la salud de los individuos no siempre con los resultados deseados por ser inadecuados los tratamientos.

Por ejemplo, se dice que para el año de 1700, “literalmente miles de productos medicinales habían sido probados y preconizados como de utilidad, en un tiempo u otro, aunque únicamente dos o tres docenas eran en realidad eficaces”²¹⁴, no obstante ello, se aplicaban bajo una cosmovisión, al menos en el caso de América Latina en la medicina tradicional se considera al individuo en conexión con el cosmos, con sus semejantes y consigo mismo en cuerpo y espíritu, lo que se contraponen con la visión moderna donde como se dijo, la concepción de cuerpo se despojó de su conexión con esos elementos para poder ser controlado y sometido.

Con las nuevas relaciones de producción capitalistas basadas en la explotación, que se fueron gestando durante ese periodo barroco, la epidemiología resultaba demasiado comprometedor por las clases que la sociedad burguesa iba confrontando,²¹⁵ pues al irse formando en las ciudades una población de proletarios hacinados, en condiciones de insalubridad, las epidemias y enfermedades, eran un posible foco de subversión; por lo que desde los intereses de la clase burguesa ascendente y del Estado moderno, tal situación requería ser controlada bajo un nuevo tipo de medicalización.

De ahí que, la medicalización moderna se llevó a cabo, con la constitución del estado burgués, particularmente en Prusia- Alemania, dónde, según lo planteado por Foucault²¹⁶, lo primero que se reglamentó y normalizó fue el quehacer médico, implementándose el concepto de “medizinischepolizei” o policía médica para tener

²¹³ Saún León Hernández, Eleazar Lara Padilla y Javier Camaena Olmedo, *Historia y filosofía de la medicina*, pp. 154-199.

²¹⁴ Milton Silverman, Philip, R. Lee, *Píldoras, ganancias y política*, p. 16. Aquí mismo se mencionan las sustancias que tenían un efecto favorable: “Las raíces de helecho macho, la corteza de granado, el aceite de santónico y el de quenopodio eran administrados para exorcizar los parásitos intestinales. El mercurio era aplicado como purgante y diurético, y posteriormente como remedio específico contra la sífilis. El cólico se daba para los dolores reumáticos y particularmente para la gota. La corteza de quina de Perú se administraba para el paludismo, y la raíz de ipecacuana de Brasil para la disentería amibiana. El aceite de chaulmugra era utilizado para la lepra. Un remedio casero, el cornezuelo de centeno, era administrado ampliamente para dominar las hemorragias después del parto, y otro, la digital, era altamente recomendado para una modalidad de enfermedad cardíaca comúnmente denominada hidropesía. Se descubrió que las sales de hierro eran valiosas para el tratamiento de la anemia, y el de yodo para el bocio. El zumo de adormidera y las hojas de belladona fueron aclamadas como sedantes y analgésicos”. Además se puede agregar los aportes de México, como el árnica, para los traumatismos, el epazote, aguacate, y estafiate para lombrices, el peyote y los hongos alucinógenos como anestésicos.

Ciertamente se puede hablar de una medicalización premoderna, pero ésta giraba en términos de valores de uso no alterados, aunque si pudieran provocar efectos desfavorables al organismo como actualmente todavía sucede, debido a que el comercio de plantas medicinales, a menudo no respeta criterios de calidad y normatividad, con lo que se dan productos “piratas o falsos”.

Por otra parte, también los medicamentos homeopáticos pueden ser medicalizados, cuando se combinan diferentes sustancias y se venden en forma de fórmulas, jarabes, inyecciones, pomadas, etc.

²¹⁵ Saún León Hernández, Eleazar Lara Padilla y Javier Camaena Olmedo, *op. cit.* p. 197.

²¹⁶ Michael Foucault, “Historia de la medicalización”.

un mayor control de la natalidad, mortalidad y salud de la población con el propósito de calcular la fuerza activa de las poblaciones en el marco de las relaciones mercantiles entre los Estados.

Un segundo aspecto es que, con la conformación de las ciudades fue apareciendo una población obrera pobre, que aumentaba las tensiones políticas y epidemiológicas al interior de las ciudades, por las condiciones en que laboraba, por lo que se implementan medidas de control como las cuarentenas, donde se aislaba y vigilaba a los enfermos más acuciosamente, al tiempo que se implementaban medidas de higiene en las ciudades, sobre todo esto se aplicaba en Francia.

Con esas medidas, dice Foucault, se pasaba del aislamiento religioso y colectivo que se implementaba por ejemplo para la lepra en años anteriores, a la atomización y vigilancia policiaco-militar de la peste en los años modernos.

En tercer lugar, fue en Inglaterra, con la “ley de los pobres” hacia 1870, donde los trabajadores pasaron a ser medicalizados, a través de sistemas de asistencia²¹⁷ con lo que quedaban obligados a someterse a varios controles médicos bajo una asistencia fiscalizada, con lo cual sobre todo, la protección de la población privilegiada se garantizaba.

Posteriormente, hacia 1875, se implementan en Inglaterra los “health service”, como servicios autoritarios de control médico de la población, con tres propósitos: obligar a los diferentes elementos de la población a inmunizarse; registro obligatorio de epidemias y enfermedades peligrosas; y destrucción de focos de insalubridad.²¹⁸

Esto dio paso años más tarde a un sistema médico socializado conformado por tres factores plasmados en el Plan Beveridge:

1. Medicina asistencial dedicada a los más pobres
2. Medicina administrativa encargada de problemas como vacunación, epidemias, etc.
3. Medicina privada que beneficiaba a quien tenía los medios para pagarla.²¹⁹

Lo medular de esta medicalización de la vida social y de los trabajadores en particular, es que el Plan Beveridge, construido en los años cuarenta del siglo XX,²²⁰ es la base de los sistemas de salud todos los países occidentales, siendo

²¹⁷ Ibíd.

²¹⁸ Ibíd.

²¹⁹ Ibíd.

²²⁰ Ibíd.

Estados Unidos como impulsor de la modernidad americana quien más impulsa y vela por dicha medicalización²²¹, sobre todo en América Latina y el Caribe.

3.5.5. Modernidad americana y medicalización

En el capítulo primero se dijo que una característica fundamental de la modernidad americana es que como ninguna otra, sometió el valor de uso a la acumulación de capital, y, esto en el ámbito médico es esencial para entender, la medicalización que se implementó bajo este tipo de modernidad, donde la finalidad del valor de uso de los medicamentos y/o tratamientos, desde quien los produce, ya no es en primera instancia la salud de los sujetos, sino la obtención de ganancias.

Lo anterior, se puede ilustrar diciendo que durante el siglo XIX en los E.U.A., ejercían en el ámbito de la medicina: 1) los médicos regulares o alópatas, 2) los médicos indios usando conocimientos ancestrales, 3) el sistema tomsoniano basado en el uso de plantas medicinales, y la 4) medicina homeopática²²².

De esas prácticas médicas en los E.U.A., la homeopatía fue la que más desarrollo tuvo en el siglo XIX, oficialmente se introdujo en 1828, y para las primeras décadas del siglo XX, en E.U.A, se contaba con 60 escuelas, más de 100 hospitales, y más de 50 orfanatorios todos ellos con atención homeopática, aunado al surgimiento de grandes médicos y pensadores homeópatas que desarrollaron la teoría y práctica de dicha medicina²²³.

Sin embargo, desde 1890, se venía impulsando por parte de la medicina alópata, una campaña de desprestigio de la medicina homeópata, a lo que se le suma, al año siguiente, el surgimiento de la Asociación Médico Americana AMA y posteriormente de la Asociación de Colegios de Medicina Americana AAMC quienes impulsaban la medicina alópata.

Posteriormente, a principios del siglo XX, el profesor Abraham Flexner graduado en “Estudios Clásicos” por la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, fue contratado por la fundación Carnegie y Rockefeller, para elaborar un informe sobre la enseñanza y las escuelas de medicina en E.U.A., el cual apareció en 1910, donde se estipulaba para Estados Unidos y Canadá, los criterios que debía seguir

²²¹ Iván Illich, “Némesis médica”.

²²² Dicho por la Dra. Patricia Carballo Quiroz, en sus clases de Historia y estado actual de la homeopatía en el mundo, de la Especialidad en Homeopatía, en la Escuela de Posgrado de Homeopatía de México, A. C., México, 14 de noviembre del 2013, donde actualmente me encuentro inscrito.

²²³ *Ibíd.*

la implementación de la medicina científica alopática,²²⁴ mismos que se implementarían para el Continente y posteriormente al mundo a través de las instituciones mundiales de salud, sobre los acuerdos de Alma Ata, como se comentó en la introducción del presente capítulo.

No es casualidad entonces que, entre 1910 y 1925, la AMA y la AAMC, pugnaron por la eliminación de toda enseñanza y escuelas de medicina no alopáticas, amparadas en las recomendaciones del informe Flexner.

De acuerdo con la Dra. Patricia Carballo Quiroz, derivado de ello, es que en E.U.A., a partir de 1920 la medicina alternativa y, en particular, la homeopática, entra en franca decadencia, pues la AMA empieza a certificar a los médicos homeópatas bajo códigos establecidos por ella, hasta anularla como principal sistema médico en la vida norteamericana, la cual no volvió a tener la presencia que tuvo sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX.

La medicalización impulsada por la modernidad americana se estructuró con base en una concepción mecánica del cuerpo propia de la medicina alopática, funcional para el sometimiento de los sujetos a la acumulación del capital, lo que desde inicios del siglo XX, los estadounidenses implementaron en América Latina y el Caribe, a través del concepto de erradicación de las enfermedades, donde éstas se conciben como fetiches que invaden al organismo, como enseguida se explica.

Hacia las primeras décadas del siglo XX en buena medida por la pobreza que se vivía, las enfermedades infecto-contagiosas seguían siendo las más frecuentes en el América Latina y el Caribe, lo que aunado a la inexistencia de estructuras nacionales e internacionales para afrontarlas, la Fundación Rockefeller ejerció un papel activo en el surgimiento y la aplicación del concepto de erradicación de tales enfermedades durante las décadas de los 20's a los 40's del siglo pasado.

La participación de la Fundación Rockefeller en su propósito por erradicar las enfermedades, implicó “la reorganización de las instituciones de salud pública latinoamericanas, la extensión de los servicios sanitarios a las zonas rurales y el desplazamiento de Francia por los EE.UU como el principal centro de influencia académico y técnico”.²²⁵

Fueron tres las enfermedades que la Fundación Rockefeller trató de hacer frente, ellas son: la anquilostomiasis o uncinariasis, la fiebre amarilla y la malaria, como se expone a continuación de manera sintética con base en la investigación de Marcos Cueto.

²²⁴ Ghislaine Lanctôt, *La mafia médica*, p. 36.

²²⁵ Marcos Cueto, *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, pp. 179-201.

Cuadro sintético 7. Experimentaciones para erradicar enfermedades en América Latina²²⁶

Anquilostomiasis	Fiebre amarilla	Malaria
<p>Se ensayaba con una mezcla de tetracloruro de carbono y aceite de quenopodio, lo cual “tenía efectos tóxicos y estaba contraindicado para casos de alcoholismo, desnutrición aguda, malaria, males cardíacos y tuberculosis pulmonar”, enfermedades muy frecuentes en el continente, por lo hubo muertes después de su aplicación, en países como Brasil, en 1919, Colombia, 1920-1926, Paraguay 1923-1927, Venezuela 1927-1928, y México 1923-1928.</p>	<p>Los experimentos de los estadounidenses fueron que durante diez años aplicaron un suero llamado “de Noguchi”, para erradicarla, en miles de personas, al cabo de los cuales, se demostró que la fiebre amarilla era producida por un virus y que la vacuna aplicada no prevenía contra nada.</p> <p>La Fundación Rockefeller organizó estudios, campañas y servicios contra la fiebre amarilla en Guatemala (1919), Perú (1920-1922), Colombia (1923), América Central (1921-1922), Brasil (1923-1940), y México (1921-1923), utilizando una distribución masiva de peces y administración de vacunas y del suero de Noguchi²²⁷</p> <p>Otra epidemia más de fiebre amarilla selvática se desató en 1934 en Brasil, la que en cinco años se fue difundiendo hasta tocar a Paraguay, y Argentina, y volver a resurgir en Brasil. Para contrarrestar esto, se usó extensivamente la vacuna 17D, lo cual trajo complicaciones, ya que, según Cueto, la vacuna fue contaminada con el virus de la hepatitis, situación complicada pues para 1939 ya habían sido vacunados en Brasil 1, 600, 000 personas, ante lo cual, la Fundación Rockefeller suspendió su producción.²²⁸</p>	<p>La Fundación Rockefeller, pensaba que la malaria sólo era transmitida por el mosquito <i>anopheles pseudopunctipennis</i>, ante lo cual utilizó sobre todo como medida para la erradicación de dicho vector la aplicación masiva de un larvicida llamado Verde de Paris, a base de arsénico de cobre, para controlar la producción del <i>anófeles</i>.</p> <p>Iniciando sus investigaciones en Argentina en 1925, Brasil (1919-1928), y en Venezuela (1927-1930).</p> <p>Los métodos de la Fundación Rockefeller fueron cuestionados por la peor epidemia de malaria de 1938 en Sudamérica, apareciendo en Brasil, la cual causó cerca de 20 000 personas muertas, y en esta ocasión el vector fue otra variedad de mosquito llamado <i>Anopheles gambiae</i>, ante lo cual la fundación utilizó para fumigar masivamente Verde de Paris, Kerosene y petróleo, tóxicos para la salud humana, causando muerte de ganado y otros animales domésticos. Y posterior a la Segunda Guerra Mundial utilizó extensivamente el DDT.</p>
<p>Dice Cueto que dichas técnicas menospreciaban los tradicionales métodos de médicos locales, quienes aplicaban su tratamiento con quinina (Chinchona oficinales), sustancia utilizada por los indios peruanos desde el siglo XVII. A lo que hay que agregar también las aplicaciones de la homeopatía en cuanto al tratamiento para la fiebre amarilla²²⁹.</p>		

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, las experimentaciones continuaron, en años recientes se dieron a conocer los experimentos secretos que sobre sífilis y

²²⁶ *Ibíd.*

²²⁷ *Ibíd.*, p. 191.

²²⁸ *Ibíd.*, p. 195.

²²⁹ Dr. Fernando Darío François Flores, “*Historia de la homeopatía en México*”, pg. 23., En esta obra, se menciona que en 1854, se desató una epidemia de fiebre amarilla en San Juan de Ulúa del Puerto de Veracruz, México, la cual fue tratada exitosamente por José María Carbó, médico catalán procedente de Cuba, con medicina homeopática, al grado que le valió el reconocimiento del presidente Santa Anna, así como el primer permiso para ejercer oficialmente la Homeopatía en la República Mexicana.

gonorrea en mil 500 guatemaltecos se llevaron a cabo entre 1946-48, en el marco de un programa patrocinado y ejecutado por el Departamento de Defensa de Estados Unidos, durante el gobierno de Harry Truman²³⁰.

Desde una perspectiva, mecánica, técnica y biologicista, es que se venían llevando a cabo estos experimentos, lo cual tuvo su redondeamiento posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando ya bajo la hegemonía de la modernidad americana, principalmente los estadounidenses llevan a cabo la mayor medicalización en la historia de la humanidad, a través de la industria farmacéutica, la cual produce valores de uso o medicamentos, que a menudo han demostrado ser seriamente nocivos para la salud humana, época a la que se le ha calificado de “era de la modificación molecular”.²³¹

Esto último es de importancia, pues según el modelo contemporáneo o retrasado, que Omran plantea para los países en desarrollo, es el uso de técnicas y conocimientos médico-biológicos como se explicó más arriba, lo que contribuyó a dicha transición. Sin embargo, Omran, junto con Frenk consideran que el desarrollo técnico médico es el que al propiciar mayor expectativa de vida, genera mayor longevidad, y con ello enfermedades crónicas, y no reparan en que es precisamente el sometimiento que se hace de esa tecnología médica a la acumulación del capital²³², lo que genera mayores enfermedades como a continuación se discute en relación con la vacunación.

3.5.6. Las vacunas ¿valores de uso de salud o de enfermedad?

²³⁰ “Experimentos con humanos” en La Jornada, 25 de mayo de 2001. En esta nota también se da a conocer los experimentos estadounidenses en el marco del proyecto Manhattan, y otros en relación con el virus de la malaria, el VIH, el ébola, radiaciones nucleares y drogas alucinógenas, como el LSD y otras, todos ellos en población extranjera, soldados, reos, pacientes psiquiátricos, prostitutas y niños.

²³¹ Milton Silverman y Philip R. Lee, *Píldoras, ganancias y política*, capítulos 1-5. Algunos ejemplos de medicamentos con efectos nocivos aplicados masivamente desde la consolidación de la mundialización capitalista son: Cloranfenicol para infecciones como tifoidea que genera anemia aplásica mortal; Indometacina antiinflamatorio usado en cuadros artríticos, afecta el sistema inmune y aumenta la propensión a infecciones; anticonceptivos orales como el Enovid provocan alteración en los tiempos de coagulación; Sulfanilamida, para tratamiento de infecciones ocasiona insuficiencia renal severa; Mer/29 o triparanol para reducir niveles de colesterol, provocaba calvicie, daños en piel, en órganos genitales y cataratas; talidomida (de origen alemán) introducida en América en 1958, usada como sedante en mujeres embarazadas, provoca severas alteraciones morfológicas en recién nacidos conocida como focomegalia donde en lugar de brazos y pernas se tenía aletas parecidas a las de las focas; clorpropamida provoca ictericia y dermatitis exfoliativa; un tranquilizante conocido como Dorwal, produce alteraciones sanguíneas severas; la tolbutamida antidiabético, duplica la probabilidad de enfermedad cardiovascular; las combinaciones de antibióticos que fueron generando, aniquilación de la flora gastrointestinal aunado a mayor resistencias antibacterianas.

Consultar también a Ghislaine Lanctôt, *La mafia médica*. Donde se comenta que para el sida se utilizó indiscriminadamente el AZT, que deprimía más el sistema inmunológico y posiblemente causa de cáncer; el prozac y ritalin usados en trastornos del sistema nervioso central, afectan aún más al propio sistema nervioso.

²³² *Ibíd.*

Las vacunas se empezaron a desarrollar desde que “oficialmente” Edward Jenner (1798)²³³ produjo la vacuna contra la viruela, digo oficialmente porque fueron los indios huicholes, dos siglos antes, quienes al ver cómo esa enfermedad diezma a los aztecas, practicaron una técnica usando una espina de huizache de maguey, con ella tomaban muestra de la lesión varicosa y la inoculaban en el brazo de una persona sana, lo que les valió el que no padecieran tan severamente la viruela en su población.²³⁴

Posteriormente, sabemos que en Europa y Estados Unidos a fines del siglo XIX, con Pasteur, Koch, Teobaldo Smith, y muchos otros, la microbiología y la inmunología nacieron en el terreno científico moderno, pretendiendo encontrar en los microorganismos la causa única y absoluta de las enfermedades, por lo que se dieron a la tarea de desarrollar medidas técnicas, sueros y vacunas con la finalidad de evitar pérdidas económicas en la industria alimenticia, y de mitigar padecimientos en animales y humanos, no siempre con el éxito esperado, como los mismos Pasteur y Koch reconocían con base en los resultados obtenidos²³⁵.

El desarrollo histórico de las vacunas se presenta a continuación:

Cuadro sintético 8. Desarrollo histórico de las vacunas					
Finales del siglo XIX		Antes del medio siglo XX		Posterior al medio siglo XX	
Vacuna	año	Vacuna	Año	Vacuna	Año
Rabia	1885	Tuberculosis	1921	Polio-Salk	1951
Cólera	1893	Difteria	1925	Polio-Sabin	1957
Fiebre tifoidea	1896	Tétanos	1925	Sarampión	1960
		Tosferina	1936	Rubeola	1970
		Fiebre A.	1937	Varicela	Hérpes
				Zóster	1973
		Influenza	1943	Paperas	1973
				Hepatitis B	1981
				H. Influenzae B	1985
				Hepatitis A	1994

Posteriormente, en los últimos años, se agregaron las de pneumococo, encefalitis, meningococo C, virus del papiloma, rotavirus obteniendo resultados favorables en muchos casos en estas históricas enfermedades pero también generando sospechas fundadas sobre sus repercusiones²³⁶.

²³³ El doctor Edward Jenner, tuvo la idea de proteger los individuos sanos contra la viruela inoculando pus proveniente de lesiones de viruela bovina llamada “vaccine”, de ahí el nombre de vacuna. No se conocían todavía los gérmenes infecciosos y menos aún el virus de la viruela, que no se descubrió hasta el siglo XX.

²³⁴ Erick Estrada Lugo, Cursos de Fitoterapia, Herbolaria Mexicana Medicina Chamánica, impartido en la Universidad Autónoma de Chapingo, Enero de 2002 a Febrero 2003, con valor curricular de 120 hrs.

²³⁵ Paul de Kruif, *Los cazadores de microbios*, véase capítulos III y IV.

²³⁶ Para esta periodización de las vacunas consultar a Harris L. Coulter *Vaccination, Social Violence, and Criminality*, p. IX. Y Dr. François Chaffot. *Vacunas: el derecho a elegir*, p 31. El doctor Edward Jenner, tuvo la idea de proteger los individuos sanos contra la viruela inoculando pus proveniente de lesiones de viruela

Cabe decir, que muchas epidemias y pestes como cólera, tifus, viruela, influenza, peste bubónica y las de menor impacto como tuberculosis, paludismo, poliomielitis, difteria, la rabia o el tétanos en los países desarrollados venían descendiendo conforme la modernidad permitía mejoras en las condiciones socioeconómicas, lo que se reflejaba en mejores servicios sanitarios públicos como agua potable, drenaje, establecimiento de baños públicos, mejoras en la alimentación y vivienda, todo ello antes de que se aplicaran masivamente las vacunas.²³⁷

Por lo anterior, es que Omran dice que los determinantes de la transición epidemiológica en tales países, se debió a factores socioeconómicos y medioambientales mientras que para América Latina y el Caribe los determinantes que mayor importancia tienen son los técnico- médicos, lo que hasta cierto punto es lógico dado que la pobreza vino en aumento en el Continente como arriba se mencionó.

Ahora bien, bajo la sociedad capitalista, y particularmente bajo la modernidad estadounidense, sobre la base de considerar al cuerpo como máquina, también se reproduce la idea de minusvalía inmunológica de la población, lo que aunado a la subordinación del proceso de producción-consumo, permite que la salud sea funcional a la lógica del capital, como es el mercado de las vacunas²³⁸, lo que impulsó una mayor medicalización.

El momento de inicio de la aplicación masiva de vacunas, fue a partir de una epidemia de difteria que azotó a los países occidentales a principios de la segunda guerra mundial²³⁹. Y fue posterior a la Segunda Guerra Mundial, ya con la hegemonía económica y política de los estadounidenses el que se empezó la aplicación mundial de las vacunas, sobre todo en América.

Hacia la década de 1960, la medicina moderna pretendiendo desarrollar técnicas profilácticas para la prevención de enfermedades, vacunaba contra cinco patologías graves: la viruela, la difteria, el tétanos, la tuberculosis y la poliomielitis²⁴⁰, además de la vacunación contra enfermedades comunes

bovina llamada "vaccine", de ahí el nombre de vacuna. No se conocían todavía los gérmenes infecciosos y menos aún el virus de la viruela, que no se descubrió hasta el siglo XX.

²³⁷ Dr. François Chaffot. *Vacunas: el derecho a elegir*, p. 13.

²³⁸ *Ibíd.*, p. 11.

²³⁹ *Ibíd.*, p. 34.

²⁴⁰ *Ibíd.*, p. 34 Siguiendo al Dr. Choffat, clasifica tres tipos de campañas, y nos dice: "En el primer tipo de campañas (viruela, difteria, tétanos, tuberculosis, poliomielitis), el objetivo era reducir la frecuencia de las enfermedades graves o incluso mortales... Un segundo tipo de campaña, surgido en la década de 1970, tenía como objetivo prevenir afecciones mucho más frecuentes: el sarampión, las paperas, la rubéola, la tos ferina y la gripe... Las campañas del tercer tipo empiezan a finales del siglo XX y son vacunas contra enfermedades

padecidas en la infancia, como son: tosferina (1936), sarampión (1960), rubeola (1970), paperas (1973), etc., lo que fue en aumento, al grado de que actualmente, el número de vacunas que recibe un infante de 5 años de edad es de 40²⁴¹ (tanto en Estados Unidos como en el resto del Continente), lo que implica el serio riesgo de que cuando el sistema inmunológico no se encuentra plenamente maduro, al aplicarles toxinas o proteínas contenidas en las vacunas ajenas a su sistema inmune, puede provocar serias alteraciones.²⁴²

En la aplicación de las vacunas, éstas primero fueron consideradas como intervenciones personalizadas, luego le siguieron las acciones en masa. “Tomando la expresión del lenguaje militar, se hablaba de “campañas de vacunación”, luego posterior a la Segunda Guerra Mundial se pasó a un sistema de vacunación continua, para lo cual, se han utilizado simultánea o alternadamente la propaganda, la presión moral y la obligación legal²⁴³. Incluso la vacunación está considerada como un derecho de los infantes bajo el resguardo de la ONU.

Esta medicalización a través de las vacunas puede ser cuestionada desde diferentes puntos de vista²⁴⁴. Sin embargo, desde la perspectiva de la medicina homeopática, se puede decir que, el sistema de vacunación, carece de una auténtica metodología científica, ya que:

tan raras que hasta ahora eran ignoradas por la mayoría de la población: la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo B, la hepatitis B, las infecciones por neumococo o por papiloma virus, y pronto se les sumará las diarreas del recién nacido por rotavirus.

²⁴¹ Andreas Moritz, *Las vacunas. Sus peligros y consecuencias*, p. 29.

²⁴² Dr. François Chaffot, *op. cit.*, p. 26 “La complicación vacunal más dramática es, sin lugar a dudas, la muerte súbita del recién nacido. Ésta sobreviene generalmente por la noche y de manera imprevisible. Viene favorecida por predisposiciones genéticas, el tabaquismo de los padres, la posición del bebé y probablemente, por otras causas todavía desconocidas. Pero los estudios han mostrado que es más frecuente durante las tres semanas posteriores a una vacunación combinada, la mayoría de las veces difteria-tétanos-tosferina-polio”.

²⁴³ *Ibid.*, p. 33.

²⁴⁴ Desde el ámbito político, el cuestionamiento es que desde principios del siglo XX la Fundación Rockefeller ha impulsado la medicalización en el Continente:

- En 1974, la OMS lanza un programa de Salud para todos en el año 2000.

- En 1978, es ratificado en la reunión de Alma Ata donde se define una política común en la atención primaria de salud, apegándose al informe flexner “que imponía la medicina científica” como la única válida y eliminaba todas las demás.

- La reunión de Alma Ata es financiada por la Fundación Rockefeller, el Banco Mundial y Unicef.

- Cinco años más tarde, en 1983 la OMS lanza el Programa Ampliado de Vacunación, el cual operaría por un Comité de Vacunación integrado entre otros por Robert McNámara, ex secretario de estado de Estados Unidos, y ex presidente del Banco Mundial, Jonas Salk, director del Salk institute quien colabora para el Pentágono, Van den Hoven, presidente de la multinacional Unilever (fabricantes de margarinas, aceite y jabón en todo el mundo).

- En 1984 el Comité de Vacunación conjunta a la OMS, Unicef, Banco Mundial y Fundación Rockefeller para fundar la Fuerza de Intervención para la Supervivencia de los Niños para llevar el programa de vacunación a nivel mundial.

- En 1989 la ONU aprueba la Convención de los Derechos del Niño, para imponer los programas de vacunación previstos en el Programa Amplio de Vacunación.

Se generaliza arbitrariamente al suponer la deficiencia inmunológica; se aplican sin ningún conocimiento de la receptibilidad personal; se omite la necesaria consideración de las predisposiciones alérgicas.²⁴⁵

Un principio de la ideología burguesa moderna es que “todos somos iguales”, y más que la especie, lo que importa es el individuo, tanto en el terreno jurídico como el económico, y también lo aplican al terreno inmunológico, sólo que aquí la visión moderna consiste en que *todos somos inmunológicamente deficientes, carentes*, por eso la aplicación masiva de vacunas a los individuos, va en contra de los conocimientos elementales sobre la inmunidad y la herencia²⁴⁶, pudiendo generar contraefectos en la misma salud de la especie al no considerar las características individuales.

Por ello es que en términos metodológicos rigurosamente científicos, la medicina oficial, dice Proceso Sánchez no lo cumple en el terreno de las vacunas, al no cubrir la exigencia de lograr siempre el mismo resultado con los mismos elementos.

Derivado de lo anterior, se generan una serie de resultados adversos, caracterizados por “lesiones celulares y del tejido orgánico que raramente son localizadas, a menudo difusas y, peor aún, es que ese proceso patógeno se ejerce en el organismo durante todo el tiempo en que la sustancia extraña perdura en él.”²⁴⁷

Por ello, dice Proceso Sánchez Ortega, que desde los setentas se levantaron voces que cuestionaron el uso de las vacunas, por sus efectos imponderables. En el caso de México dice que:

Motivó amplio revuelo la valiente y pública recomendación del especialista epidemiólogo Gómez Pimienta denunciando la gran peligrosidad del BCG y recomendando insistentemente a las madres mexicanas que no permitieran la aplicación de ella a sus hijos.²⁴⁸

En este sentido, la médica Ghislaine Lanctôt, con base en sus investigaciones, elaboró un compendio con las complicaciones de las vacunas, enseguida se muestra un resumen en el siguiente cuadro.

²⁴⁵ Proceso Sánchez Ortega, *op. cit.*, p. 267.

²⁴⁶ Dr. François Chaffot, *op. cit.*, p 39.

²⁴⁷ Raúl Kourilsky, citado por Proceso Sánchez Ortega, Introducción a la Medicina Homeopática. Teoría y Técnica, p. 267.

²⁴⁸ *Ibíd.*

Cuadro sintético 9. COMPLICACIONES DE LAS VACUNAS		
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
Las enfermedad propiamente dicha o sus formas atípicas: - Tos ferina - Parálisis tipo polio Alergias Fiebre Afecciones renales Púrpura Edemas Reumatismo Trastornos gastrointestinales Muerte súbita del lactante Enfermedades agudas del sistema nervioso: - Encefalitis - Panencefalitis - Meningitis - Afecciones neurológicas irreversibles - Guillian-Barre Daños cerebrales mayores.	Alteraciones neurológicas Autismo Daños cerebrales - Convulsiones - Hiperactividad - Trastornos del apetito (anorexia/bulimia) - Daños en nervios craneales (ceguera, sordera, mudez, dislexia) - Hipotonía - Retraso en el desarrollo - Parálisis cerebral Problemas mentales - Retraso mental - Trastornos de la personalidad - Trastornos intelectuales - Hipersexualidad - Inestabilidad emocional - Delincuencia juvenil - Personalidad sociópata - Conducta criminal Leucemia infantil Infecciones crónicas Alergias de todo tipo.	Debilitamiento del sistema inmunológico. Alteración permanente de los cromosomas (ADN) ²⁴⁹ Introducción de proteínas extrañas transmisibles al código genético de la especie (nuevas estructuras) Consecuencias: - Esclerosis en placas - Leucemias - Cáncer - Sida - Malformaciones congénitas Esterilidad Epilepsia Parkinson Enfermedades cardiovasculares Alergias Enfermedades degenerativas: - Alzheimer - Lupus - Artritis Resurgimiento de viejas enfermedades resistentes a los medicamentos Aparición de nuevas enfermedades desconocidas - Defectos genéticos hereditarios - Amenaza de extinción de la especie
Fuente: Ghislaine Lanctôt, La Máfia Médica, Op., Cit., p. 123.		

El médico pediatra estadounidense Robert S. Mendelsohn, argumenta que las vacunas guardan más riesgos en su aplicación sobre todo en los niños, a continuación se muestran los efectos de las vacunas más comunes aplicadas en la infancia:

Cuadro sintético 10. Efectos vinculados a vacunas aplicadas en la infancia		
Vacuna	Tipo	Efecto
Paperas	Viral	Alergias, daños al sistema nervioso central, como sordera, encefalitis
Sarampión	Viral	Encefalopatía, panencefalitis, ataxia, meningitis aséptica, choque anafiláctico, síndrome de Reye, de Guillian-Barre, diabetes juvenil, cáncer,
Rubéola	Viral	Artritis, artralgia, polineuritis.
Tos ferina	Bacteriana	Tos convulsa, fiebre, encefalitis, muerte súbita del lactante, problemas dermatológicos

²⁴⁹ En este sentido, el Doctor en Neurociencias Abraham Miranda Páez, Jefe del Departamento de Fisiología, de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, del IPN, quien forma parte del sínodo de revisión de la presente tesis, menciona que es altamente probable que la vacunación genere alteraciones en el genoma indeseables e impredecibles.

Poliomielitis	Viral	Parálisis tipo polio
Fuente: Robert S. Mendelsohn, <i>Cómo criar un hijo sano...a pesar de su médico</i> , Publicaciones GEA, Buenos Aires Argentina, 2005, p., 227-249.		

Las tablas anteriores, aun cuando sólo fuesen posibilidades de enfermar por la vacunación, cabe preguntar si “no sería preferible garantizar un sistema inmunitario mediante medidas naturales en lugar de recurrir sumisamente a todas las novedades”²⁵⁰, ante lo cual, como padre y médico considero que no se debiese tomar ese riesgo.

Los riesgos que implican las vacunas, son celosamente ocultados, mistificados, saliendo a la luz de vez en cuando; en este sentido, vale la pena comentar el brote de poliomiélitis en Haití y la República Dominicana, en julio y agosto del año 2000, debido a un virus contenido en la misma vacuna antipoliomielítica tipo oral (Sabin) que se aplica a los infantes, después de que ya se pensaba que se había erradicado dicha enfermedad.²⁵¹

Otro suceso, se vivió en México, en mayo del 2011 en la periferia de Morelia del Estado de Michoacán, donde como parte de las campañas de vacunación tres pequeños entre cinco y seis meses de nacidos presentaron reacciones graves posterior a la aplicación de cuatro dosis de las vacunas Pentavalente y Hepatitis B, quienes fueron reportados graves y al borde de la muerte.²⁵²

Los riesgos son variados, el Dr. Harris L. Coulter, señala que las vacunas están estrechamente vinculadas con los cuadros de autismo, encefalitis, así como daños en el cerebro, lo cual podría explicar lo sucedido en México como quedó referido con los niños afectados por la vacuna pentavalente y de hepatitis, sin embargo la verdad sobre los riesgos que implican las vacunas queda oculta, en el caso de México, la causa oficial dada a conocer, sobre las reacciones no fue por vacuna

²⁵⁰ Dr. François Choffat, *op. cit.*, p 11. Donde señala que en todas partes del mundo, la presión psicológica es muy fuerte. Lo que buscan las autoridades sanitarias es conseguir el “consentimiento ilustrado” de las personas que van a ser vacunadas.

²⁵¹ Mauricio Landaverde, Linda Venczel, Ciro A. Quadros, “Brote de poliomiélitis en Haití y la República Dominicana debido a un virus derivado de la vacuna antipoliomielítica oral”.

²⁵² “Dudan de vacunas de Oportunidades en Michoacán” en El Universal, 10 de junio de 2011.

Los bebés Jesús Ángel Sopeña Rosas, Aron Ángeles Pérez y Guadalupe Dimas Arias, fueron internados en el Hospital Infantil de Morelia con pronósticos poco alentadores, según informaron sus padres.

La señora Patricia Arias, madre de la pequeña Guadalupe comentó: “Me dicen que mi pequeña tiene el cerebro inflamado y buscan desinflamárselo. Le han mandado a hacer una tomografía para ver qué tan grave es la inflamación. Nos han dicho que podría tener secuelas de por vida”, y añadió que “El primer diagnóstico que me dijeron los doctores fue que su sistema nervioso podría quedar afectado”.

Por su parte, los padres de Aarón, consternados por su bebe, quien fue entubado, sedado, casi en estado de coma, y alimentado por vía intravenosa, comentaron que: “Nos dicen que está grave y que no pueden quitarle los sedantes porque le bajaría la presión”.

En cuanto a los médicos, sobre uno de los pequeños dijeron que “está grave, la respuesta que ha tenido no ha sido la esperada, es muy problemático, porque no sabemos qué fue lo que paso y que fue lo que condicionó que haya tenido ese descenso de glucosa tan severo”.

sino porque se les aplicó insulina equivocadamente, cosa que dijeron días posteriores a los hechos.²⁵³

Pero además, Coulter menciona que los daños al sistema nervioso central pueden ir desde daños menores casi imperceptibles, hasta casos severos de retraso mental, y que las personas con daños en su sistema nervioso central tiende hacia una personalidad sociópata y criminal.²⁵⁴ .

En este sentido dice el Dr. F. De la Rue, quien es citado en la obra de Proceso Sánchez Ortega:

En realidad frente a la perspectiva de las lesiones renales, hepáticas, cerebrales u otras, frente al desastre de los equilibrios inmunológicos internos, al desmoronamiento del “terreno”, a los desórdenes humorales y celulares, frente al cáncer, frente a la ignorancia y a la irresponsabilidad, a la rutina o al interés, nuestro deber y nuestro derecho es ahora decir: ¡no!”²⁵⁵

3.5.6.1. El mercado de las vacunas

Cómo toda rama de la producción capitalista, la producción de las vacunas no escapa a la competencia. “los grandes fabricantes se han acabado fusionando. Subsisten dos grupos principales, que se reparten el 70% del mercado, el grupo francés Sanofi Pasteur, asociado al norteamericano MSD (Merck, Sharp y Dohme), en competencia con los anglosajones GSK (GlaxoSmithKline). Los mayores laboratorios, como Pfizer y Novartis, que inicialmente se desinteresaban por este mercado, han acabado invirtiendo grandes sumas en él.²⁵⁶

Los laboratorios no son instituciones de beneficencia. Son empresas. La investigación, está dirigida hacia el beneficio y no hacia la salud... por lo que si el número de clientes es limitado, hay que incrementar las necesidades, aun cuando haya que inventarlas, y/o producir vacunas sin importar la utilización de

²⁵³ “Enferman tres bebés por vacunas” en El Universal, 18 de junio de 2011.

²⁵⁴ Harris L. Coulter, *Vaccination, Social violence and Criminality*, op. cit., capítulos I, II, III y V. En 1985 junto con Bárbara Fisher escribió *A shot in the dark*, metáfora con la que describen precisamente los efectos de la vacuna DPT (difteria, tosferina y tétanos), la cual es como realizar un disparo en la obscuridad, con la certeza de que a alguien o a muchos va a afectar. Como resultado de sus estudios en diciembre de 1986 el Congreso de Estados Unidos adoptó la Ley Nacional de Compensación por Vacunación Infantil (The National Childhood Vaccination Compensation Law), en la que se autorizaba a indemnizar a niños afectados por alguna vacuna.

²⁵⁵ Dr. F. De la Rue, citado en Proceso Sánchez Ortega, op. cit., p. 268.

²⁵⁶ Dr. François Chaffot, op. cit., p 59.

conservadores u otras sustancias en su fabricación como el aluminio y el mercurio que pueden alterar la salud²⁵⁷, pero dar mayor ganancias.

Pero además, este ramo de la industria, se beneficia de la ayuda financiera de los gobiernos y de las instituciones internacionales como la OMS, el Banco Mundial, UNICEF, o la Fundación Bill y Melinda Gates, para desarrollar su mercado en los países pobres.²⁵⁸ (complementar jornada)

Lo anterior, genera la apariencia de que la vacuna, es un valor de uso beneficioso, como algo necesario para nuestra salud, como algo que es imprescindible en la vida moderna, desde el recién nacido hasta el anciano, paralelamente, la población percibe a los laboratorios como investidos de una misión humanitaria, cuando en realidad su prioridad son los beneficios económicos propios.

Bajo la modernidad capitalista, parece natural el querer estar protegido contra cualquier enfermedad. Así, el “deseo de protección física, en un ambiente de superstición colectiva y de consumo médico desenfrenado”²⁵⁹, nos lleva a percibir a la vacuna, y a los laboratorios como humanitarios, que buscan nuestra salud. Podríamos decir entonces que la vacuna aparece como uno de los fetiches de la modernidad, lo que permite inventar nuevos conceptos de campañas de vacunación²⁶⁰, o pensar en proyectos más ambiciosos como:

²⁵⁷ *Ibid.* p 51, Chaffot señala que el aluminio, al estimular localmente el sistema inmunitario, puede inducir alergias a todos los componentes de las vacunas...Además, el aluminio es un tóxico que se fija en los órganos y en particular en el cerebro, el que parece ser más tóxico cuanto menor es la edad... Las dosis mínimas presentes en las vacunas de los niños, son muy elevadas teniendo en cuenta la alta toxicidad de este metal... Es verdad que este aluminio se elimina parcialmente con el tiempo, pero una parte importante queda almacenada en los órganos. La tasa de aluminio capaz de provocar una encefalopatía (un daño grave del cerebro) es de 100 ug por litro de suero, o sea 25 ug en total para un bebé de dos meses. Y, sin embargo, este último recibe en su primera vacunación ¡hasta cuarenta veces esta cantidad! Sabemos que el niño tendrá, en su vida, muchas más ocasiones de ingerir aluminio (alimentación, medicamentos, industria), pero con la vacunación se le proporciona ya un buen capital. Gracias a ello, en el otro extremo de la vida, le espera la enfermedad de Alzheimer. Y entre ambos, tal vez, diversas disfunciones cerebrales o la fibromialgia. Al respecto del Mercurio tenemos, que “La mayoría de las soluciones vacunales (tos ferina, difteria, tétanos, gripe, hepatitis B) eran, hasta hace poco, estabilizadas con sales de mercurio, alergizantes y tóxicas para el sistema nervioso y los riñones... Sin embargo, la OMS sigue autorizando el uso del mercurio en las vacunas infantiles.

²⁵⁸ Andreas Moritz, *op. cit.*, p. 165, señala que en el 2002, el periódico The Wall Street Journal, publicó que los Gates habían comprado acciones por un valor de 205 millones de dólares de nueve importantes compañías farmacéuticas, incluyendo Merck & Co, Pfizer Inc, Johnson & Johnson, Wyeth y los Laboratorios Abbot, fabricantes de medicamentos para el sida y vacunas.

²⁵⁹ Dr. François Choffat, *op. cit.*, p. 75, quien señala que “Para justificar una vacunación antes del primer año, haría falta que la enfermedad fuera una amenaza real y que la inoculación fuera eficaz y sin efectos secundarios. Pero de todas maneras, nada justifica que se combine con otras vacunas contra enfermedades que no amenazan al recién nacido.

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 60-61.

3.5.6.2. La vacuna única

Los laboratorios de vacunas están trabajando, sobre la base de las vacunas combinadas, en la elaboración de una “vacuna única inteligente”(como las bombas inteligentes), la cual en una sola inyección estarían todas las vacunas con sus dosis de refuerzo.

Dichas vacunas, dice el Dr. François Choffat están pensándose para la población del tercer mundo, con las características de que “agruparía de forma ideal las inmunizaciones consideradas necesarias, con fracciones de efecto retardado correspondientes a cada dosis de refuerzo”²⁶¹

Sin embargo, “en una población vacunada anónimamente, los efectos secundarios individuales pasan totalmente desapercibidos y transcurre mucho tiempo antes de conocerse la magnitud de los eventuales estragos”²⁶², lo que sería beneficioso para la seguridad del capital o de los laboratorios.

Finalmente, al inicio de este capítulo citamos brevemente los propósitos que en salud, se acordaron en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, los Objetivos de la Cumbre del Milenio, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y ya vimos los resultados presentados más arriba, los cuales vienen a ser una crítica a estas políticas de salud implementadas desde la ONU, ¿o desde la Fundación Rockefeller? y/o ¿desde la Fundación Bill y Melinda Gates?

Las vacunas como determinantes de la transición epidemiológica, probablemente coadyuvan por un lado, al aumento de la esperanza de vida, pero por otro, están generando cada vez más serias patologías. Aquí cabe la pregunta de algunos médicos que, como el Dr. Chaffot señalan sino “¿habremos cambiado las paperas y el sarampión por el cáncer y la leucemia?” o la varicela por el herpes, y él mismo señala que:

Como muchos de mis colegas, estoy convencido de que un resfriado o el sarampión o la varicela no son plagas. Pienso que una enfermedad aguda benigna puede ser beneficiosa en el plano físico y en el plano psicológico, y que contribuye a la maduración del sistema inmunitario, mucho mejor y con menos riesgo que la vacuna destinada a prevenirla²⁶³.

²⁶¹ *Ibíd.*, p. 73.

²⁶² *Ibíd.*

²⁶³ *Ibíd.*, p. 36

Finalmente, cabe preguntarse ¿con qué propósito se aplican? ¿Para garantizar una verdadera salud o para dominar y/o someter más a la población, y con ello, favorecer mejor la acumulación de capital?

Cuando se pierde de vista esto y se tiene en mente las ganancias, se puede caer en el exceso de aplicar masivamente las vacunas, con los inconvenientes antes mencionados, y no siempre con el éxito esperado.

4. Conclusiones

Una vez realizada la investigación sobre las causas de la transición epidemiológica, procedo a corroborar o desechar las hipótesis planteadas al inicio del trabajo.

En primer lugar, se debe señalar, que toda ciencia que se dice serlo, debe partir de una filosofía que le permita una interpretación del mundo, bajo leyes y principios rigurosos, a partir de lo cual emane su método de trabajo, lo que posibilita puentes de comunicación con otras ciencias, y más aún si se tiene como fundamento el principio de la vida.

En este sentido, el pensamiento marxista, contrario a lo que dice el discurso moderno o posmoderno, no ha perdido actualidad, ni se constriñe solamente a un análisis económico, sino que por su visión del mundo, posibilita construir una interpretación del mismo, antes, durante y muy seguramente, después de que caiga el capitalismo por medio de una praxis revolucionaria, a la cual también el marxismo tiene mucho que aportar.

Situación similar sucede con los planteamientos de la ciencia homeopática, donde todo su bagaje teórico y filosófico, permite no sólo ser una medicina eficaz, al concebir ser humano en relación consigo mismo, con los otros y con el cosmos, sino que además, a través de su teoría miasmática, interpretar la realidad desde una perspectiva médica- histórica, como es el hecho de las tendencias patológicas por las que ha venido transitando la humanidad, lo cual tiene utilidad práctica en la consulta-clínica, donde el paciente, como una unidad del conjunto social, tiene las marcas de las condiciones socioeconómicas, culturales y biopatológicas donde se ha formado.

Algo distinto sucede con la medicina oficial alopática, pues sin dejar de reconocer su esfuerzo e importancia en tratar de resolver los padecimientos que aquejan a la población, considero que su limitación histórica y estructural para realmente devolver la salud a los pacientes enfermos fue; en primera, desechar el principio de *similitud*, desde la época de Galeno; en segunda, asumir con base en la disección anatómica, una visión del cuerpo, en la que se separa al hombre del cosmos, de los otros, y de sí mismo, tanto en lo mental, como en lo corporal.

La filosofía de la medicina alopática se basa en una epistemología, de la separación, de la fragmentación, de las partes, para reunir las nuevamente bajo una forma mecánica, con base en la cual considera también las enfermedades, en su relación de causa-efecto, aparentemente en el terreno racional, pero sin embargo, no logra quitarse la forma fetiche que caracteriza al pensamiento burgués, al considerar la enfermedad en última instancia, como resultado de “algo fortuito”, dependiendo de la probabilidad, de que algún “ser fantasmagórico” llamado enfermedad, pueda o no atacar o, haciendo abstracción del tipo de relaciones sociales en sociedad, responsabilizar únicamente al sujeto de su propia enfermedad.

Por otra parte, el principio de contrarios, *no siempre es eficaz* porque no se puede generalizar y, menos aún, cuando se pretende que los tratamientos emanados de él, sean funcionales a la acumulación de capital, llevando la medicalización de la vida a grados excesivos con efectos adversos para la salud, como lo ilustra la actual preocupación de la Directora General de la Organización Mundial de la salud, al declarar que existe una crisis global de los antibióticos ante la mayor resistencia de los microorganismos causantes de infecciones comunes y que pudiera haber severas infecciones hasta por raspones y heridas menores²⁶⁴, lo que un año después fue respaldado por la principal autoridad médica de Inglaterra, quien proclamó por acciones globales para luchar contra la resistencia a los antibióticos por parte de superbacterias.²⁶⁵

Como parte de su filosofía, el fundamento del que parten las ciencias es crucial y, en este sentido, tanto el materialismo histórico como la homeopatía, tienen a la vida como fundamento, al ser vivo genérico con necesidades y capacidades, donde Marx critica que el “mundo de los muertos someta al de los vivos” cuando se refiere a la relación capital-fuerza de trabajo; por su parte, Hahnemann plantea que es nuestra fuerza vital, la que anima y ordena a todo el organismo.

²⁶⁴ “Termina la era de las medicinas seguras”, advirtió Margaret Chan, Directora de la Organización Mundial de la Salud, en La Jornada, 22 de marzo de 2012.

²⁶⁵ “La resistencia a los antibióticos representa una amenaza catastrófica para la medicina”, dice Sally Davies, principal autoridad médica de Gran Bretaña, en La Jornada, 12 de marzo de 2013.

Caso contrario, sucede con la medicina moderna alopática, la cual pone al cadáver como el fundamento del conocimiento de lo vivo, como la fuente del conocimiento mismo, como bien se expuso y criticó en el capítulo dos de la tesis, donde se explicó la construcción epistemológica basada en la anatomía, lo que Foucault sintetiza con singular alegría:

Desde lo alto de la muerte se puede ver y analizar las dependencias orgánicas y las secuencias patológicas...de este gran poder de iluminación...la muerte es la gran analista, que muestra las conexiones desplegándolas, y hace estallar las maravillas de la génesis en el rigor de la descomposición...el análisis, filosofía de los elementos y de sus leyes, encuentra en la muerte lo que en vano había buscado en las matemáticas, en la química, en el lenguaje mismo: un modelo insuperable, y prescrito por la naturaleza; sobre ese gran ejemplo va a apoyarse en lo sucesivo la mirada médica. No es ya la de un ojo vivo, sino la mirada de un ojo que ha visto la muerte. Gran ojo blanco que desata la vida²⁶⁶.

En cuanto a la escasez como problema fundamental de la salud, bienestar y libertad humana, es una categoría válida para el análisis histórico, teórico y conceptual, pues se pudo demostrar que como punto de partida central en los diferentes enfoques permite dar cuenta, de la subsunción o sometimiento del sujeto a un proceso de trabajo y consumo que acumula valor, lo que redundo en cuadros patológicos que en definitiva trastocan la salud, la libertad, y mutilan la proyección trascendente del sujeto en la consecución una sociedad sin explotación.

La escasez material de valores de uso para la reproducción humana, ha sido y es de acuerdo al pensamiento marxista, y ahora podría decir que también para la medicina homeopática, el problema fundamental de la humanidad para transitar del reino de la necesidad, de la escasez, de la carencia, de la pobreza, de la enfermedad sustentada en la psora, al reino de la libertad, de la abundancia, de la salud entendida ésta en un sentido dialéctico, donde los desequilibrios patológicos sirvan para apuntalar y/o recuperar la salud, y no como medios de esclavización y control degradante de los sujetos, donde la salud permita al hombre alcanzar los más altos fines de la especie humana como dijo Hahnemann.

Para el caso de América Latina, desafortunadamente, ha vivido durante siglos los estragos de la pobreza, de la escasez material y de todo tipo, desde la época de la Conquista cuando “la cruzada de exterminio, esclavización y sepultamiento en las minas de la población aborígen...señalaban los albores de la producción

²⁶⁶ Michael Foucault, *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*, Ed. Siglo XXI, Editores Argentina, 2004, p., 205.

capitalista”²⁶⁷, donde como diría también Marx, “el trabajo produce maravillas para los ricos, pero expolia al trabajador, produce palacios, pero al trabajador le da cuevas, produce belleza pero al trabajador deformidad y mutilación... desarrolla la mente, pero en el trabajador desarrolla la estupidez y el cretinismo.”²⁶⁸

La modernidad capitalista además de despojar a los aborígenes de América Latina de su riqueza de todo tipo, reprodujo y potenció la escasez de valores de uso bajo una u otra forma, para garantizar el sometimiento de la población, a través de mecanismos estructurales diseñados ex profeso, como bien lo señaló Marini, al decir que la integración de los países de América Latina al mercado mundial de la modernidad, sólo fue posible con la explotación al máximo de la fuerza de trabajo de la población trabajadora, así como de privarle el consumo mínimo para su reproducción, dando paso a la súper-explotación del trabajador ²⁶⁹ Hechos tan contundentes, que hasta el mismo Julio Frenk, titubeantemente reconoce de alguna forma.

De la tesis se desprende, que esa carencia no se reduce a una dimensión meramente fisiológica y/ cuantitativa, sino que también la escasez tiene dimensiones cualitativas, lo cual permite ocultarla o disfrazarla y, al mismo tiempo, potenciarla, como particularmente sucede con el sometimiento del consumo improductivo de la sociedad moderna a la acumulación del capital, donde la desnutrición se fomenta a través de valores de uso “agradables a la vista y al paladar”, pero por su composición química-material muchas veces adversa al metabolismo humano, fomentan la escasez de nutrientes, paradójicamente disfrazada de cuadros de obesidad. Dicho consumo es un potenciamiento de patologías degenerativas o syphilíticas²⁷⁰, como el cáncer, sida, diabetes, afecciones cardiovasculares, etc.,

²⁶⁷ Carlos Marx, *El Capital, Tomo I, Vol. III, op. cit.*, p. 939.

²⁶⁸ Carlos Marx, *Manuscritos económico-filosóficos de 1844*, en el primer manuscrito que habla del trabajo enajenado.

²⁶⁹ Ruy Mauro Marini, *Dialéctica de la dependencia, op. cit.*, apartados 1, 3 y 4.

²⁷⁰ Syphilíticas entendidas desde el lenguaje homeopático. Ahora bien, dentro del pensamiento crítico de las ciencias sociales, Jorge Veraza Urtuzuástegui, en la obra *Los peligros de comer en el capitalismo*, utiliza por primera vez, el concepto miasmático de *syphilis* desde el ámbito de la homeopatía, para caracterizar y enfatizar las enfermedades crónico-degenerativas como resultado del Sistema Alimentario Capitalista. Sin embargo, como se ha dejado claro en la presente tesis, la transición epidemiológica, sería resultado de todo un proyecto histórico de la modernidad capitalista, donde la escasez de valores de uso de todo tipo, se reproduce de manera “artificial” y además se ve potenciada con el sometimiento del consumo, particularmente del improductivo, a la acumulación del capital, con la generación de valores de uso nocivos o inadecuados para la reproducción humana, interiorizándose en primera instancia, la escasez, en este caso, de nutrimentos a nivel celular y, además, de sustancias que pueden alterar el funcionamiento fisiológico como se comentó en el transcurso de la tesis.

Lo anterior, sumado a la escasez que se vive en múltiples dimensiones humanas, es lo que digo que “se interioriza” dando paso a las enfermedades crónico-degenerativas sin desaparecer las infecto-contagiosas, porque de qué otra manera explicar que la región de Centro América la más pobre del Continente, sea la que mayor tendencia a ese tipo de enfermedades presenta, o también, el que sea una de las más violentas del planeta, ya que 31% de muertes violentas en el mundo ocurren en América Latina.²⁷¹

Con ello también se desvanece la imagen del desarrollismo, de considerar al progreso, como la panacea para los países subdesarrollados, igualmente la imagen de enfermedades de los ricos y las de los pobres, va perdiendo nitidez, dando paso a una mundialización de los padecimientos de todo tipo.

Situación que se agudiza aún más bajo la modernidad estadounidense, donde la escasez, se perfecciona a través de un mayor sometimiento de la producción-consumo a la acumulación del capital, dando paso a valores de uso, adversos para la salud, fomentando la desnutrición, enfermedad y muerte, a lo que si se le agrega la pobreza en que se encuentra la mayoría de la población, debido entre otras cosas por el saqueo financiero, de nuestros recursos naturales, la dependencia alimentaria, injerencias militares, etc., y, otras múltiples venas abiertas que desangran a América Latina como dice Eduardo Galeano²⁷², se entiende el por qué de la transición epidemiológica que padecemos, pues recordemos que la salud-enfermedad están determinados multifactorialmente, pero no a la manera del Dr. Julio Frenk, donde los determinantes, se dejan a la probabilidad de que ocurran o no, o sólo a la decisión del sujeto como se expuso en el capítulo dos de la presente tesis.

Un determinante que está contribuyendo a la transición epidemiológica y al control poblacional, es la política de vacunación que desplegaron a nivel mundial y, sobre todo, en América Latina desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial desde las organizaciones de salud internacionales con la participación de las nacionales.

Las vacunas, no hay que perder de vista, son mercancías con un valor de uso y de cambio, que en términos sociales tienen la gran sospecha de generar graves alteraciones en la salud.

Por ejemplo, en México, a principios del 2010, en el marco de la epidemia de la influenza AH1N1, las vacunas fueron compradas a un sobrepeso de 118 millones de pesos, se aplicaban sin autorización de la instancia encargada de la

²⁷¹ “América Latina: violencia sin freno”, estudio de la OCD, en la Jornada, 18 de octubre de 2011.

²⁷² Eduardo Galeano, *Las venas abiertas de América*, op. cit.

seguridad sanitaria nacional, de Cofepris, la cual no certificó en alrededor de 8 millones de dosis, que la vacuna aplicada fuera inocua, potente y efectiva en todos y cada uno de los lotes de producción. Lo preocupante es que un tercio de las inmunizaciones aplicadas era Arepanrix o Pandemrix, actualmente en estudio en el mundo por su relación con la narcolepsia, enfermedad neurológica crónica e incapacitante²⁷³. Aunado a ello, la vacuna contra la influenza también está relacionada con el síndrome de Guillian Barré.²⁷⁴

Actualmente en México y en toda América Latina, se siguen aplicando vacunas conteniendo mercurio o thimerosal, sustancia que sabiendo que es altamente tóxica para el organismo, los laboratorios la usan para la conservación de los reactivos, lo que es preocupante, dado que hacia los cinco años un infante recibirá aproximadamente 40 vacunas, requiriéndose años para la eliminación del mercurio, el cual está estrechamente relacionado con el autismo²⁷⁵, situación similar con el uso del aluminio, el cual genera problemas neurológicos como Alzheimer y demencia.²⁷⁶

En la fabricación de las vacunas como mercancías, la ganancia siempre es el incentivo, no en vano el empresario Bill Gates, fundador del Microsoft, declaró ante empresarios y magnates mundiales en Davos (Suiza) que su Fundación aportaría 10 mil millones de dólares en diez años para la investigación, el desarrollo y la distribución de vacunas en los países más pobres del planeta²⁷⁷, incluida por supuesto América Latina, iniciativa a la cual posteriormente, se sumó Carlos Slim con 100 millones de dólares.²⁷⁸

Las vacunas como mercancías tienen caducidad y normas de calidad que deben cubrir en su fabricación, sin embargo, su valor de cambio, se tiene que realizar a pesar de que se transgreda la cualidad del valor de uso, como es el caso de lotes contaminados, caducos, o “conflictivos” como los laboratorios les llaman, a los que se asocia un número excesivo de “eventos adversos”, que en los hechos han propiciado muertes infantiles por vacunas mal fabricadas y aplicadas. En la

²⁷³ “Otra vez la influenza A/H1N1”, de Asa Cristina Laurell, en La Jornada, 15 de abril de 2011.

²⁷⁴ “Síndrome de Guillain Barré”, en La Jornada, 27 de enero de 2012., Dicho síndrome es un mal del sistema nervioso periférico que se caracteriza por una debilidad inicial en las extremidades inferiores y luego asciende a manos y brazos. En unos días o semanas puede progresar hasta ocasionar falla respiratoria en los casos más graves.

²⁷⁵ Stephen B Edelson MD, *What your doctor may not tell you about autoimmune disorders, (Lo que su Médico Podría no Decirle Acerca de Desórdenes Autoinmunes)*, Little, Brown & company, p. 105.

²⁷⁶ Andreas Moritz, *Las vacunas, op. cit.*, p. 49.

²⁷⁷ “Esta tiene que ser la década de las vacunas”, en La Jornada, 29 de enero de 2010.

²⁷⁸ “Carlos Slim dona 100 millones de dólares a plan para erradicar la polio en el mundo”, en La Jornada, 26 de abril de 2013.

actualidad, la estrategia de venta y distribución de los lotes “conflictivos” de vacunas, son mezclados y repartidos en las poblaciones para evitar “agrupamientos”, y encubrir que vacunas dañadas pertenezcan al mismo lote²⁷⁹; con lo que los “eventos adversos” se dejan de registrar como efectos de las vacunas.

Por qué confiar, si hasta en los países productores de vacunas suceden accidentes graves como lo acontecido en las propias fuerzas armadas de los estadounidenses, donde cerca de 50 mil, de 700 mil soldados estadounidenses, que fueron enviados a la Guerra del Golfo Pérsico, fueron afectados por una “vacuna experimental” que se les aplicó, mostrando desde reacciones alérgicas hasta cuadros de severa gravedad, afectando a su descendencia, pues hubo evidencias de que algunos hijos de los afectados nacían con problemas respiratorios o incluso con malformaciones congénitas.²⁸⁰

Este panorama es de considerable preocupación, pues independientemente de los tiempos de aplicación de vacunas, en cada uno de los países de América Latina y el Caribe las campañas de vacunación han ido en aumento desde que se institucionalizó la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) en el 2003²⁸¹, en dicha semana anual, cientos de millones de personas de todas las edades y regiones son vacunadas cada año contra una amplia gama de enfermedades como el sarampión, rubéola, la fiebre amarilla, difteria, tétanos, polio, y la gripe, etc.

También se han emprendido múltiples campañas de movilización social durante la SVA en toda la región y la iniciativa ha recibido un apoyo político cada vez mayor pasando de una participación de 19 países y 16 millones de vacunados, hasta 45 países con 59 millones de vacunados a principios de la presente década.

El sometimiento del consumo al capital no excluye las vacunas, y es ahí donde se puede ver que el sometimiento sí puede pasar a un plano celular, molecular, para el mayor control de los sujetos, propiciando gran número de patologías como se vio anteriormente. Y sin embargo, se siguen aplicando, sin cuestionamiento alguno por parte de la población, será esto por miedo, por sumisión, por ignorancia, por negligencia, lo cierto es que si las vacunas aplicadas realmente funcionaran como se dice, ¿por qué tantas enfermedades en el Continente?

²⁷⁹ Andreas Moritz, *Las vacunas, op. cit.*, p. 89.

²⁸⁰ Gian Carlo Delgado, *La amenaza biológica, op. cit.*, p. 425.

²⁸¹ < http://new.paho.org/vwa/?page_id=2&lang=es, visitado el 5 de junio de 2013 >

Hay numerosas investigaciones tanto en contra como a favor de su aplicación, sobre todo tratándose de uno de los pilares y orgullo de la medicina moderna. Sin embargo, se requiere de mayor información y difusión sobre sus características de fabricación, elaboración, sus posibles efectos, para que los padres podamos decidir, sobre su uso o no, como es el caso de varios países europeos.²⁸²

Considero que la izquierda y los movimientos sociales, debiesen de ir tomando el problema de la salud más seriamente, tratando de irse saliendo de los marcos establecidos por el capital, no conformarse con mayor cobertura de los servicios de salud, como el seguro popular, sino incorporar otras terapéuticas más holísticas, dentro de ellas por su puesto, a la medicina homeopática.

No perder de vista como padres y como críticos o como luchadores sociales, que el dominio capitalista en aras de mayor acumulación de capital, es capaz de pervertir hasta nuestra propia fisiología si eso garantiza mayor acumulación de capital.

En este sentido, no era ni es un disparate cuando el entonces presidente de Venezuela Hugo Chávez decía que pueden estar los estadounidenses en la proliferación del cáncer que lo afectaba a él y a otros mandatarios de América del Sur²⁸³, sobre todo cuando hay antecedentes de experimentos médicos que realizaron en la población latinoamericana, así como la implementación de la esterilización masiva, hambrunas y enfermedades, en Costa Rica, Perú, México, Bolivia, Guatemala, etc., como cínicamente lo reconocía Robert MacNamara ex-secretario de Estado de Estados Unidos y Ex-director del Banco Mundial, cuando decía que para reducir la población habría que “aumentar las tasas de mortalidad. ¿Cómo? Por medios naturales: el hambre y la enfermedad”²⁸⁴.

No era disparate cuando efectivamente el *telos* de la modernidad estadounidense esparcido por el mundo, ha llevado más lejos el sometimiento de la producción consumo bajo el capital mundial, creando como dice Bolívar Echeverría “valores de uso monstruosos”²⁸⁵ que atentan sobre la misma reproducción humana.

Cabe decir, sin embargo, que ello no es exclusivo de los estadounidenses, pues también el capitalismo europeo, pervierte los valores de uso en aras de más acumulación en perjuicio de la salud, como evidencia de esto está la implantación

²⁸² Proceso Sánchez Ortega, *Introducción a la medicina homeopática. Teoría y técnica*, op. cit., p. 567.

²⁸³ < http://actualidad.rt.com/actualidad/america_latina/issue_34318.html>

²⁸⁴ Robert MacNamara, *J'ai tout compris*, no. 2, febrero de 1987, ediciones Machiavel; citado en Ghislaine Lanctôt, *La mafia médica*, op., cit.,, p. 131.

²⁸⁵ Ver capítulo uno de la presente tesis.

de más de 80% de un lote de silicones mamarios defectuosos en mujeres de América Latina por la firma francesa Poly Implant Prothèse (PIP).

El fundador de la empresa francesa de PIP, Jean-Claude Mas, asumió que usó un gel de silicona no homologado que contenía aditivo para carburantes y cínicamente declaró que “sabía que ese gel no estaba homologado, pero lo hice adrede porque el gel PIP era más barato”²⁸⁶

Los anteriores elementos permiten entender cómo es que en América Latina y el Caribe, la modernidad capitalista ha propiciado **un caos en términos epidemiológicos**, donde tanto las enfermedades infecto-contagiosas como las crónico-degenerativa están afectando a la población latinoamericana, en diferentes medidas, como quedó expuesto en el análisis que se hizo en el capítulo tres de la tesis.

Específicamente en el ámbito médico, las enfermedades emanadas de la Psora no han sido superadas debido a tratamientos médicos inadecuados, es decir, otra vez aparece la escasez pero ahora bajo la forma de “asistencia médica adecuada”, lo que históricamente ha dado paso a múltiples padecimientos sycósicos, pero sobre todo degenerativos, por lo que también se podría decir que vivimos una época cada vez más syphilítica o incluso más caótica porque esos tres miasmas se combinan haciendo más complicadas las patologías desde el punto de vista homeopático.

Ese caos epidemiológico persistirá y se complicará aún más mientras no se logre subvertir este tipo de modernidad que vivimos, con su medicalización química farmacológica en múltiples ámbitos de la reproducción humana. Por ello mismo, el concepto “transición epidemiológica” no es muy exacto para caracterizar la realidad epidemiológica, Julio Frenk utiliza el término “polarización” por sus trabajos que hace para la ONU, y ahí sería desagradable decir “caos”, sobre todo cuando piensan que dentro de la cientificidad de su sistema médico están las vacunas como lo más respetable.

Considero que el concepto adecuado es el de **transición epidemiológica syphilítica o degenerativa bajo la modernidad capitalista** la cual es el resultado de que la escasez material y de todo tipo, así como de la enajenación, no sólo no han sido superadas por la modernidad, sino que incluso, son reproducidas de manera “artificial”, llámese, crisis económica, guerra, desempleo, acondicionamiento cultural, enfermedad, pobreza, muerte, etc., donde como dice Manuel S. Garrido, la modernidad capitalista parece trastocar lo que resonaba

²⁸⁶ “Se implantaron en América Latina 80% de las prótesis mamarias defectuosas”, en La Jornada, a 12 de enero de 2012.

como un canto de esperanza, o una oda al progreso industrial, en el rostro negro de la desesperanza,²⁸⁷ al traicionar las “promesas” de abundancia, de riqueza, y libertad.

Aquí es justo decir, que dentro de la medicina de la salud pública, el estudio del Dr. Omran, es meritorio, por el enfoque histórico que parte de las hambrunas, para llegar a las enfermedades producidas por el hombre y, aunque criticado ampliamente por posteriores teóricos de la transición epidemiológica e intelectuales del mundo académico, no logran superarlo, lo cual sólo es posible desde el ámbito del materialismo histórico y de un planteamiento médico alternativo como es el de la ciencia médica homeopática.

Finalizo diciendo a los lectores de este trabajo, que efectivamente vivimos tiempos difíciles, de confusiones, de transiciones, de decisiones y de lucha, donde el futuro de la especie y de nosotros mismos como sujetos concretos, se encuentra en situación de peligro. Por lo que, invito a no desechar el pensamiento marxista, por algo Jean Paul Sartre decía que “el análisis marxista sigue siendo el horizonte intelectual insuperable de nuestros tiempos”.²⁸⁸

Así también, invito, a retomar lo mejor de la médica oficial, pero que busquemos más allá de su terapéutica, sobre todo a cuestionar la eficacia de muchos de sus tratamientos, y en particular, que nos documentemos sobre los efectos posibles de las vacunas.

En cuanto a la gran utilidad e importancia que la medicina oficial ha hecho de la cirugía, la fisioterapia, como disciplinas auxiliares, lo son también para la homeopatía quien las utiliza en caso necesario, pues no pierde de vista el viejo aforismo de “*trátese lo desconocido con lo similar y lo conocido con el contrario*” planteado desde la escuela hipocrática.

Y que mejor invitación, es la de que se acerquen a la medicina homeopática *unicista* o más ortodoxa, como alternativa radicalmente diferente y complementaria del cuidado de la salud, la cual implica toda una filosofía de la vida, una puerta para conservar o recuperar la salud, no sólo individual, sino social, donde “no basta el aseguramiento del individuo que es fugaz, importa más el aseguramiento de la especie”²⁸⁹, lo cual orilla a buscar y dar el mejor tratamiento al individuo, con base en la ley: *similia similibus curantur*.²⁹⁰

²⁸⁷ Manuel S. Garrido, *Estar de Más en el Globo*, Edit. Grijalbo, México, 1999.

²⁸⁸ Jean Paul Sartre, *Critica de la Razón Dialéctica*, Ed. Losada, Barcelona, 1975, p. 19.

²⁸⁹ Dr. Higinio G. Pérez (1865-1929), *Filosofía de la medicina*, B. Jain publishers PVT, LTD, 1979., médico homeópata, promotor de la homeopatía en México, quien acuñó dicha frase.

²⁹⁰ La traducción al español es: los semejantes son curados por los semejantes.

De lo contrario cabría preguntarse: ¿por qué confiar la salud al capital, si ello es como dejar que el lobo cuide a las ovejas?

Gracias.

Ayapango-Nezahualcóyotl, Estado de México.

A 16 de junio de 2013.

Bibliografía

Aguirre Beltrán Gonzalo,

- *Antropología médica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, México, D. F.

Alonso Jorge R.,

- Tratado de fitomedicina. Bases clínicas y Farmacológicas, Ediciones Isis, Argentina, 1998.

Arizmendi Rosales Luis,

- “Modernidad y mundialización: en torno a la subsunción formal y real del mundo por el capital”, en la Revista Economía Siglo XXI, de la Escuela Superior de Economía, IPN, Número 1, otoño de 1998.
- “La crisis ambiental mundializada en el siglo XXI y sus disyuntivas”, en Revista Mundo Siglo XXI, Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del IPN, No. 3, 2006.
- “La especificidad histórica de la crisis mundial contemporánea”, en Revista Mundo Siglo XXI, Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del IPN, No. 17, 2009.
- “En torno a los tipos de subsunción del trabajo campesino por el capital como clave para descifrar su función histórica en el siglo XXI”.
- “Crisis epocal del capitalismo y desmercantificación en el Siglo XXI”, en *Horizontes de la vuelta de siglo*, Centro de Investigaciones Económico Administrativas y Sociales, IPN, México, 2011.
- “El siglo XXI en la historia de la mundialización”, en *Horizontes de la vuelta de siglo*, Centro de Investigaciones Económico Administrativas y Sociales, IPN, México, 2011.
- Entrevista exclusiva con Luis Arizmendi Rosales, Director de la Revista *Mundo Siglo XXI*, del Centro de Investigaciones Económico Administrativas y Sociales CIECAS del IPN, Cd. de México a 1 de Abril de 2013.

Bagú Sergio,

- *Economía de la sociedad colonial*. Ensayo de historia comparada de América Latina, Buenos Aires, 1949.

Bautista Castillo Isidro, González Sabalza Pedro,

- “La salud en las comunidades indígenas”, en el libro *Plantas medicinales de México*, Erick Estrada Lugo (coordinador), Universidad Autónoma de Chapingo, México, 1996.

Boltvinik Julio, Hernández Laos Enrique,

- *Pobreza y distribución del ingreso en México*, Siglo XXI, México, 1999.

Carrillo Trueba César,

- “La Conquista biológica de América”, *Revista Ciencias*, 23 de julio de 1991.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe,

- “Población y Salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos”, comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo, Santiago, 12-14 de mayo de 2010.
- “La economía del cambio climático en América Latina y el Caribe”. Síntesis 2010.
- “Pobreza, Desigualdad y percepciones sobre el mundo del trabajo en América Latina”, en *Panorama Social de América Latina* 2011.

Coulter Harris L.,

- *Vaccination, Social Violence, and Criminality*, Introduction: the Most Immunized Child in History, North Atlantic Books, Berkeley, California, The Center for Empirical Medicine, Washington, E .U. A., 1990.
- *Ciencia Homeopática y Medicina Moderna*, España 1995, Editions Elephas.

Cueto Marcos,

- *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Pallex Salud y Sociedad 2000, Serie Estudios Históricos.

Chaffot François.,

- *Vacunas: el derecho a elegir, Utilidad y efectos secundarios*. Ediciones Obelisco, España, 2011.

Delgado Gian Carlo,

- *La amenaza biológica. Mitos y falsas promesas de la biotecnología*, Editorial Plaza and Janes, México, 2002.

Diccionario de Medicina, Océano Mosby.

Echeverría Bolívar,

- “La subsunción formal y subsunción real del proceso de trabajo al proceso de valorización”, traducción del manuscrito de 1861-1863, escrito por Marx, *Revista Cuadernos Políticos*, No. 37.
- *La americanización de la modernidad*, (coeditor), Coedición, México, 2011.
- *Modernidad y blanquitud*, Ediciones Era, México, 2010.
- *Vuelta de siglo*, Ediciones Era, México, 2010.
- *La modernidad de lo barroco*, Ediciones Era, México, 2000.
- *Valor de uso y utopía*, Siglo XXI, México, 1998.

Estrada Lugo Erick,

- *Plantas medicinales de México*, Universidad Autónoma de Chapingo, México, 1996.
- *La yerba del sapo*, Universidad Autónoma de Chapingo, ediciones Edimich Interwriters, México, 2000.
- *Medicina Sagrada*, ediciones Edimich Interwriters, México, 2005.

François Flores Fernando Darío

- *Historia de la Homeopatía en México*, Biblioteca de Homeopatía de México A. C., México, D. F., 2007.

Foucault Michael,

- “Historia de la medicalización”, segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.
- *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI Editores Argentina, 2004.
- “¿Crisis de un modelo en la medicina?”, Primera conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Incluido en el libro de Erick Estrada Lugo “Plantas medicinales de México”.

Frederiksen H.

- “Feedbacks in economic an demographic transition”. Science 1969.

Frenk Julio,

- *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica, Tercera Edición, México, D. F., 2003.
- Frejka Tomás, Bobadilla José L., Stern Claudio, Lozano Rafael, Sepúlveda Jaime y Marco José. “La Transición Epidemiológica en América Latina”. Boletín de Sanidad Panamericana, 1991.
- Bobadilla José Luis, Lozano Rafael. “La Transición Epidemiológica en América Latina”.

Fuentenebro de Diego Filiberto, Vázquez Valverde Carmelo,

- *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, Ed. McGraw - Hill, D.L. 1990
- *Estrés y psicología de la salud*.

Galeano Eduardo,

- *Las venas abiertas de América Latina*, México, Ed. Siglo XXI, 5ª. Reimpresión, 2010.

Gómez Arias Rubén Darío,

- “La transición en epidemiología, y salud pública ¿explicación o condena?”, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública (Medellín), 2001, vol. 19, No. 02.

Hahnemann Samuel Cristiano Federico,

- *El organón de la medicina*, Ediciones IPN, México, 2001.
- *Las Enfermedades crónicas. Su naturaleza peculiar y su cura homeopática*, tomo I. B. Jain Publishers, 2004.
- *Escritos médicos menores*, B. Jain Publishers, Edición 1996.

Illich Ivan,

- *Obras Reunidas* tomo I, “Némesis médica”, F.C.E, México, D. F. 2006.

Iriart Celia, Waitzkin Howard, Breilh Jaime, Estrada Alfredo y Merthy Emerson Elías,

- “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, Revista Panamericana de Salud Pública, 2002.

Jaramillo Morales Leonardo,

- *Doctrina homeopática o la reforma de la medicina*, Edición personal del autor, México, 1954.

Kliksber Bernardo,

- *América Latina: una región en riesgo. Pobreza, Inequidad e Institucionalidad social*.

Kruif Paul de,

- *Los cazadores de microbios*, Ediciones Leyenda, S. A., México 2004.

Kumate Jesús,

- *Manual de Infectología*, Méndez. Editores México, 1998.

Lanctót Ghislaine,

- *La Mafia Médica*, Ediciones Vesica Piscis, España, 2002.

Landaverde Mauricio, Venczel Linda, Quadros Ciro A.,

- “Brote de poliomielitis en Haití y la República Dominicana debido a un virus derivado de la vacuna antipoliomielítica oral”, Revista Panamericana de Salud Pública.

Laurell Asa Crisitina,

- *Crisis y salud en América Latina*, Cuadernos Políticos, número 33, México D.F., ediciones Era, julio-septiembre, 1982.
- *La salud en la fábrica*, Era, México, 1989.

Le Breton David,

- *Antropología del cuerpo*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires. Traducción de Paula Mahler, 1995.

- León Hernández Saún, Lara Padilla Eleazar y Camaena Olmedo Javier,
 - *Historia y filosofía de la medicina*, Ediciones IPN, México, D. F., 2000.
- Lerner M,
 - Modernization and health: A Model of the health transition. Annual Meeting of the American Public Health Association. San Francisco, 1973.
- Mandressi Rafael,
 - *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en occidente*, Universidad Iberoamericana, Departamento de Historia, Primera Edición, México, 2012.
- Marini Ruy Mauro,
 - *Dialéctica de la dependencia*, Era, México, 1977.
- Marx Carlos,
 - *Manuscritos Económico Filosóficos*, apartado sobre Trabajo enajenado. Editorial Omega, 1987.
 - *El Capital*, T1, Vol. 1, 2, 3, Siglo XXI, editores, 1981.
 - *El capital*, Tomo 1. FCE. México,
 - *Capítulo VI Inédito*, Ed. Siglo XXI, México, 1985.
 - *Contribución a la crítica de la economía política*, México, Siglo XXI, 1980.
- Mendelsohn Robert S.,
 - *Cómo Criar un Hijo Sano... A pesar de su médico*. Publicaciones GEA, Buenos Aires Argentina.
- Mendiola Quezada Roberto,
 - *Bases científicas de la medicina homeopática*, Tomo 1, Instituto Politécnico Nacional, México, 1996.
- Menéndez Eduardo,
 - *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención en salud*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1983.
 - "Modelo médico hegemónico y atención primaria", Segundas jornadas de atención primaria de la salud, abril-mayo, 1988, Buenos Aires Argentina.
- Milton Silverman, Philip, R. Lee,
 - *Píldoras, ganancias y política*, Ed. Siglo XXI, México, 1983.
- Miotto María da Gloria,

- “Atención primaria ambiental para el siglo XXI”, adaptado de “La estrategia de atención primaria ambiental: un enfoque crítico-holístico”, Rev Panam Salud Pública/pan Am J Public Health 4(4), 1998.

Noble David Cook,

- *La conquista biológica*. Las enfermedades en el Nuevo Mundo. Traducción de María Asunción Gómez, México, Ed. Siglo XXI, 2005.

Omran Abdel R.,

- “The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change”, en The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4. 2005.

Organización Mundial de Salud,

- “Carta Magna de Salud”, Nueva York, 7 de abril de 1948.
- “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100)

Organización Panamericana de la Salud,

- Estadísticas de salud de las Américas, 1995, Publicación científica No. 556.

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,

- Información y Análisis de Salud: Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos.2007.
- Indicadores Básicos 2009
- Indicadores Básicos 2010
- Indicadores Básicos 2011

Recillas Félix Targa,

- “Epigenética la esencia del cambio” por Verónica Guerrero Mothelet. Revista ¿cómo ves?, año 12 No. 133 Revista de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Roberts H. A.,

- *Los principios y el arte de curar por la homeopatía*.

Sánchez Cohen Ignacio, Gabriel Díaz Padilla, María Tereza Cavazos Pérez, Guadalupe Rebeca Granados Ramírez y Eugenio Gómez Reyes,

- *Elementos para entender el cambio climático y sus impactos*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D. F., Primera edición 2011.

Sánchez Ortega Proceso,

- *Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann*, Biblioteca de Homeopatía de México, A. C. 1977.

- *Aplicación práctica de la clínica integral homeopática considerando lo miasmático*, Biblioteca de Homeopatía de México A.C. 1998.
- *Apuntes sobre clínica integral hahnemanniana*, Biblioteca de Homeopatía de México, A. C. 2003.
- *Introducción a la medicina homeopática, teoría y práctica*, Ediciones Biblioteca de Homeopatía de México, 1992.

Sánchez Vázquez Adolfo,

- *Las ideas estéticas de Marx*, Ed. Era, México, XV reimpresión.

Sahlins Marshall,

- *Stone Age Economics*, Aldene, Chicago, 1972.

Sotelo Valencia Adrián,

- *México: dependencia y modernización*, capítulo primero: América Latina, las vicisitudes de la crisis, Ediciones el Caballito, México, 1993.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division

- (2008) *World population Prospects: The 2008 Revision*.
- (2011) *World Population Prospects: The 2010 Revision*.

Vera Bolaños Martha, “Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica”, *Revista Papeles de población*, julio-septiembre, No. 25, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Universidad del Estado de México, 2000.

Veraza Urtusuástegui Jorge,

- “Carlos Marx y la técnica. Desde la perspectiva de la vida”. *Críticas de la Economía Política*, No. 22-23, en “Carlos Marx, Vida y Obra, Ed. El Caballito.
- Génesis y estructura del concepto de subordinación real del consumo bajo el capital” Seminario de El Capital, México, D. F., 1993, facultad de Economía, UNAM.
- La subsunción real del consumo bajo el capital en la posmodernidad y los manuscritos de 1844 de Karl Marx” Seminario de El Capital, México, D. F., 1993, facultad de Economía, UNAM.
- Proletarización de la humanidad y subsunción real del consumo bajo el capital, todos ellos editados por el Seminario de El Capital, México, D. F., 1993, facultad de Economía, UNAM.
- *El siglo de la hegemonía mundial de Estados Unidos*, Editorial Itaca, México 2004.
- (coordinador), *Los peligros de comer en el capitalismo*, Editorial Itaca, México, 1ª. Edición, 2007.

Wilson Walter,

- *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas*. México 2001: Manual Moderno.

