



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**



**LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS:
ENTRE LAS CONSECUENCIAS NO ESPERADAS Y LA REFLEXIÓN DE
LA MODERNIDAD**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA
CIELO YOLÁTL DOMÍNGUEZ APARICIO

DIRECTOR DE TESIS
DR. ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX

Febrero de 2022



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.

Escribir una obra de genio es casi siempre una proeza de prodigiosa dificultad. Todo contradice la posibilidad de que nazca completa en la mente del escritor. Generalmente las circunstancias materiales están en contra. Los perros ladran; la salud se quebranta. Además, acentuando todas esas dificultades y haciéndolas más insoportables, está la indiferencia notoria del mundo.

VIRGINIA WOOLF, *UN CUARTO PROPIO*

A mis abuelos. Josefina y Marcelino

ÍNDICE

Introducción	4
I. La organización de la sociedad moderna	7
1.1 La modernidad y sus características a partir de la reflexión sociológica	8
1.2 Primera Modernidad. La racionalización, la división del trabajo y la producción capitalista	10
1.3 Segunda etapa de la modernidad. Compleja, reflexiva y contingente	17
1.3.1 La sociedad moderna como sociedad funcionalmente diferenciada	21
1.3.2 Las consecuencias no esperadas de la modernidad	25
II. La construcción social del proceso de salud-enfermedad	29
2.1 Postulados generales del constructivismo operativo	32
2.2 La construcción de la salud/enfermedad desde el pensamiento metafísico	35
2.3 La construcción de la salud/enfermedad bajo el pensamiento científico-positivo	36
2.4 La construcción del proceso de salud/enfermedad en la modernidad reflexiva	41
2.4.1 La dimensión social del proceso de salud/enfermedad	44
III. El tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas en la modernidad	52
3.1 Aspectos generales de la transición demográfica y epidemiológica	54
3.2 La transición demográfica y epidemiológica en el escenario Latinoamericano	58
3.3 La protección de la salud en la modernidad: aportaciones desde el derecho	62
3.4 ¿Qué son las enfermedades crónico-degenerativas?	72
3.4.1 Las enfermedades crónico-degenerativas en México	79
3.4.2.1 Condiciones de vida y de trabajo en México	84
3.5 Actuales perspectivas y planes de acción para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas.	88
IV. La incidencia en las políticas públicas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas	90
V. Conclusiones y reflexiones finales	100
Apéndice	105

AGRADECIMIENTOS¹

Esta tesis fue realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN304119 Seguridad económica y pobreza en la población adulta mayor de México, a cargo de la Dra. Isalia Nava Bolaños.

La elaboración de este trabajo no hubiera sido posible sin la red de apoyo que me ha acompañado en estos años. Con la fortuna de tener en mi vida a: Elodia Aparicio Hernández y Luis Enrique Domínguez Pérez, les agradezco con todo mi corazón los insumos materiales y emocionales otorgados a mi trayectoria escolar y personal. Gracias por conducirme y estar siempre de forma incondicional en estos años de vida. Sus oídos siempre han estado para mí sin importar el tiempo y las circunstancias. Los quiero y admiro.

A mi asesor el Dr. Abraham Granados Martínez, gracias por el impulso y motivación brindada. Sin sus charlas la redacción de esta tesis hubiera tardado más. Muchas gracias por confiar en mi trabajo y por proporcionar herramientas que facilitarán su elaboración. Agradezco la paciencia y me disculpo por la demora. Asimismo, agradezco a la Dra. Isalia Nava Bolaños por los recursos y la oportunidad para acercarme a otras áreas de conocimiento.

De igual forma agradezco a los sinodales que leyeron este trabajo, a Claudia Bodek, Patricia Brogna, Raúl Soriano y Edgar Tafoya, cuyos comentarios permitieron pulir las ideas aquí planteadas. También agradezco a los talleres de titulación en donde tuve mi primer acercamiento a la práctica sociológica fuera de la facultad, además de compartir las primeras ideas de este trabajo. Agradezco a las compañeras y compañeros con los que trabajé en equipo en esa etapa, en especial a Tonathiu Hernández.

Gracias a Erick Alejandro Ferrer Sánchez por las charlas, las comidas compartidas, los libros, la música y por ser mi compañero del sistema de transporte colectivo metro. En su conjunto hicieron más amena mi trayectoria por la facultad. Gracias por leer y sugerir contenido para esta tesis. Gracias por ayudarme a construir mi biblioteca. Gracias por tu agradable compañía.

Por último, agradezco a Sandra Soria Cortés. Mi admiración por su capacidad y pasión al transmitir teoría sociológica. El capítulo I y II espera ser digno de las lecciones aprendidas. Fue hasta sus cursos en los que pude reflexionar sobre mi formación y asumirme como socióloga. Muchas gracias.

¹ Al rap que estimula mi vida y genera interrogantes. Luis Bady & Koopa Rock (2020). Fortuna [Canción]. En *Dume*. Koopa Rock [<https://youtu.be/HGL6efW3gpo>].

Introducción

Dentro del pensamiento sociológico clásico y contemporáneo la modernidad ha sido uno de los principales temas de reflexión, pues la consolidación de la sociología como ciencia social coincide en temporalidad con las transformaciones históricas que posteriormente fueron atribuidas a la modernidad. De acuerdo con Giddens (1999), la modernidad se refiere a un periodo histórico que surge en Europa a partir del siglo XVII y posteriormente comienza a expandirse de forma mundial. Pero, la modernidad como unidad de análisis va más allá de la descripción de los hechos históricos. Ésta se caracteriza por la discontinuidad entre tiempo y espacio, el acelerado cambio de acontecimientos científicos y tecnológicos y la configuración de sistemas funcionalmente diferenciados. Dentro de la forma de organización moderna las barreras comunicativas desaparecen, la comunicación va más allá de interacciones cara a cara (Giddens, 1999; Luhmann, 2007) y ahora la comunicación tiene alcances mundiales. Asimismo, la tecnología aparece como uno de los principales motores para el bienestar, el progreso y el orden.

Al interior de la disciplina sociológica se pueden distinguir dos etapas generales de la modernidad. La primera etapa está caracterizada por las descripciones realizadas por Durkheim, Marx y Weber. La racionalización, la división del trabajo y la organización económica capitalista forman parte de la reflexión de estos teóricos para comprender la consolidación de la modernidad. Por otro lado, autores contemporáneos como Bauman, Beck, Giddens y Luhmann (entre otros), reconstruyen la segunda etapa de la modernidad después del siglo XX centrándose en su aspecto reflexivo y contingente.

La racionalización, la división del trabajo y la producción capitalista fueron en su conjunto condiciones por las que se amplían las posibilidades y se expanden los riesgos en la sociedad actual. En el primer caso, la razón reorganiza el pensamiento, las actividades y las metas dentro de la sociedad bajo los fundamentos del pensamiento científico. Por su parte, la organización moderna favoreció el desarrollo del saber médico, mismo que permitió reducir condiciones problemáticas y ofreció una sensación de certidumbre. Los avances del saber médico se posicionaron como parte fundamental para el tratamiento de las enfermedades y la prevalencia de la salud. Razones por las

que aumenta la esperanza de vida y se reduce el número de muertes por distintas enfermedades infecciosas. Sin embargo, el desarrollo moderno dio cuenta del incremento de diagnósticos relacionados con la diabetes, el cáncer o las enfermedades cardíacas. Por tal razón, estas enfermedades se consideran parte constitutiva de la modernidad. Esto, no significa que antes del desarrollo de la modernidad dichas enfermedades no estuvieran presentes, pero, fue en esta etapa en donde las valoraciones médicas evidencian el incremento de estos padecimientos a causa de la fatiga laboral, la contaminación o la forma de alimentación y consumo (Beck, 2006).

El planteamiento anterior se fundamenta de la pregunta sobre ¿cómo se conceptualizan y tratan las enfermedades crónico-degenerativas en la modernidad reflexiva?, pues la modernidad como una forma de organización social produjo un discurso sobre las formas de tratamiento de las enfermedades. Lo anterior tuvo como objetivo analizar la relación entre la organización social moderna y el proceso de salud/enfermedad de las enfermedades crónico-degenerativas, y se partió del supuesto de considerar que: las condiciones sociales (materiales y simbólicas) de cada momento histórico definen la conceptualización y el tratamiento de las enfermedades.

Para responder lo anterior este trabajo se organizó por medio de cuatro capítulos, el capítulo I y II establecen las condiciones teóricas sobre las características de la modernidad y el carácter social del proceso de salud-enfermedad. En conjunto, estos aspectos construyeron un sistema de especialización médica y transformaron el tratamiento de las enfermedades dentro de la segunda etapa de la modernidad.

Es importante aclarar que, aunque en este trabajo se plantean de forma separada, ambos capítulos son complementarios. Separarlos tiene el objetivo de prestar mayor atención y resaltar puntos clave. Además, se agregó un apéndice en donde se retomarán aspectos que interrumpen el argumento principal, pero son necesarios para comprender los conceptos que se retoman de la teoría de sistemas de Luhmann, sobre la construcción de conocimiento dentro de la modernidad y el carácter reflexivo de la misma.

Dentro del capítulo III se desarrolló como las enfermedades crónico-degenerativas aparecen como un desafío a nivel mundial debido a su impacto y expansión. Se destacó que éstas comparten las características de las enfermedades complejas y que son enfermedades que se presentan por un periodo de tiempo en donde la estructura orgánica se degenera, muchas veces se relacionan con el régimen alimentario, o estilo de vida, además, son un serio problema de salud pública, ya sea por su costo directo a la sociedad o por su efecto directo en los años de vida ajustados en función de la discapacidad.

Además, se realizó una lectura crítica a las premisas teóricas de la transición demográfica y epidemiológica, pues estos postulados han caracterizado a las enfermedades crónico-degenerativas bajo el supuesto de ser enfermedades del desarrollo. Sin embargo, este tipo de padecimientos se han expandido a nivel mundial, sin importar las condiciones económicas y sociales (situación que se destaca en el desarrollo del trabajo). En esta parte, se resaltó por qué las enfermedades crónico-degenerativas se consideran consecuencias no esperadas de la modernidad. Asimismo, se realizó una lectura crítica de los postulados sobre los cuales el derecho elaboro una normativa sobre la protección de la salud. Todo esto con el objetivo de construir el escenario en donde se configura la dinámica del proceso de la salud/enfermedad en la actualidad.

El capítulo IV se realizó con base en el planteamiento de las políticas públicas de incidencia. Con la intención de hacer operativo el planteamiento anterior. Por lo tanto, en esta parte se buscó ubicar dentro del ciclo de la política pública la perspectiva sobre las consecuencias no esperadas de la modernidad a nivel conceptual. Este trabajo destaca como conclusión la importancia de la organización social en el tratamiento y diagnóstico del proceso de salud/enfermedad, así como en la importancia de la precisión conceptual para la efectiva ejecución de alternativas de tratamiento y bienestar social.

I. La organización de la sociedad moderna

Las noticias de la muerte de la modernidad, e incluso los rumores de su cisne, son una burda exageración: la profusión de los obituarios no los hace menos prematuros (...) Su decadencia no augura el fin de la modernidad ni proclama el final de la desdicha humana. Menos aún presagia el fin de la crítica como labor y vocación intelectual (...) La sociedad que ingresa al siglo XXI no es menos moderna que la que ingresó al siglo XX; a lo sumo, se puede decir que es moderna de manera diferente.

ZYGMUNT BAUMAN, MODERNIDAD LÍQUIDA

El concepto de modernidad cambia con el tiempo en la medida que surgen nuevos puntos de observación. Sin embargo, hasta inicios del siglo XX la modernidad descansaba en una descripción eurocéntrica dominante. Dicha descripción ha sido muchas veces criticada al limitarse en enumerar aspectos positivos del proceso de modernización de la sociedad. Paralelo a este enfoque, se plantearon alternativas de análisis como el de las modernidades múltiples, o la perspectiva poscolonial. Todo esto con la intención de nombrar las omisiones históricas de los relatos del pasado.

Las modernidades múltiples, las variaciones de la modernidad, o las modernidades enredadas, coinciden en la necesidad de repensar las características de la modernidad en la actualidad. En ellas la reflexividad se conjuga con elementos simbólicos, rituales e institucionales para poder hacer operativas las descripciones en relación con los marcos históricos concretos y singulares (Pérez-Agote José y Sánchez Celso, 2017: 3-5).

Sin duda es necesario reconocer las condiciones particulares de los escenarios que se aluden, no obstante, la modernidad como unidad de análisis va más allá de la descripción de los hechos históricos. Ésta, trasciende en tiempo y espacio, es “un modo de relación respecto a la actualidad; una elección voluntaria que hacen algunos; en fin,

una manera de pensar y de sentir, una manera de actuar y de conducirse que, simultáneamente, marca una pertenencia y se presenta como una tarea. Un poco, sin duda, como eso que los griegos llamaban un *ethos*² (Foucault, 2003: 81).

En relación con lo anterior Pérez-Agote José y Sánchez Celso (2017) plantean que la modernidad tiene un carácter tridimensional, por lo que ésta se expresa como: actitud, como época y como proyecto. Como actitud refleja una determinada manera de obrar, pensar y sentir. Como época refiere a una nueva conciencia del tiempo marcada por los fenómenos más visibles (dando pie a la caracterización retrospectiva de la modernidad), junto con las instituciones a que dan lugar. Y como proyecto, cuya intención era una utopía de emancipación y desarrollo.

La descripción presentada a continuación sobre qué es, y cuáles son las características de la modernidad se ubica dentro del entendimiento de que ésta, por medio de sus tres dimensiones ha ejercido una “coerción exterior sobre el individuo o, también, que es general en todo ámbito de una sociedad dada y que, al mismo tiempo, tiene una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales” (Durkheim, 2007: 94) en términos de Durkheim un *hecho social*.

1.1 La modernidad y sus características a partir de la reflexión sociológica

Dentro de la disciplina sociológica no existe un consenso sobre el objeto de estudio, puesto que hay una amplia variedad de postulados teóricos que orientan de forma particular la observación e investigación. La reflexión de esta disciplina reconoce la complejidad de la organización social. Por lo tanto, se es consciente de las características y necesidades diferenciadas de los temas a tratar. Además, del constante cambio de los hechos sociales. Por ello, existe una diversidad en el planteamiento y enfoques utilizados.

² “El *ethos* o actitud moderna dimanado del *ethos* de la Ilustración consiste en la crítica permanente de nuestro ser histórico, es decir, en establecer “los límites actuales de lo necesario”, aquello que ya no es indispensable para constituirnos como sujetos autónomos. La autonomía, la libertad, se adquiere desde la frontera, sabiendo qué es necesario y lo que es contingente para crearnos como sujetos autónomos” (Pérez-Agote José y Sánchez Celso, 2017: 18).

La sociología tiene una mirada constante de reflexión externa e interna y reconoce que sólo es una visión más dentro de la ciencia. No obstante autores como Alexander (2000), han logrado capturar las premisas generales y el interés primordial que distingue y otorga identidad a la disciplina sociológica. Para este autor la sociología surge como resultado de la reflexión individual, cuando el individuo logra su independencia y aumenta su capacidad para pensar en la sociedad de forma libre. En consecuencia, la sociedad se concibe como objeto de estudio.

Sin embargo, no es la sociedad el objeto de estudio de la sociología, sino las reglas, pautas, o valores que estructuran la sociedad aún en circunstancias catalogadas como caóticas. “Los[as] sociólogos[as] son sociólogos[as] porque creen que la sociedad respeta patrones, estructuras independientes de los individuos que la componen” (Alexander, 2000: 19).

A su vez Alexander (2000), agrega que las teorías sociológicas no son sólo intentos de explicar el mundo sino esfuerzos para evaluarlo, para comprender más amplias cuestiones de sentido. Por su parte Giddens (1999), afirma que la sociología es la disciplina más comprometida con el estudio de la vida social moderna. Debido a que las condiciones de la modernidad y el desarrollo del conocimiento sociológico se conectan en términos de doble hermenéutica. Es decir, “*el conocimiento sociológico da vueltas en espiral dentro y fuera del universo de la vida social reconstruyéndose tanto a sí mismo como a ese universo como parte integral de ese mismo proceso*” [el resaltado es del autor] (Giddens, 1999:27).

La consolidación de la sociología como ciencia social coincide en temporalidad con las transformaciones históricas que posteriormente fueron atribuidas a la modernidad. Por lo que, las descripciones de esta disciplina tanto del pensamiento clásico y contemporáneo brindan un análisis de la dinámica social moderna. De esta forma al interior de la disciplina se pueden distinguir dos etapas generales de la modernidad. La primera etapa está caracterizada por las descripciones realizadas por Durkheim, Marx y Weber. La racionalización, la división del trabajo y la organización económica capitalista forman parte de la reflexión de estos teóricos para comprender la

consolidación de la modernidad. Por otro lado, autores contemporáneos como Bauman, Beck, Giddens y Luhmann (entre otros), reconstruyen la segunda etapa de la modernidad después del siglo XX centrándose en su aspecto reflexivo y contingente.

1.2 Primera Modernidad. La racionalización, la división del trabajo y la producción capitalista

“Para entender el tiempo moderno como modernidad hay que conferir un sentido enfático a la novedad, de manera que el tiempo propio se determine en oposición al pasado y, sobre todo, respecto al futuro” (Pérez-Agote José, 2017: 23). En otras palabras, la modernidad concibe un nuevo parámetro de distinción entre lo nuevo y lo antiguo. Lo nuevo es sinónimo de creación e innovación. Es resultado del trabajo reflexivo de las personas de su propia capacidad de raciocinio.

En ese sentido, las creaciones por medio de los procesos de razonamiento son -significativos- avance, cambio o movimiento. “Esta condición propicia el ejercicio de la libertad y la voluntad [...] *la razón* permite establecer la reflexividad sobre sí mismos y sobre la naturaleza [...]. No es casualidad que la modernidad sea el momento donde el desarrollo material y tecnológico encuentra su máxima expresión” (Gaytán, 2013: 1)

Habermas³ concibe que a finales del siglo V la palabra moderno se empleaba para expresar la conciencia de una época que se ponía en relación al pasado para verse a sí misma como resultado de una transición de lo viejo o lo nuevo. En esta época se pretendía distinguir el presente, que se había convertido oficialmente en cristiana, del pasado romano y pagano” (Habermas citado en Avilés Fernando 1998: 45). Por su parte, Koselleck (1993), en su estudio sobre la semántica de los tiempos históricos concibe que el concepto exacto de modernidad se impuso en el último cuarto del siglo XIX, aunque ya habían transcurrido cuatro siglos de dicho periodo.

³ En su obra *El discurso filosófico de la modernidad* (1989) el autor plantea que desde la última escolástica hasta Kant es una expresión de la autocomprensión de la modernidad, además de sostener que “Hegel es el primero que eleva a problema filosófico el proceso de desgajamiento de la modernidad respecto a las sugerencias normativas del pasado que quedan extramuros de ella” (Habermas, 1989: 28).

Por lo anterior, desde el siglo V hasta finales del siglo XVII el término moderno aparece y desaparece. Luego de la Revolución Francesa comienza a abrirse cada vez más la brecha entre lo anteriormente conocido y la aceleración de los tiempos. Es ahí en donde emerge el carácter procesual de la historia moderna. Se experimentan transformaciones de carácter institucional y personal a partir de los nuevos fenómenos sociales.

La racionalización, la división del trabajo y la producción capitalista fueron en su conjunto acontecimientos que develan las condiciones por las que se amplían las posibilidades y se expanden los riesgos en la sociedad actual. En el primer caso, la razón reorganiza el pensamiento, las actividades y las metas dentro de la sociedad bajo los fundamentos del pensamiento científico.

En la teoría sociológica clásica Max Weber es el teórico que por antonomasia desarrolla el papel que juega la *razón* dentro de la configuración de la sociedad moderna occidental. Lo que hace diferente a Occidente de otras partes del mundo, es también lo que lo ha vuelto hegemónico (independientemente de nuestra postura y cuestionamiento). Para Ritzer (2005), la obra de Weber constituye una teoría del proceso de racionalización. De forma general su análisis se centró en observar cómo las instituciones modernas progresaban de forma racional.

Solo en Occidente hay "ciencia" en aquella fase de su desarrollo que actualmente reconocemos como "válida". No dudarlo, también en otras partes (India, China, Babilonia, Egipto) ha habido conocimientos empíricos, meditaciones sobre los problemas del mundo y de la vida, filosofía de matices racionalistas y hasta teólogos [...], conocimientos y observaciones tan profundos como agudos [...]. Ninguna civilización no occidental ha conocido la química racional [...]. Lo mismo ocurre con el arte. Parece ser que el oído musical estuvo mucho más finamente desarrollado en otros pueblos que actualmente entre nosotros o, en todo caso, no era menos fino que el nuestro. Todos los pueblos conocían la polifonía, la instrumentación, los distintos compases, y, como nosotros, conocían y combinaban los intervalos tónicos

racionales; pero sólo en Occidente ha existido la música armónica racional (Weber, 2011: 55-56).

El carácter racional en Occidente es fundamental para comprender e interpretar la estructura social y los ámbitos de la vida cotidiana. El rasgo racionalista⁴ se impregnó en todos los ámbitos organizacionales. Cabe recalcar la configuración del Estado “con un derecho racionalmente estatuido y una administración de funcionarios especializados guiada por reglas racionales positivas” (Weber, 2011: 57). Así como la esencia de nuestra vida moderna: el capitalismo. “El afán de lucro”, “tendencia a enriquecerse”, sobre todo a enriquecerse monetariamente en el mayor grado posible” (Weber, 2011: 57).

Max Weber observa que el rasgo racionalista orienta la organización de la sociedad y que las personas en su vida cotidiana tienen una afinidad interna con la piedad, el comercio y la libertad, los cuales coinciden con los religiosos del protestantismo. Por medio de su análisis y teniendo como personaje ejemplificador a Benjamín Franklin, el autor reconoce que los atributos morales calvinistas a partir del culto virtuoso por el trabajo y el sacrificio personal comparten afinidad con la organización racional capitalista del trabajo formalmente libre.

Para Weber el desarrollo de la ciencia moderna experimental y el proceso de racionalización, que corren de manera paralela, tuvo dos consecuencias importantes: por un lado, la secularización creciente que tuvo como resultado la proliferación automatización y universalización de diferentes "esferas de validez"; por otro el continuo desarrollo de esas sociedades, lo que significó

⁴ De acuerdo con Ritzer (2005) En la obra de Weber el término racionalidad varia, pero bien se pueden localizar cuatro tipos de racionalidad; 1) racionalidad práctica; 2) racionalidad teórica; 3) racionalidad sustantiva y; 4) racionalidad formal o instrumental. Esta última caracteriza a las sociedades modernas. En un sistema racional formal se enfatiza “la calculabilidad, esto es, aquellas cosas que es posible contar o cuantificar, la eficiencia, es decir el empleo del mejor medio para alcanzar un fin determinado, la predictibilidad, es decir, aquello que opera del mismo modo en tiempo y lugares distintos, la implementación progresiva de tecnología, el progresivo control sobre las incertidumbres, especialmente las planteadas por los seres humanos que trabajan en ellas o que se sirven de ellas”(Ritzer citado en Aguilar, 1998:23).

su constante diferenciación como resultado de la formación e institucionalización de distintos sistemas especializados (Avilés, 1998: 23-24).

Weber observa una relación íntima con la racionalización social y el desarrollo de la sociedad europea. Considera que el Estado moderno burocrático genera como consecuencia un proceso de secularización, proliferación y automatización individual, que ocasiona así una pérdida de sentido. Este proceso de racionalización establece un ideal de vida. “La idea de que el trabajo es un medio al servicio de una racionalización del abasto de bienes materiales a la humanidad ha estado siempre presente en la mente de los representantes del 'espíritu del capitalista' como uno de los fines que han marcado directrices a su vida” (Weber, 2011: 113).

Por medio de estas condiciones este autor concluye que la creciente racionalización occidental elimina el sentido religioso. Lo religioso es reemplazado por los valores de la técnica y la ciencia ocasionado así un 'desencantamiento del mundo', “donde ya no hay valores últimos que den un sentido teleológico o de orientación normativa al proceso de secularización” (Weber, 2011: 288).

Para Durkheim todo lo moral es social, los cambios experimentados en su época, no son más que una transformación en la solidaridad social. Durkheim “observa que la religión, la moral y el derecho tienen una función reguladora de la sociedad” (Vera, Galindo, y Gutiérrez, 2007:19), pues constituye una parte central de la conciencia colectiva de las sociedades tradicionales.

Durkheim plantea que en un inicio todo es religioso; luego el orden social se va diferenciando y la religión tiende a ir perdiendo su preeminencia. A medida que se incrementa el orden laico, el peso de la religión decrece. El nuevo culto es el individuo, aunque, como se sabe, aquí es visto como un ideario incompleto o al menos problemático, el nuevo culto individualista no parece crear lazos sociales (Vera, Galindo, y Gutiérrez, 2007:21).

De esta manera la moral es un conjunto de hechos adquiridos que contribuye a la integración de la sociedad. Durkheim (2007) observa que el tránsito de una sociedad

tradicional a una moderna es un proceso de interdependencia social en donde el individuo cada vez se hace más autónomo, pero a su vez más dependiente de la sociedad.

Este proceso de interdependencia se debe a que la división del trabajo se vuelve fundamental dentro del orden social. En semejanza con Weber, Durkheim destaca el proceso de especialización e instrucción personal que da como resultado la profesionalización. Ésta, se convierte en atributo socialmente reconocido. En ese sentido, la inteligencia guiada por la ciencia toma una mayor importancia en el curso de la vida colectiva y la división del trabajo es una de sus expresiones.

Han pasado los tiempos en el que parecerían ser el hombre perfecto aquel que, interesándose en todo sin comprometerse exclusivamente en nada, y siendo capaz de gustarlo y comprenderlo todo, encontraba el medio de reunir y de condensar en él lo que había de más exquisito en la civilización. Hoy en día esta cultura general, antes tan alabada, no produce otro efecto que el de una disciplina floja y relajada. Para luchar contra la naturaleza tenemos necesidad de facultades más vigorosas y de energías más productivas [entonces la perfección se encuentra en producir una tarea determinada y consagrarse a ella] (Durkheim, 2007: 51-52).

Pero a diferencia de Weber, él plantea que la especialización ayuda al progreso, puesto que aumenta y mejora la producción gracias a la colaboración mutua. En ese sentido, se menciona que existe una división del trabajo porque existen necesidades y sentimientos colectivos, así como el reconocimiento de una necesaria dependencia con los otros.

Por medio de esta división Durkheim (2007), observa la transformación del orden social a partir de los lazos solidarios. Este autor identifica dos tipos de solidaridades. La primera es la solidaridad mecánica de una estructura simple característica de las sociedades tradicionales. La segunda es la solidaridad orgánica producida en una estructura compleja característica de la sociedad moderna.

La solidaridad mecánica no significa que sea producida por medios mecánicos o artificiales, sino por analogía con la cohesión que une entre sí a los elementos de los cuerpos brutos. “En las sociedades donde esta solidaridad está más desenvuelta, el individuo no se pertenece (...) Implica semejanza de los individuos (...) la personalidad individual se observa en la personalidad colectiva” (Durkheim, 2007: 141). La solidaridad mecánica caracterizaba a las sociedades primitivas, en donde existen semejanzas en los individuos. Se constituía a partir de un sistema de segmentos homogéneos y semejantes entre sí.

En la solidaridad orgánica se requiere que cada uno tenga una esfera de acción propia, por consiguiente, una personalidad. Por una parte, uno depende más estrechamente de la sociedad cuanto más dividido está el trabajo y, por otra parte, la actividad de cada uno es tanto más personal cuanto está más especializada. Durkheim (2007) destaca el derecho restitutivo⁵, la propiedad privada⁶ y el crecimiento de la producción industrial como características de este tipo de sociedad. En ésta, la religión abarca una porción cada vez más pequeña de la vida social. Después poco a poco las funciones políticas, económicas y científicas se independizan de la función religiosa.

En este tipo de solidaridad la división del trabajo “llena cada vez más la función que antes desempeñaba la conciencia común; ello es principalmente la que sostiene unidos los agregados sociales de los tiempos superiores” (Durkheim, 2007: 187). Ésta se constituye no por una “repetición de segmentos similares y homogéneos sino como

⁵ “Los pueblos primitivos castigan por castigar, hacen sufrir al culpable únicamente por hacer sufrir y sin esperar para ellos mismos ventaja alguna del sufrimiento que imponen [...]. La sociedad ya no castiga por vengarse sino por defenderse” (Durkheim, 2007: 95-96). “La naturaleza misma de la sanción retributiva basta para mostrar que la solidaridad social a que corresponde ese derecho de especie muy diferente” (Durkheim, 2007: 121). “La sociedad aprende a mirar a los que la componen, no como cosas sobre las cuales tienen derechos, sino cooperadores de lo que no puede prescindir y frente a los cuales tiene deberes” (Durkheim, 2007: 243).

⁶ La propiedad privada es uno de los pasos hacia el proceso de individualización. La masa de la población ya no se divide con arreglo a las relaciones de consanguinidad, los individuos ya no se agrupan según sus relaciones de descendencia, sino con arreglo a la naturaleza particular de la actividad social a la cual se consagran. Los segmentos ya no son arreglos familiares, sino circunscripciones territoriales. Su medio natural y necesario no es ya el medio natal, sino el medio profesional (Durkheim, 2007: 196-200).

un sistema de órganos diferentes, cada uno con su función y formados, ellos mismos, de partes diferenciadas” (Durkheim, 2007: 196).

Las observaciones realizadas por Durkheim comúnmente se encasillan como si este autor fuera ingenuo y únicamente viera el carácter positivo de la modernidad. Pero también reconoce la posibilidad de *anomia* como consecuencia no esperada de la división del trabajo y la propia dinámica de la sociedad.

Por su parte Marx (1989) plantea que la producción de la vida material es un acto histórico. Las características particulares de las fuerzas productivas y las relaciones de producción se transforman de acuerdo a las necesidades y relaciones de la sociedad. De esta forma “el modo de producción de la vida material determina el carácter general de los procesos de la vida social, política y espiritual” (Marx, 1989: 67) y así “la totalidad de las relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad. La base social sobre la cual se alza un edificio jurídico y político, y a la cual corresponden determinadas formas de conciencia social” (Marx, 1989: 66).

Dentro del planteamiento de Marx (1989) los diferentes grados de desarrollo de la división del trabajo se encuentran en íntima relación con las formas sociales de propiedad. Cuando estas entran en conflicto con las relaciones de producción existentes, éstas últimas comienzan a debilitarse para dar paso a un nuevo modelo de producción y por tanto a un nuevo orden social y económico.

La rápida especialización del trabajo, la separación del productor artesanal de sus medios de producción, y el constante excedente de producción-producto del avance tecnológico; aceleran la expansión y consolidación de la propiedad privada. Gracias a ello, el sistema capitalista se convierte en esencia en la expresión de la lucha constante entre dos clases cada vez más polarizadas: por un lado, el trabajador proletario, quien se encuentra en libertad para vender su fuerza de trabajo a quién más le plazca, o más exactamente, a la falta de sus propios medios de producción, el trabajador se ve obligado a vender su fuerza de trabajo (trabajo libre asalariado); por otro, el capitalista poseedor de los medios de producción (Avilés, 1998:33).

En la sociedad moderna se establece la producción capitalista. La industria es el núcleo organizativo de las relaciones de producción y el mercado se convierte en el lugar de distribución donde se encuentran las oportunidades de ascenso y movilidad al interior de la sociedad. Además, el mercado es el centro distribuidor de bienes por excelencia.

La producción industrial posibilita el incremento general de la producción, permite la innovación técnica y un nivel más racionalizado para ejecutarla. Tras este proceso, los medios de producción se distribuyen como mercancías y se establece una separación del productor con los medios de producción. Como resultado existe una acumulación del capital. Sin embargo, esta acumulación de capital se genera de forma desigual, donde solo obtiene beneficios la clase social dominante.

1.3 Segunda etapa de la modernidad. Compleja, reflexiva y contingente

A diferencia de la época pre-moderna en donde la cosmovisión religiosa ofrecía interpretaciones morales para la organización colectiva e individualista en la modernidad, la ciencia positivista se desprende de todo conocimiento místico y deposita su confianza en la capacidad de raciocinio de las personas bajo la observación y la experimentación. A su vez, el ser humano deja de percibirse como un continuum de la naturaleza (Giddens, 1999). El pensamiento científico logra una alianza con la tecnología y con ello la organización de la sociedad bajo la producción industrial. De esta manera, el industrialismo se convirtió en el eje principal de las formas de producción e interacción. En consecuencia, la naturaleza es sometida a partir de la transformación técnico-industrial y pasa a ser un fenómeno dado a ser un fenómeno producido y comercializado mundialmente.

Beck (2006) menciona que para finales del siglo XX la naturaleza no está dada ni asignada, es un producto histórico en el equipamiento interior del mundo civilizatorio destruido o amenazado que integra la producción industrial. Por su parte Giddens (1999) plantea que en todas las partes del mundo las personas viven en un escenario creado, escenario que ha dejado de ser natural. Por ello, en la sociedad industrial la naturaleza no desaparece sino se transforma dentro de la dinámica social y adquiere utilidad económica.

El desarrollo técnico-industrial ofreció la posibilidad de ampliar las tareas y diversificar las disciplinas científicas que en su conjunto generaron actividades productivas a bajo costo (Berian, 1996). La industrialización tuvo como principal fuente de energía la electricidad y gracias a esta se coordinaron las actividades productivas de la sociedad por medio de máquinas y transformación de materia prima. Asimismo, dentro de una visión política democrática se crearon facilidades de empleo (Beck, 2006). Por consiguiente, dichos elementos conducían a la reconstrucción de la sociedad y se esperaba que el crecimiento económico terminará con la miseria material.

En ese sentido la producción industrial era sinónimo de progreso y bienestar social. La división del trabajo y la profesionalización fueron la columna vertebral para el reconocimiento dentro de la sociedad. Todo esto acompañado del orden estamental y la estructura familiar tradicional (Beck, 2006). Sin embargo, el desarrollo técnico-industrial no resultó tan armonioso. La disposición de máquinas y herramientas se adueñó de una gran parte del trabajo de las industrias, seguido de la incorporación de computadoras que permitieron realizar y reducir el tiempo para tareas administrativas. Además, a pesar del aumento de las posibilidades de consumo individual el proceso de industrialización trajo consigo la desigualdad, la exclusión y la marginación social. A su vez, se originó una división en el mercado de trabajo correspondiente al subempleo flexible y plural, expuesto nuevamente a la inseguridad e incertidumbre. Sin olvidar el deterioro ambiental a causa de los acontecimientos ya mencionados.

Con esto se hace hincapié en que la sociedad industrial tuvo la capacidad de crear nuevas relaciones. Todo cambia, la familia, la profesión, las empresas, el trabajo asalariado y la ciencia. Surgen situaciones de existencia individualizada que obliga a las personas a hacer de sí mismas el centro de sus propios planes de vida y de su propio estilo de vida (Beck, 2006). Ahora bien, el proceso de modernización también desmoronó el sistema estamental tradicional propio de la sociedad industrial (Giddens, 1999). Los efectos de la transformación tecnológica en la comunicación destruyeron el sistema de trabajo remunerado con un cruel reparto de desempleo masivo e introdujeron otras formas de comunicación e interacción.

A su vez la generación de conocimiento se vuelve parte constitutiva de las instituciones de la modernidad y la reflexión que se produce influye de forma significativa en la organización social. Para Giddens (1999), la información que generan los sistemas expertos⁷ en conjunto con sus logros otorgaba confianza y fiabilidad al desarrollo de la modernidad. En la sociedad moderna no se necesita conocer todos los pasos, procedimientos o estar especializado en algún tema. Basta con conocer o fiarse de los logros, la capacitación y el conocimiento de los sistemas expertos o instituciones que brindan sus servicios. Como resultado de la especialización y profesionalización la sociedad comienza a estructurarse por medio de sistemas funcionalmente diferenciados.

Niklas Luhmann es uno de los más grandes exponentes dentro de la sociología contemporánea. Su comprensión y descripción de la sociedad moderna forma parte constitutiva del planteamiento de sus postulados teóricos (en ese sentido, este enfoque es un planteamiento moderno sobre la modernidad). Este autor desarrolló una teoría en donde “la preocupación ya no está en saber qué es lo que hay ahí afuera, sino más bien en averiguar con qué criterios de distinción se trata de explicar lo que está ahí afuera, sea lo que fuere” (Dallera, 2012: 19). Dado que la sociedad moderna rompe con la concepción clásica de orden e integración social los esquemas de explicación se renuevan con la finalidad de captar el nuevo orden moderno.

En ese sentido, para comprender la organización de la modernidad es necesario considerar que, “vivimos instalados en la diferencia, no en la unidad” (Luhmann, 1998: 25). Para Luhmann, la base conceptual constructivista permite comprender cómo en esta organización se abandona el postulado de una realidad independiente que puede conocerse por medio de un análisis externo que capta los datos tal y como son. Por el contrario, se concibe la realidad como dinámica y sin conocimientos absolutos. En ese sentido, cuando en la modernidad resulta imposible aprehender la sociedad de forma

⁷ De acuerdo con Giddens (1999) los sistemas expertos son sistemas de logros técnicos, con experiencia profesional que organiza áreas materiales y sociales; en ellos se pone la confianza pues ofrece garantías al comprenderse con el conocimiento experto.

unificada y de manera externa, el constructivismo⁸ ofrece la posibilidad de una descripción a partir de observaciones parciales (Corsi et al., 1996).

De esta manera los componentes de la organización moderna impiden la facultad de poder observar todo. Para poder comprender las cualidades de los elementos, hechos o procesos de la complejidad, es necesario observarlos de forma detallada a partir de la selección y discriminación de los mismos. Dadas estas condiciones la teoría de sistemas de Luhmann considera que en la modernidad no se puede observar todo y es por ello que la realidad se captura por medio de distinciones parciales.

Con base en el planteamiento de este autor la modernidad se construye bajo la disociación del orden jerárquico, aquí la reflexión del conocimiento se realiza por la articulación de sistemas diferenciados por funciones. Estos sistemas cuentan con un código binario que configura su identidad por medio de operaciones específicas (por ejemplo, el código del sistema de la ciencia es verdad/no verdad). De esta manera la organización e información de la sociedad moderna se produce por medio de la operación de los sistemas tales como: el sistema político, el sistema económico, el sistema de la ciencia, el sistema de la educación, el sistema jurídico, el sistema de la medicina o el sistema del arte, entre otros.

Es por ello que la sociedad diferenciada por funciones se define como una sociedad poli-contextual y de carácter mundial que engloba todas las comunicaciones (Luhmann, 1988). En otras palabras, esta organización social sobrepasa la comunicación cara a cara y no existe un sistema es más importante que otro. Todas las funciones de los sistemas son igualmente relevantes. La organización social gira alrededor de la producción generada de cada uno de estos sistemas. Se vuelve imposible la auto-descripción de la sociedad a partir de un punto de vista único (Corsi et al., 1996) ya que, cada sistema ofrece visiones diferentes de la realidad. Por ende, la diferenciación por funciones incrementa y diferencia el horizonte de las posibilidades y condiciones dentro

⁸ Sobre el planteamiento constructivista y la diferenciación de la sociedad regresaremos al inicio del capítulo II.

de la misma. En el siguiente apartado, se describe qué se entiende por sociedad diferenciada por funciones.

1.3.1 La sociedad moderna como sociedad funcionalmente diferenciada

Antes de la forma de organización social moderna Luhmann (1998), plantea que a lo largo de la historia de la sociedad es posible reconocer cuatro grandes formas de organización social. La diferenciación segmentaria; la diferenciación centro/periferia; la diferenciación estratificada y; la diferenciación funcional (Luhmann, 1998; 2007). A continuación, se describe brevemente cada una de ellas.

a) Diferenciación por segmentos

La primera forma de diferenciación apareció en la sociedad arcaica, en esta sociedad se crean sistemas parciales y segmentarios como las tribus, los clanes o las familias. Estos sistemas se formaron bajo el principio de igualdad y se orienta por medio de la familia y la descendencia, “iguales eran los del mismo origen étnico y los que residían dentro de un mismo espacio comunitario” (Dallera, 2012: 62), por lo tanto, “el mundo observado se impregna de la diferencia entre lo que es la familia y lo que no lo es, con fundamento en la constante exigencia de reconducir todo a la familiaridad” (Corsi et al., 1996: 78).

Esta familiaridad permitió la comunicación por medio de relaciones cara a cara, además, el conocimiento, costumbres y tradiciones de la sociedad se transmitían únicamente de forma oral. Por otra parte, la observación entre los sistemas (tribus o clanes) facilitó realizar intercambios y, en consecuencia, algunas familias se vuelven más ricas que otras (Corsi et al., 1996: 79). La creación de vínculos dentro de la sociedad adopta los principios de parentela y control del territorio.

b) Diferenciación centro/periferia

La diferenciación centro/periferia surge por los procesos de desigualdad social entre los principios de parentesco y territorialidad. En esta forma de organización, se estimula la endogamia, la gestación de tribus y las familias nobles. Los estratos

representaban a la sociedad a partir de un emperador o la burocracia del imperio, los miembros eran iguales entre sí, pero desiguales con los de la periferia (Corsi et al., 1996; Dallera, 2012). Dentro de esta forma de organización, el acceso a oportunidades se encontró determinado por el lugar de residencia entre la ciudad y el campo. El problema de esta forma de organización consistió en los escasos contactos entre el centro y la periferia y ocasiono que el ejercicio del poder permanezca limitado (Luhmann, 1998).

c) Diferenciación por estratificación

Esta forma de diferenciación organiza a la sociedad por sistemas. La distribución desigual de recursos y oportunidades de comunicación reprodujo los principios de la diferenciación jerárquica, así como la organización estratificada por rangos (nobleza y pueblo) (Corsi et al., 1996). A causa de esta organización, el estrato superior organizó y orientó las relaciones dentro de la sociedad. Aquí se establece “una distribución desigual del poder y de la riqueza” (Dallera, 2012: 62). Además, presentó un acceso restringido a los recursos disponibles y pocas familias podían consentir de bienes. Por lo tanto, el estrato inferior enfrenta los problemas cotidianos de subsistencia.

d) La diferenciación funcional

En la forma de organización estratificada, el estrato superior tenía la posibilidad de describir a la sociedad, así como las actividades realizadas en la misma. La diferenciación estratificada concentró los recursos en el estrato más alto del sistema y eso no sólo en un sentido económico sino también en los medios de poder y de la verdad (Luhmann, 2007). Esta forma de organización se constituyó por diversas bases de prestigio tales como la nobleza, el dominio burocrático-político y la riqueza comercial, pero la complejidad de la sociedad alcanzó niveles insostenibles para la estratificación. Por lo tanto, aparece una nueva forma de organización social.

La diferenciación funcional configura la organización de la sociedad moderna. Ésta se organiza a partir de sistemas parciales⁹ los cuales no están determinados por

⁹ Ver concepto de sistema/entorno [apéndice].

lazos consanguíneos o asociación económica. Ahora la integración social quedó mediada por las organizaciones. “La exigencia de racionalidad ahora requiere el nombre de ilustración. Ella trata de vincular al individuo mediante su propio entendimiento y ya no por las exigencias de su estamento y todavía no por lo que promete éxito en los sistemas funcionales” (Luhmann, 2007: 587).

De acuerdo con Luhmann (2007) cuando la sociedad pasa de la estratificación a la diferenciación funcional debe renunciar a los correlatos demográficos de su patrón interno. Ya no puede distribuir a los seres humanos en sus sistemas parciales. Es decir, las personas no se agrupan por actividades productivas. De igual forma, las profesiones no son exclusivas de un territorio o familia determinados. Desde el último tercio del siglo XVIII se realiza la separación de los sistemas funcionales, respecto a las premisas de estratos y la neutralización de sus influencias; esto se manifiesta con los mandatos jurídicos en donde se amplía el derecho. Por ejemplo, en el cambio del sistema educativo hacia las escuelas públicas para toda la población.

A diferencia de la organización jerárquica y por estratos creadas a partir de diversas bases de prestigio 'estatus social' tales como la nobleza, el dominio burocrático-político y la riqueza comercial. En la forma de organización funcionalmente diferenciada se aspira a la formación de sistemas, organizaciones e interacciones sociales a partir de relaciones horizontales. Por ejemplo, el poder político logra un impulso visible de diferenciación que lo vuelve independiente de la estratificación. Anteriormente, el derecho servía para conservar el primado de la diferenciación estratificada. En el siglo XV la política de los Estados territoriales, adquieren una notable independencia de las cuestiones religiosas transformándose en Estado soberano.

Paralelo a ello la economía aprende a regenerarse a sí misma, es decir, mediante precios y el comercio traspasa las fronteras donde quiera que éstas se coloquen. De esta manera, la economía monetaria desarrolla su propia dinámica fuera de los controles políticos. Ésta, se vuelve cada vez más independiente de las fuentes de riqueza comprendidas por la estratificación. En consecuencia, la diferenciación local o regional de los mercados se transforma e incluso se sustituye por una diferenciación específica a

mercancías. Con el uso del dinero se ponen a la venta muchas más cosas y el dinero se convierte en el médium absoluto (Luhmann, 2007).

Por su parte, la impresión de libros acelera el desarrollo de una tecnología adicional, la tecnología de saber leer.

Quien sabe leer la biblia puede también leer panfletos de la polémica religiosa, diarios, novelas. La ciencia forma un nuevo concepto de evidencia que ya no depende ni del lenguaje ni del trivium de las escuelas ni de la antigua retórica, y con eso se desembaraza de proveer de educación dependiente de los estratos. Con la masificación de libros, la ciencia logra también distanciarse de la religión, por ejemplo, con un concepto enfático de naturaleza, con conflictos particulares (Copérnico, Galileo) y reclamando la libertad del escepticismo y de la curiosidad innovadora (Luhmann, 2007: 565).

La difusión de las ideas a partir de la escritura permitió ampliar los horizontes de la comunicación dentro de la sociedad. En la actualidad todos los sistemas funcionales tienden a la globalización pues los límites espaciales no tienen sentido. El contenido generado en cada uno de los sistemas cruza los límites territoriales. La comunicación se amplifica a nivel mundial. Ésta se realiza por medios telecomunicativos. Por lo tanto, se vive en la simultaneidad de acontecimientos e información. Siguiendo a Luhmann (2007) en la sociedad diferenciada por funciones, los sistemas parciales no observan al mundo de modo uniforme. Cada uno de los sistemas de funciones produce selecciones según sus propias distinciones.

Desde hace un poco más de doscientos años lo que provee igualdad no es ni el origen étnico o el espacio que se habita propios de la segmentación, ni el rango al que se pertenece, característica propia de la estratificación. Desde entonces, lo que tiene que ser igual es el acceso a las funciones que cumple cada uno de los sistemas de la sociedad: todos pueden ir a la escuela, todos deben acceder al sistema del tratamiento de las enfermedades, todos tienen que tener el mismo estatus legal, todos deben estar en condiciones de formar parte del electorado y todos, dados los recursos que disponen, pueden

comprar cualquier cosa y pueden aspirar a desempeñar cualquier ocupación (Dallera, 2012: 63).

Los sistemas funcionales como la economía, el derecho y la educación, proporcionaron las condiciones para el surgimiento y el curso de la forma sistémica de las organizaciones. La sociedad moderna renuncia a ser ella misma una única organización-corporación. No hay dentro de la sociedad una sociedad buena, una nobleza, una forma correcta de conducir la vida a la cual poder dirigirse (Luhmann, 2007). En otras palabras, no existe un único principio de autoridad. Esto significa que la descripción de la sociedad moderna ya no se transmite oralmente como enseñanza de sabiduría y no se articula como filosofía de pensamientos conclusivos. La información está ahí y se puede regresar a ella. Es decir, hay un constante análisis de lo dicho dentro de la sociedad.

1.3.2 Las consecuencias no esperadas de la modernidad

A modo de recapitulación la primera etapa de la modernidad se caracteriza por la racionalización, la división del trabajo y la producción capitalista. Con los avances de la ciencia y la tecnología se configura la sociedad industrial cuya meta era el bienestar y el progreso por medio del crecimiento económico que terminaría con la miseria material. Sin embargo, estas mismas condiciones generaron su transformación. Incrementó la complejidad y se volvió nula la posibilidad de integración y orden social. Con esto la segunda etapa de la modernidad se estableció.

Ahora la sociedad moderna es una forma de organización dinámica en constante transformación. Cuyos acontecimientos complejos requieren ser analizados por medio de explicaciones parciales. Dicha complejidad evidenció el proceso de diferenciación, así como la estructuración moderna bajo sistemas parciales de función los cuales se especializan y describen la sociedad a partir de su identidad e independencia.

Beck (2006) plantea que, el progreso de la ciencia es satisfactorio en su mayoría hasta más allá de la primera mitad del siglo XX. Pues en un inicio gracias a la evidencia y los éxitos, la ciencia pudo contrarrestar opiniones en contra. Al principio los científicos

podían sustentar el desarrollo científico-tecnológico bajo la superioridad de la racionalidad científica y de los métodos utilizados frente al saber tradicional, al saber popular y las prácticas de los profanos.

En esta fase se tenía clara la delimitación de los problemas y errores. No obstante, con el paso del tiempo tanto en la práctica como en la opinión pública las ciencias se enfrentan e inicia un balance de los éxitos y fracasos de las promesas incumplidas. La ciencia hasta la década de los años setenta contaba con una opinión pública creyente y fiel, pero hoy en día sus avances son objeto de desconfianza. En la actualidad los orígenes de los fallos son atribuidos a la ciencia y la tecnología. Se sospecha de lo que no se ha dicho, se temen las consecuencias secundarias y se supone lo peor (Beck, 2006).

Se pensaba que los sistemas expertos generaban conocimiento certero y universal, sin embargo, la constante revisión de los fenómenos vuelve inviable la certeza del conocimiento. En la modernidad la ciencia resulta cada vez más necesaria pero menos suficiente, pues la velocidad con la que se produce conocimiento condiciona su identidad (cambiante e inestable). En otras palabras, el mismo desarrollo del pensamiento científico transforma el razonamiento cierto a razonamiento reflexivo. Es decir, el conocimiento de los sistemas expertos se toma a sí mismo como objeto de estudio. Por lo tanto, dentro de la modernidad comienzan a presentarse lagunas de conocimiento en donde se cuestiona el carácter experto de los sistemas.

La situación anterior pone en jaque el desarrollo completo de la organización social. La modernización disuelve los contornos de la sociedad industrial, ésta, se despiden del escenario de la historia por la escalera trasera de los efectos secundarios; inicia una crítica a la ciencia y el progreso con la expresión de nuevos movimientos sociales. Lo que para la ciencia son efectos secundarios latentes y sucesión de causas no probadas, por otro lado, los efectos tienen voces, ojos, caras y lágrimas (Beck, 2006).

No obstante, a diferencia del planteamiento que pone fin a la modernidad y asume el inicio de la posmodernidad, en el pensamiento sociológico se concibe un proceso de

radicalización, reflexión y riesgo dentro de la sociedad (Berriain, 1996). En otros términos, la modernidad no sólo se trata de la innovación sino también de la búsqueda de alternativas de mayor adecuación y apropiación reflexiva del conocimiento.

Autores como Beck (2006), Giddens (1999) o Luhmann (1998; 2007) argumentan que la modernidad avanzada o reflexiva es una sociedad autocrítica en donde la ciencia se concibe como producto y productora de realidad. De ahí que no resulte ser solo fuente de respuestas, a su vez es generadora de preguntas.

El carácter global de la modernidad aumenta las comunicaciones a distancia. Como resultado existe un proceso de mundialización o bien, una conexión entre diferentes espacios sociales y regionales. “La mundialización puede por tanto definirse como la intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo (...), de tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia” (Giddens, 2015: 67-68). En ese sentido, aunque cada región tenga características y problemáticas particulares también existen aspectos generales que sobrepasan fronteras y se establecen en las formas de organización de todos los países.

La comunicación digital permite conocer las herramientas y diagnósticos de las diferentes partes del mundo. La construcción de programas computacionales facilita y sofisticada el análisis estadístico. Las bases de información de las universidades, así como los foros y las redes sociales posibilitan el debate y la confrontación. El análisis se concibe como valioso y todo el conocimiento se significa.

Si trasladamos la descripción anterior al ámbito específico del tratamiento de las enfermedades y prevalencia de la salud. La organización moderna favoreció el desarrollo del saber médico, mismo que permitió reducir condiciones problemáticas y ofreció una sensación de certidumbre. Los avances del saber médico se posicionaron como parte fundamental para el tratamiento de las enfermedades y la prevalencia de la salud. Razones por las que aumenta la esperanza de vida y se reduce el número de muertes por distintas enfermedades infecciosas. Sin embargo, el desarrollo moderno dio cuenta

del incremento de diagnósticos relacionados con la diabetes, el cáncer o las enfermedades cardíacas. Por tal razón, estas enfermedades se consideran parte constitutiva de la modernidad. Esto, no significa que antes del desarrollo de la modernidad dichas enfermedades no estuvieran presentes, pero, fue en esta etapa en donde las valoraciones médicas evidencian el incremento de estos padecimientos a causa de la fatiga laboral, la contaminación o la forma de alimentación y consumo (Beck, 2006).

En relación con lo anterior, en este trabajo se considera que las enfermedades crónico-degenerativas pueden ser analizadas como consecuencias no esperadas de la organización moderna. Lo cual implica abordar de forma específica el desarrollo y tratamiento de las enfermedades. Para esto, en el siguiente capítulo se aborda la construcción de conocimiento en relación con el tratamiento de la salud/enfermedad. En esta descripción se destacarán los avances del saber médico y cómo el conocimiento científico-tecnológico modificó el abordaje terapéutico de los malestares físicos. Se sostiene que actualmente las enfermedades adquieren características igual de complejas que la modernidad cuyo tratamiento implica considerar las condiciones externas a la estructura orgánica del individuo.

II. La construcción social del proceso de salud-enfermedad

Los análisis sociológicos sustantivos, y las teorías sociales tienen una pretensión de cientificidad, o al menos pretenden expresar cierto conocimiento. Cada uno de los tipos de pretensión de cientificidad o de conocimiento se justifican, a la vez, en preconcepciones epistemológicas. Todo análisis, y toda teoría, pues, presuponen un discurso epistemológico, formado por aquellas concepciones que justificaría sus pretensiones de conocimiento.

LEÓN OLIVÉ, LA EXPLICACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

Las interrogantes sobre cómo es posible el conocimiento, cuál es el método correcto para conocer la realidad y los debates por la demarcación de la ciencia han sido temas de interés para disciplinas como la filosofía de la ciencia, la sociología de la ciencia y la sociología del conocimiento. Dentro de ellas se han generado diversos cuestionamientos hacia la perspectiva que por muchos años fue hegemónica, 'el positivismo lógico'.

Los planteamientos positivistas y neopositivistas concebían a la ciencia como "producto de procedimientos perfectamente lógicos y universales, que crecía por acumulación, que comprendía los hechos complejos descomponiéndolos en hechos elementales (reduccionismo) y que concluía en conocimientos objetivos" (Martin, 2003: 69). No obstante, en la década de 1970 tanto las reflexiones filosóficas como las sociológicas coinciden en destacar el carácter social de la ciencia y el conocimiento. Pues, éstos son productos de la historia, de ciertos modos de vida y de un proceso que ocurre en el tiempo y en el espacio (Olivé, 1994).

Autores como David Bloor (1994) y Barry Barnes (1994), criticaban el carácter acumulativo y armonioso de la ciencia "señalando que la autonomía era fuertemente ilusoria y que el conocimiento debía ser explicado a partir de sus causas sociales" (Kreimer, 2005: 16). De acuerdo con Mary Hesse (1994) los criterios de validación científica y por tanto del conocimiento verdadero son relativos a una cultura. "Cada

sociedad establece una distinción entre algún conjunto de reglas unidas cognoscitivamente, por un lado, y meras convenciones sociales, por el otro (...) Y dentro del conjunto de reglas racionales, cada sociedad distingue entre normas y desviaciones, lo correcto y el error, la verdad y la falsedad.” (Hesse, 1994: 166).

Por su parte Knorr-Cetina (2005) sostiene que el conocimiento científico no se descubre en el sentido positivista, sino que se fabrica.

Los procesos de fabricación involucran cadenas de decisiones y negociaciones mediante las cuales se generan resultados. Dicho de otra manera, necesitan que se haga una selección. Las selecciones a su vez sólo pueden hacerse sobre la base de previas selecciones: se basan en traducciones de otras selecciones (Knorr-Cetina, 2005: 61).

De esta forma, la construcción del conocimiento es una práctica contextualizada “que llevan las marcas de la contingencia situacional y de la estructura de intereses del proceso por el cual son generados, y que no pueden ser comprendidos adecuadamente sin un análisis de su construcción” (Knorr-Cetina, 2005: 61). En otras palabras, se abre la posibilidad de concebir el conocimiento mismo como objeto de estudio. Es decir, se cuenta con la capacidad de reconstruir premisas que tengan como resultado decisiones alternativas.

En la investigación científica, la selectividad de las selecciones incorporadas en el trabajo científico previo es en sí mismo un tema para una nueva investigación científica. [...] En consecuencia, los productos de la ciencia no sólo están impregnados de decisiones, sino que también son impregnadores de decisiones, en el sentido de que señalan hacia nuevos problemas y predisponen a sus soluciones (Knorr-Cetina, 2005: 63-64).

De acuerdo con lo anterior, es a partir de los posicionamientos de los años setenta, cuando comienza a gestarse el enfoque constructivista, el cual, opta por entender el conocimiento como actividad social; como una práctica contextualizada culturalmente,

donde objetos, técnicas e instrumentos son seleccionados por los científicos en una actividad cotidiana de *construcción* de conocimiento.

Por medio de este enfoque,

la interpretación constructivista rechaza la concepción descriptiva de la investigación científica, porque esta conceptualización aborda el carácter fáctico de la ciencia en la relación entre sus productos y una naturaleza externa. Por el contrario, la interpretación constructivista tomó los productos, ante todo, y particularmente, como el resultado de un proceso de fabricación [reflexiva] (Kreimer, 2005: 18).

El constructivismo ha logrado en las últimas décadas una presencia en el campo científico en general. Con base en Retamozo (2012) existe un campo del constructivismo habitado por diferentes posiciones constructivistas; entre estas perspectivas se encuentran los planteamientos de Maturana (1995), Rabossi (1995), Piaget (1992), Vigotsky (2001), Gergen (2007). Estos hablan sobre la producción, la validación y la aceptación del conocimiento científico. De forma general, aunque con diferentes matices, éstos se replantean preguntas y producen teorizaciones sobre el sujeto, la realidad y el conocimiento.

Siguiendo a Retamozo (2012) las tradiciones críticas, fenomenológicas y sistémicas, en su momento ayudaron a generar condiciones para el debate epistemológico y metodológico. Al igual, la obra de Foucault surtía efectos deconstructivos al develar las formas de construcción política del saber y la verdad. Por lo tanto, nutrieron esfuerzos por abordar los problemas clásicos de la teoría social desde una perspectiva constructivista. Pero, el constructivismo avanzó más allá de ser una teoría del conocimiento y se propuso también, aportar a la teoría de la constitución de la sociedad.

Para este capítulo los postulados del constructivismo operativo de Luhmann permiten orientar las ideas aquí desarrolladas. Se pretende ejemplificar cómo el conocimiento de la ciencia médica y las definiciones de salud/enfermedad se transforman

al igual que la sociedad. Esto con la intención de clarificar de forma teórica, la función del sistema de la medicina y las propuestas para el tratamiento de las enfermedades en la segunda etapa de la modernidad.

2.1 Postulados generales del constructivismo operativo

Como se mencionó brevemente en el primer capítulo, en la modernidad se plantean descripciones heterogéneas. En donde, la realidad se construye a sí misma dentro de un proceso de transformación. “La realidad no es algo que viene dividido (...) más bien es una continuidad, es decir, una totalidad indiferenciada, como una especie de hoja en blanco que empieza a proveer significados a medida que sobre ella se empieza a escribir algunos trazos que representan algo para alguien o para algunos” (Dallera, 2012: 20).

En la etapa previa a la modernidad la explicación ontológica partió del supuesto de que hay una realidad independiente del sujeto, por lo tanto, con los recursos y los métodos adecuados era posible conocerla. Una vez que se conocía entonces se llegaba a una posesión de 'verdad'. En esta perspectiva la sociedad tiene tres características: 1) es única para todos; 2) está fuera de la cabeza de quienes la perciben y la piensan y; 3) existe de forma independiente. En otras palabras, lo que se diga y haga dentro de ella no modifican su naturaleza.

Dentro de la teoría del conocimiento clásico o tradicional la verdad es absoluta y se define como la adecuación entre el intelecto y la realidad. En ese sentido, el conocimiento es una “adecuación entre la mente y los objetos y, también, como depósito de contenidos: si alguien conoce algo, eso que conoce permanece alojado en una especie de baúl o bodega a la que se puede tener acceso cada vez que ese conocimiento deba ser rescatado” (Dallera, 2012: 86). A partir de esta concepción el orden social tiene su propia naturaleza y coincide con el concepto de integración (las partes dentro del todo que las contiene). En consecuencia, las descripciones sobre la realidad se hicieron bajo un punto de vista único y de carácter jerárquico, pues la descripción se realizaba por un criterio de autoridad el cual estaba autorizado para decir las características del mundo.

La distinción ser/no ser es la forma anterior a la modernidad para describir la realidad, en ese sentido, ésta se puede conocer, comprender y controlar. Por su parte, durante la etapa de la primera modernidad, el pensamiento racional supone la existencia de una realidad objetiva e independiente de los sujetos y de la sociedad. Dios fue sustituido por la razón, la naturaleza dejó de ser sustancia y pasó a estar compuesta de un montón de seres susceptibles de ser clasificados y organizados. Pero, al mismo tiempo la sociedad moderna reconoció la relatividad radical del conocimiento por lo que este pierde la característica de algo que se puede tener y guardar (Luhmann, 2007).

En su momento la distinción ser/no ser sirvió para que la sociedad pudiera entender el mundo y ordenarlo en géneros, especies, que podían observarse de arriba abajo y juzgarse de acuerdo con los criterios provistos desde la cúspide de la pirámide: Dios primero; la naturaleza, después; el hombre (racional) al final del periodo (...) A la teoría constructivista, ese esquema de distinción hoy resulta insuficiente, porque no permite dar cuenta del dinamismo ni de la complejidad de la realidad (Dallera, 2012: 19).

Hacia la segunda mitad del siglo XX el constructivismo adquirió mayor relevancia, luego de los avances conseguidos por disciplinas como la biología, la cibernética, la física o la teoría de sistemas, las explicaciones metafísicas de la realidad fueron quedando atrás (Dallera, 2012). De esta manera se concibe que dentro de la modernidad y a partir de una visión constructivista, la observación es la herramienta que permite hacer recortes para construir significados. Para el constructivismo la verdad es una construcción que nace de la comunicación¹⁰ y por lo tanto, no existe fuera de la sociedad. La idea constructivista de la realidad implica considerar una dinámica compleja, por lo que se vuelve imposible la auto-descripción de la sociedad a partir de un punto de vista único.

Desde la perspectiva constructivista la sociedad es un sistema y la sociedad moderna está organizada a partir de sistemas funcionalmente diferenciados. Pues, la modernidad rompe con la concepción clásica de orden e integración social y los

¹⁰ Ver concepto de comunicación [apéndice].

esquemas de explicación se renuevan. La distinción sistema/entorno emerge como un punto de vista alternativo a la distinción ser/no ser. De esta manera, la realidad y el conocimiento se actualizan a cada momento y cuando las expectativas de un sistema (en este caso el sistema médico) no funcionan, el conocimiento se modifica. Es decir, hay una apropiación reflexiva del conocimiento.

En ese sentido, al igual que la organización de la sociedad, el conocimiento sobre el proceso de salud/enfermedad también se modifica. A continuación, se localizan tres grandes construcciones sociales; 1) la salud/enfermedad desde el pensamiento metafísico; 2) la salud/enfermedad a partir del pensamiento científico-positivo y; 3) el proceso de salud/enfermedad en la modernidad reflexiva.

En las primeras dos construcciones se observa cómo se construía conocimiento sobre la salud/enfermedad por medio del criterio de autoridad ser/no ser. Primero fueron los sacerdotes, después, los médicos y científicos quienes tuvieron la autoridad para definir lo que era y no era la salud/enfermedad. Por medio de este criterio, se configura un sistema especializado para el tratamiento de enfermedades. Pero la apropiación reflexiva del conocimiento da cuenta de condiciones que sobrepasan la técnica de la ciencia médica.

En la tercera construcción a la salud/enfermedad se les atribuyen aspectos sociales. Se manifiesta que cada sociedad crea su propio perfil patológico. Se observa la prevalencia de diferentes enfermedades en relación con características sociales de cada uno de los momentos históricos. Además, se enuncia que la salud/enfermedad se manifiesta de forma diferenciada según las condiciones sociales y materiales de las personas (Laurell, 1982). De esta manera, el contenido expone cómo se fue construyendo el conocimiento sobre el tratamiento de las enfermedades con el objetivo de comprender porque en este trabajo le atribuimos el carácter moderno a las enfermedades crónico-degenerativas.

2.2 La construcción de la salud/enfermedad desde el pensamiento metafísico

En esta etapa se observa una concepción ontológica del mundo, en donde se esperaba que el pensamiento y las acciones eran una adecuación con el orden de la realidad. La magia, la religión y la superstición acompañan la concepción de salud/enfermedad bajo esta visión. El “arte de curar” era el nombre con el que se atribuía a la medicina antigua. El acento recaía en los métodos empleados por el médico (hechicero, chamán o sacerdote) que combatían a los espíritus malignos (Babini, 2012). El diagnóstico se hacía a partir de la adivinación, sueños, estados de trance o de consultas astrológicas. Con base en esto, la salud hacía referencia a la relación entre naturaleza, espíritu y medio ambiente.

Para Gadamer (2017), la medicina griega fue rica en ejemplos acerca de cómo la situación meteorológica, las estaciones del año, la temperatura, el agua y la alimentación intervienen en los malestares físicos. En ese sentido, la salud era sinónimo de armonía en los ámbitos de la vida personal y las enfermedades se vinculan intrínsecamente con los padecimientos del alma. El significado del dolor era cósmico y místico, una experiencia de un universo desfigurado y no podía considerarse el dolor como algo distinto del padecimiento. El médico podía atenuar los cólicos, pero el dolor era una experiencia del alma (Ilich, 2006).

Desde el siglo V a.C., se tiene registro de las reflexiones sobre la medicina y la atención de los malestares del cuerpo. Los filósofos, matemáticos, místicos y políticos reflexionaban sobre el tema. Personajes como: Anaximandro, Anaxímenes, Heráclito de Efeso, Endopedocles de Agrigento, e Hipócrates coincidieron en no definir enfermedades sino síntomas que se atendían por medio del descanso físico y espiritual (Babini, 2012). El objetivo principal de esta etapa era regresar el equilibrio al cuerpo, tanto sus funciones como una atmósfera de armonía. En este periodo el concepto de enfermedad mantenía una concepción humorística del cuerpo. Esto quiere decir que la enfermedad correspondía a los cambios de ánimo y el temperamento.

Con la incorporación del pensamiento cristiano occidental la enfermedad fue interpretada como un castigo. Los dioses sancionaban la falta por medio de las dolencias

físicas ya fuese al individuo, a su familia o al grupo social al que pertenecían. El individuo no entendía la causa de su desgracia, se debía a que Dios lo estaba poniendo a prueba para acercarlo a Él. De ahí, la medicina a partir del siglo VII se encuentra en los conventos. Para el cristiano occidental, la iglesia era el hospital que acoge y cuida. Por esta razón la plegaria era el medicamento más eficaz (Babini, 2012).

La transición hacia el desarrollo de la medicina científica se da a partir de la reflexión de la medicina griega. De acuerdo con Babini (2012), los estudios sobre anatomía humana transgreden el pensamiento religioso y vuelve el anhelo de conocer las causas verdaderas que provocan las enfermedades. Además, el conocimiento matemático y los métodos de predicción que proporcionaba la escuela de Pitágoras, ofrecieron la posibilidad de fundamentar pruebas de verificación para la medicina científica. Cabe señalar la contribución de los romanos sobre los aspectos vinculados con la enseñanza, la organización de los servicios sanitarios de la salud pública, así como la importancia de la higiene, la alimentación y la gimnasia. Sin olvidar el período renacentista en donde se experimentaron notables progresos para el tratamiento de las enfermedades, a partir de la intervención científica y el desarrollo anatómico y quirúrgico.

2.3 La construcción de la salud/enfermedad bajo el pensamiento científico-positivo

Las características de la racionalización y la división del trabajo presentadas en el capítulo I, pueden observarse en la atención de las enfermedades por medio de la mirada científica-positiva. Este planteamiento tenía como intención generar posibilidades para desarrollar una ciencia racional que pudiera explicar el mundo de una manera objetiva. Con la incorporación de las reglas de la lógica moderna, el positivismo lógico pretendía eliminar las posturas metafísicas de las descripciones de la realidad. El propósito era esclarecer “por medio del análisis lógico el contenido cognoscitivo de las proposiciones científicas y, a partir de ello, el significado de las palabras que aparecen en dichas proposiciones” (Carnap, 1981: 66)

Luego del siglo XVII conocido como el siglo de la revolución científica (Babini, 2012: 83). En oposición a la especulación metafísica se buscaba construir un saber

'objetivo' a partir de la observación y la experimentación. Al pensamiento positivo le interesaba el contexto de justificación, es decir, las reglas lógicas de deducción y de argumentación. El interés científico no radica en conocer cómo se llega a ese conocimiento, sino su verificación. Este pensamiento, abstrae el conocimiento del contexto particular y lo mismo sucede con el conocimiento médico. Los cuerpos se observan y el conocimiento se abstrae, sale de los cuerpos y se clasifica, esto configura un gran saber teórico que a su vez tiene que ser verificado empíricamente en la práctica, en la observación del cuerpo y en su tratamiento.

De esta forma el 'arte de curar' orientado por un sentido mágico desaparece y surge la medicina como disciplina científica. La concepción científico-positivista implicó establecer condiciones de dominio sobre la naturaleza. En ese sentido, la medicina moderna adopta una postura biologicista especializada en observar y aislar el malestar físico. La idea del ser y el pensar se separan, la realidad se vuelve objetiva y la razón es la carta de distinción. “La razón como instrumento capaz de dotar de orden, cálculo y previsibilidad. [...] La condición, en cualquier caso, era descubrir los mecanismos y las leyes que regulaban el funcionamiento de los fenómenos” (Dallera, 2012: 78). En otras palabras, la razón resolvía problemas porque podía observarlos, porque permitía alcanzar fines y generar estrategias y porque calculaba costos y beneficios.

Así, la medicina se divorcia de la moralidad y descansa en fundamentos científicos exentos de creencias religiosas (Illich, 2006). “Si se quiere definir la ciencia de la medicina, la forma más aproximada de hacerlo sería considerarla como la ciencia de la enfermedad. Pues la enfermedad es la que aflora como lo perturbante, lo peligroso, aquello con lo cual hay que acabar” (Gadamer, 2017: 121). A diferencia de la concepción metafísica, en esta concepción la enfermedad no es causa de un espíritu maligno o un castigo sino una falla en el sistema orgánico, por lo tanto, la localización de la enfermedad se encuentra en el cuerpo y por ello es preciso observarlo, conocerlo y clasificarlo.

En *el nacimiento de la clínica*, Michel Foucault (2012) presenta cómo el conocimiento médico es más que un recuento de descubrimientos lineales. La construcción de este saber se encuentra inserto en un contexto de lucha, de evolución y

cambio en la mirada médica. A partir de la práctica médica este autor observa cómo las enfermedades se clasifican y cómo esta clasificación orienta el tratamiento de las mismas.

“Una causa que se ve, un síntoma que poco a poco se descubre, un principio que puede leerse desde su raíz, no son del orden del saber ‘filosófico’, sino de un saber ‘muy simple’, que ‘debe parecer a todos los demás’, y que sitúa la forma originaria de la experiencia médica” (Foucault, 2012: 26). A partir de la descripción realizada por el autor se puede comprender como la salud/enfermedad se observa desde una mirada científica y se convierte en un tema de especialización. Se vuelve un asunto de competencia exclusiva para los médicos.

Con base en este planteamiento, hay un cambio significativo desde la medicina de las especies hasta la medicina institucionalizada dentro de las universidades y puesta en práctica en los hospitales y políticas del Estado (Foucault, 2012). En la medicina de las especies se generaba un cuadro nosológico de las patologías de la época, es decir, la 'observación' era la principal herramienta de apoyo y orientación. Los médicos hacían descripciones de los síntomas más comunes para luego realizar su diagnóstico.

El pensamiento racionalista-positivista comienza a clasificar las enfermedades por especie, género y familia según los síntomas visibles. Para así establecer relaciones causales entre los síntomas observados y enfermedades. A la medicina de las especies no le interesaba localizar las enfermedades en el cuerpo, la importancia radicaba en el síntoma (esta postura estuvo presente hasta finales del siglo XVIII). Cabe resaltar que la atención médica se proporcionaba en casa en compañía de la familia (Foucault, 2012) y la especialización aún no reclamaba un espacio de la práctica científica.

Foucault (2012), localizo un punto crucial en donde la ciencia médica se delimita y diferencia del saber religioso y teológico: abrir los cadáveres¹¹. Esta actividad permitió

¹¹ Aunque históricamente el abrir los cadáveres ya ocurría en la segunda mitad del siglo XIII, esta era una actividad que se realizaba por razones forenses; sin embargo, toda clase de disección con fines médicos era prohibida por los monjes, aludiendo a que la iglesia aborrecía el derramamiento de sangre (Babini, 2012: 51).

que la mirada médica se posará sobre el interior del cuerpo e hiciera visible lo que había permanecido oculto a la vista y a la comprobación empírica. Posterior a la Revolución francesa, la reconfiguración social permitió una reforma en los planes de estudio y enseñanza de la medicina como disciplina académica. En donde la medicina adquiere su carácter clínico. De esta manera, la medicina plantea problemas a partir de la ciencia, la racionalización, la automatización y la especialización.

Con esta transformación el médico se convierte en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes (Ilich, 2006), ellos deciden que es un síntoma y quién se encuentra enfermo. Ahora la profesión médica se consideró un conocimiento superior y legítimo que se aprende en las universidades y se practica en los hospitales. “El médico deja de adoptar la figura del curandero, rodeado del misterio de sus poderes mágicos, para pasar a ser un hombre de ciencia” (Gadamer, 2017: 45). Solo los médicos saben que constituye una enfermedad. La enfermedad ya no sólo es un conjunto de síntomas observables sino una lesión que reside en el cuerpo. Además, la medicina comienza a institucionalizarse. En otras palabras, prescribe pautas de comportamiento.

Junto con la enfermedad, la salud adquirió una categoría clínica convirtiéndose en la ausencia de síntomas hospitalarios (Illich, 2006). La institucionalización del tratamiento vio como uno de sus principales logros eliminar el “dolor físico” por medio de técnicas quirúrgicas y el uso de la anestesia. La medicina clínica convirtió el dolor en un problema técnico al abstraer la enfermedad a partir de síntomas independientes del cuerpo (Babini, 2006; Gadamer, 2001; Ilich, 2006).

Por su parte, el uso de antibióticos favoreció la esperanza de vida. La disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas como la poliomielitis, la difteria y la tuberculosis, pudieron controlarse gracias al desarrollo de vacunas, la mejora en la nutrición y el crecimiento económico. Todo esto acompañado de la aparición de las primeras medidas de salud pública de mediados del siglo XVIII (Villanueva, 2012). Este escenario ofreció un panorama favorable para la calidad de vida en relación con el progreso técnico.

Gracias a las constantes innovaciones técnicas en el tratamiento de enfermedades la ciencia médica se posicionó en un lugar privilegiado y fundamental dentro de la sociedad. De acuerdo con Villanueva (2012), durante el siglo XIX la medicina continúa fortaleciéndose y a finales de este siglo nace la bacteriología con dos importantes precursores, Louis Pasteur y Robert Kock; asimismo, la aparición de nuevas técnicas radiológicas, como el escáner o tomografía axial computarizada permitieron llegar a diagnósticos a los que antes no se tenía acceso.

Uno de los alcances más significativos de la medicina fue poder controlar la muerte por epidemias¹² como la viruela o la tuberculosis. Los nuevos descubrimientos de la física, la química, las matemáticas y la biología nutrieron la medicina moderna. La biología dio grandes hallazgos sobre el origen de algunos de los principios orgánicos de las enfermedades, por lo que se consideró una de las disciplinas esenciales para la medicina (Ramos y Sierra, 2016) y con ello, se consolidó el paradigma biomédico como recurso para el tratamiento de las enfermedades.

El sistema de la medicina se instauró como un sistema autónomo que mediante el código sano/enfermo se encarga de observar los malestares corporales a partir de cuadros clínicos (Luhmann, 2015). De acuerdo con Martínez (2011) el modelo biomédico trata las enfermedades luego del diagnóstico de síntomas, signos y alteraciones del organismo humano. El desarrollo de las tecnologías biomédicas penetró en el interior del cuerpo del paciente (como las radiografías, las tomografías o los test sanguíneos) y constituye una apuesta para la organización de las terapias médicas. Por esta razón, la medicina en la sociedad moderna se configuró como una ciencia aplicada cuyo propósito es mejorar la eficacia de la detección de enfermedades.

La técnica médica exigió cambios en las instituciones, el hospital se transformó a finales del siglo XIX y la primera mitad del XX. Se rompe una visión histórica del hospital

¹² El desarrollo mismo de las epidemias advierte otras condiciones. La relación que tienen las enfermedades con el medio ambiente, reflexión sumamente importante para lo que serán los planteamientos de la medicina social, epidemiología y todas aquellas ciencias que destaquen el carácter social de las enfermedades. Este tema se retoma en el apartado siguiente.

como auspicio y caridad. Ahora es el lugar para curar enfermedades a todos, ahora concurren a él individuos de todos los estratos. Además, el laboratorio se convierte en el centro más importante de investigación, enseñanza y aprendizaje. Ya no será solo la clínica la portadora de información y diagnóstico. Así las causas se buscan con el microscopio (Martínez, 2011; Serrano y Martínez, 2011; Villanueva, 2012). En ese sentido, se percibe que el tratamiento de las enfermedades a partir de la ciencia y la tecnología ofrecen preservar y prolongar la vida.

2.4 La construcción del proceso de salud/enfermedad en la modernidad reflexiva

Antes de pasar al contenido particular de este apartado es importante recapitular algunos aspectos generales. De acuerdo con las descripciones anteriores, dentro de la sociedad el concepto de salud se construyó a partir de una connotación positiva y de carácter normativo. Este concepto es sinónimo de vida en el silencio de los órganos, ha sido un ideal y una condición deseada. De modo contrario, la enfermedad se constituyó por medio de connotaciones negativas; es un estado en donde se requiere luchar para poder seguir viviendo. De esta manera, la cultura define si la enfermedad se concibe como anormalidad, delito, santidad o pecado, así como su forma de tratamiento (Illich, 2006).

De acuerdo con lo anterior, la diferencia entre salud y enfermedad se reconoce a partir de la experiencia (Canguilhem, 2015). Estar sano implica tener la capacidad para responder a las situaciones eventuales de la vida, por ejemplo, resistir el dolor y la fatiga. Las personas son sanas en la medida en la que pueden desarrollarse y superar nuevas condiciones. En cambio, las personas con alguna enfermedad requieren de intervenciones terapéuticas, y, en muchas ocasiones realizan un doble esfuerzo para llevar a cabo sus actividades.

En ese sentido, conviene subrayar que la salud se entiende como un conjunto de seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro, o bien, un paquete de posibilidades de reacción. En otras palabras, la salud es un estado en donde es posible desarrollar el rol social de manera eficaz. La salud se puede entender como una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas (Gavidia y Talavera, 2012).

De forma contraria, la enfermedad es una puesta en peligro de la existencia (Canguilhem, 2015; Illich, 2006), ésta aparece cuando el organismo es modificado de manera tal que coloca a la persona en una situación de desventaja.

Por otra parte, aunque la experiencia de la vida incluye el hecho de enfermar (Calguilhem, 2015; Illich 2006), esto no significa que los efectos de las mismas (muchas veces catastróficos) impliquen resignación. El carácter terapéutico de las enfermedades ha estado presente a lo largo de la historia y reside en la capacidad cognoscitiva de buscar soluciones. En ese sentido, el análisis y tratamiento de las enfermedades radica en disminuir las consecuencias precarias de las mismas para devolverle a la persona un estado de estabilidad.

Por lo tanto, aun cuando a lo largo del ciclo biológico todos los seres vivos presentan transformaciones dentro de su estructura orgánica algunas de éstas, derivan en lesiones degenerativas que acortan el tiempo de vida de una especie. De igual forma, dentro del ciclo biológico todas las especies experimentan cambios. Pero, a diferencia de otras, sólo los seres humanos enferman. Es en la sociedad donde las enfermedades en conjunto con la salud se construyen como categorías de interpretación. Dentro de ésta, la salud y la enfermedad tienen significados. Ambas, son realidades socialmente creadas. Su significado y representaciones evocan una historia, por lo tanto, al igual que la dinámica social el significado de estas categorías se transforma. Dichos cambios no sólo tienen un impacto conceptual sino práctico.

En el capítulo I, se mencionó que la primera etapa de la modernidad se caracteriza por el proceso de racionalización, división del trabajo y la producción capitalista. En esta etapa se destacó el desarrollo técnico industrial. Luego, en la segunda etapa de la modernidad existe una confrontación sobre el conocimiento aprendido y las condiciones no esperadas; esto, otorgo el carácter reflexivo de la sociedad moderna. Dichas condiciones modificaron, por una parte, el conocimiento para el tratamiento de las enfermedades y por otra, los mecanismos de atención dentro del sistema de la medicina.

La sociedad funcionalmente diferenciada está organizada a partir de sistemas parciales en donde cada uno de ellos adopta características particulares con base en un código que proporcionará la identidad y diferencia a los sistemas. En el caso del tratamiento de las enfermedades, el sistema de la medicina ha adquirido la responsabilidad de esta función. El código sano/enfermo genera la comunicación de este sistema. Por medio de éste, se realiza un diagnóstico o terapia dirigido hacia las personas. “Los médicos se orientan primariamente hacia las enfermedades (...) El sistema de la medicina actúa, por tanto, sólo cuando alguien se enferma” (Luhmann, 2015: 140).

De esta manera, el sistema de la medicina se configuró como un sistema de función¹³, es decir, un sistema experto que se alimenta de la ciencia y la tecnología para el tratamiento clínico. Implica ser un nivel de almacenamiento informativo de carácter científico cuya información sobrepasa las barreras territoriales. Posteriormente, ésta, será aplicada y experimentada. Con el objetivo de aportar a los procesos internos de este sistema, “la medicina se desarrolla en dos direcciones: por un lado, sabemos siempre más sobre peligros y riesgos, y por otro tiene sentido esperar que llegue el daño, dado que luego podemos remediar” (Luhmann, 2015:83).

Como ya se dijo la medicina es una ciencia aplicada en donde el éxito de este sistema se basa en el presupuesto de la voluntad de cooperación y un aparato simbólico construido a partir de la experiencia y técnica médica. Por ello, la complejidad del sistema de la medicina se desagregó en organizaciones, por ejemplo, institutos y asociaciones médicas con la facultad de tomar decisiones a partir de programas (diagnósticos o estrategias). Es decir, bajo un conjunto de condiciones y reglas orientadas por el código sano/enfermo. “Las organizaciones generan posibilidades de decisión, con ellas se puede prever la subordinación a órdenes, determinar programas de trabajo, prescribir vías de comunicación, reglamentar el empleo de personal y sus movimientos; todo esto

¹³ Ver concepto sistema social [apéndice]

de forma general que luego habrá de traducirse situacionalmente en decisiones” (Luhmann, 2007: 658).

Además de las organizaciones, los sistemas de interacción son sumamente relevantes para el sistema de la medicina. El éxito de la interacción y por lo tanto del diagnóstico consiste en el hecho de que los participantes perciben que son percibidos. La interacción en el momento del diagnóstico personal médico/paciente sigue siendo sumamente significativa, pues la presencia física permite abordar temas en específico. Así, los pacientes describen sus malestares y a su vez el médico recupera su experiencia a partir del conocimiento de la medicina (Corsi et al., 1996; Luhmann, 2015).

Al mismo tiempo en la actualidad se reconoce que la salud/enfermedad tiene por lo menos tres dimensiones. La física, la psicológica, y la social (de la Torre, 2014; Laurell 1982; Mckeown 1989). La primera dimensión, sería la ausencia de patógenos, padecimientos o cualquier otro factor en el organismo que obstaculice el buen desempeño de las funciones vitales. La segunda dimensión estaría relacionada con la ausencia de patologías o enfermedades de carácter mental, así como desórdenes del comportamiento humano o afecciones que impidan el razonamiento o conductas favorables para las personas. La tercera, corresponde a la dimensión social, la cual implica en su conjunto las condiciones estructurales presentes y cambiantes de la sociedad. Esta última dimensión, adquirió mayor relevancia gracias a los planteamientos constructivistas, pues, bajo estos supuestos las condiciones sociales inciden en la producción y modificación de todos los hechos de la realidad. Además, el análisis sobre la propagación de epidemias puso sobre la mesa la relación de las enfermedades con el medio.

2.4.1 La dimensión social del proceso de salud/enfermedad

Con base en el planteamiento de Laurell (1982) la dimensión social del proceso de salud/enfermedad puede expresarse en tres niveles: 1) la incidencia directa de la forma de organización social y el proceso de salud/enfermedad; 2) la distribución de las

condiciones sociales para la atención y tratamiento de la salud/enfermedad; 3) la vivencia personal del proceso de salud/enfermedad.

El primer nivel refiere a que el proceso de salud/enfermedad es social en sí mismo. En ese sentido, la dimensión social del proceso de salud/enfermedad corresponde al resultado de las condiciones expuestas en el capítulo I. La forma de organización moderna produce y reproduce las características de la salud/enfermedad.

Asimismo, en la década de 1970 el pensamiento latinoamericano esclarece la manera de entender y abordar la salud pública en relación con la organización social y los procesos de salud/enfermedad de un contexto determinado. Este movimiento se fundamenta a partir del materialismo histórico, de las teorías del conflicto en las ciencias sociales, de la antropología crítica y de corrientes neomarxistas. Aparecieron figuras como: Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh y Almeida-Filho. Los cuales buscaron comprender la salud/enfermedad como un proceso social. Una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, pero con el reconocimiento de una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción que ponen en evidencia inequidades sociales en salud (Arias-Valencia, 2017).

De forma general, plantearon que el proceso de salud/enfermedad tiene un carácter social en sí mismo y, por lo tanto, está socialmente determinado. Lo social forma un escenario en donde el cuerpo y la mente responden con plasticidad; a un conjunto de condiciones “socialmente producidas y el resultado concreto de la forma histórica específica que asume el proceso de apropiación de la naturaleza (proceso de trabajo o proceso de reproducción social en una sociedad determinada)” (Laurell, 1982: 5).

Esta postura se posicionó como una herramienta teórica metodológica que alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana forjada en el debate y la ruptura de la epidemiología clásica y el causalismo lineal. El carácter crítico de esta propuesta se fundamentó en el cuestionamiento de las condiciones desiguales del sistema de producción capitalista y el modo de civilización que lo reproduce (Breilh,

2013). Es así como surgió el planteamiento de determinación social del proceso de salud-enfermedad.

Por su parte, el nivel dos refiere a la existencia de diferentes condiciones sociales como la educación, estilo de vida o acceso a recursos naturales, trabajo o vivienda, que habilitan o inhabilitan a las personas a cumplir con su tratamiento. En este nivel, el mayor aporte se debe gracias al estudio de las condiciones ambientales, colectivas y sociales de las epidemias.

La disciplina epidemiológica anglosajona¹⁴ en las últimas décadas se orientó de forma exclusiva en la intervención de la salud/enfermedad desde el análisis poblacional, nutrido por el campo científico de la salud pública y la medicina social. Esta disciplina estudia las condiciones socio-ambientales y la prevalencia de enfermedades (Sutton, Coria, Ortega, y González, 2005) para así, encontrar relaciones causales entre los diferentes grupos de población y la distribución de las enfermedades.

Por su parte, la epidemiología social llamada así por primera vez en 1950, se distinguió por su empeño en la investigación de “los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos” (Krieger, 2002: 480). De esta manera, más que en brotes de enfermedades particulares, el trabajo dentro de la epidemiología social se ha enfocado en fenómenos sociales específicos.

En la segunda mitad del siglo XX, en el marco del Estado de bienestar europeo, hubo una gran producción académica sobre la fundamentación de las causas sociales de las enfermedades. El trabajo realizado en esta etapa se concibe como el análisis pionero de lo que hoy se conoce como epidemiología social anglosajona. Los estudios

¹⁴ Dentro de esta disciplina se reconocen dos posturas; la primera orientada a la generación de herramientas estadísticas y, la segunda también denominada “epidemiología social” caracterizada por centrarse en el impacto de las condiciones sociales en la salud, en especial las transformaciones culturales, el estatus social y los cambios de vida (Krieger, 2002).

de Cassel (1961), Graham (1963), McKeown (1989) y Susser (1973), evidencian las relaciones causales entre factores sociales y el padecimiento de alguna enfermedad; por ejemplo, el rompimiento de lazos familiares, la migración, la pobreza y la protección en el trabajo. A partir de estos planteamientos se volvió explícito el objeto de estudio de la epidemiología, como disciplina que estudia la distribución y los determinantes sociales del estado de salud (Sutton et al., 2005).

El interés por entender de qué forma el ser parte de un grupo social se vinculaba con los padecimientos cobraron impacto con el análisis realizado en el Reino Unido a través del Black Report¹⁵ y la investigación de Michael Marmot (1991) epidemiólogo del mismo país. Estos trabajos rastrearon cómo las condiciones sociales y económicas determinaron la distribución de enfermedad y muerte, entre los diferentes grupos socio-ocupacionales (Arias-Valencia, 2017).

Además, en las dos últimas décadas del siglo XX hubo un crecimiento exponencial de la producción científica en epidemiología social. Las revistas que han publicado más artículos sobre epidemiología social en las últimas dos décadas fueron International Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, American Journal of Public Health y American Journal of Epidemiology (Barata, 2005). En estos estudios se observa que el propósito explícito de esta disciplina ha sido mejorar y controlar los problemas de salud de la población. Además, su planteamiento se orientó hacia la reflexión moral sobre los derechos humanos y la justicia social (Puyol, 2012).

Por último, el tercer nivel corresponde a lo que cada persona, vive y enfrenta el proceso salud-enfermedad de manera diferente y singular según su historia de vida y condiciones materiales. En este trabajo solo se hace referencia a los dos primeros niveles de la dimensión social del proceso de salud-enfermedad, pues este tercer nivel

¹⁵ En el año de 1980, se publicó en el Reino Unido un reporte denominado Black Report el cual tuvo un gran impacto en la investigación sobre las desigualdades sociales en salud. Este reporte incluyó una descripción sobre las diferencias socioeconómicas en las tasas de mortalidad y comorbilidad de los diferentes sectores de la población. Este reporte tuvo tres características principales: 1) una descripción entre las diferencias de las clases ocupacionales en mortalidad, morbilidad y uso de servicios de salud; 2) las tendencias de esto a lo largo del tiempo y; 3) una comparación con otros países industriales (Macintyre, 1997).

es sumamente singular y apunta a observar de forma particular a las personas que enferman¹⁶.

Sin embargo, la manifestación de la dimensión social del proceso de salud/enfermedad materializan lo que a mi entender es el carácter reflexivo de la modernidad. En esta etapa, el carácter social de las enfermedades se vuelve explícito y abre la posibilidad, para que otros sistemas y organizaciones externas a la medicina puedan colaborar e indagar de manera amplia sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento (Martínez, 2011).

En otras palabras, la conceptualización del proceso de salud/enfermedad y sus determinaciones sociales, tuvo como resultado la ineludible valoración de incorporar otras disciplinas para la realización de diagnósticos, tratamientos y políticas públicas. La reflexión del conocimiento constantemente incrementa las demandas dentro del sistema médico. Aunque, la inflación de demandas constituye no solo un problema de este sistema, sino de la misma sociedad sobre la sociedad (Zamorano, 2019).

Dada la configuración de la modernidad, el razonamiento científico se transformó en razonamiento reflexivo. “Nuestra sociedad es demasiado compleja como para pretender que una racionalidad única pueda alcanzar para resolver la infinita variedad de problemas que los sistemas funcionales le generan mientras el propio funcionamiento de cada uno es, además un entorno de problemas para los demás” (Dallera, 2012: 80). Por consiguiente, en la segunda etapa de la modernidad, el proceso de salud/enfermedad es complejo, contingente y reflexivo.

De acuerdo con lo anterior, dentro del sistema de la medicina surgieron dos inevitables procesos la interdependencia y la especialización. La interdependencia implica la discusión constante de una temática a partir de diferentes postulados o disciplinas que permitan aportar mayor información, es decir, crear un marco común de

¹⁶ Para mayor conocimiento sobre este nivel consultar trabajos como el de: Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza, UNAM: CRIM. Cuernavaca.

referencia. Por medio del conocimiento diferenciado se buscan construir temáticas más acabadas, pero a la vez más complejas.

Por su parte, la especialización refiere al proceso de diferenciación interna en donde la ciencia médica genera nuevas ramas de conocimiento. Por ejemplo, los especialistas en medicina se han orientado por grupos de edad (pediatría y geriatría); por sistemas del cuerpo, órganos, o enfermedades concretas (cardiología, infectología, psiquiatría, urología, ginecología, entre otros); así como por técnicas terapéuticas (farmacología, cirugía, odontología, traumatología, etc).

El carácter reflexivo de la modernidad cuestiona la tarea que tiene la ciencia médica sobre la configuración de estrategias para el tratamiento de enfermedades. Las principales críticas son hacia el modelo biomédico y a la terapia farmacológica, pues ésta, se resumió en una rutinaria máquina de recetar. La estrategia de tratamiento médico bajo el modelo biomédico es criticada por observar el proceso de salud/enfermedad como un fenómeno individual puramente biológico, aislado de los cambios históricos y sociales.

De acuerdo con Illich (2006), una de las consecuencias de reducir este proceso a una situación orgánica, es orientar el tratamiento hacia una serie de pasos independientes de las condiciones materiales de las personas, esto, limita la posibilidad efectiva del tratamiento de las mismas. Este autor menciona que los médicos trabajan cada vez más con dos grupos de adictos: aquellos para los que se recetan medicamentos y aquellos que sufren las consecuencias. Esta situación daña la relación médico-paciente al percibir la enfermedad como un fenómeno exclusivamente biológico e individual. Con ello la libertad del médico se reduce a ser “técnico” en medicina (Serrano & Martínez, 2011). Aunque la relación médico-paciente, no se ve dañada por la percepción de exclusividad biológica e individual, sino por tratar la enfermedad bajo un único método de tratamiento. En ese sentido, no significa que el modelo biomédico sea el responsable de los fracasos o demandas actuales, sino que éste ya no es suficiente.

La crítica generalizada al modelo biomédico ocasiona una confusión sobre los atributos reales del sistema de la medicina y por lo tanto de la función del médico. La crítica hacia la figura médica se debe a su comportamiento apático o por su falta de sensibilidad hacia con los pacientes, en lugar de criticar la efectividad de su tratamiento. En otras palabras, si el paciente requiere de escucha, ésta no será dada por un anestesiólogo, o cardiólogo, sino por un especialista en salud mental. De igual forma, una intervención quirúrgica estará al mando de un especialista en cirugía, más no de un nutricionista.

Por otra parte, las perspectivas epidemiológicas anglosajonas y latinoamericanas han arrojado propuestas y críticas interesantes sobre las condiciones materiales y objetivas, requeridas para un efectivo tratamiento de las enfermedades y ampliación de las condiciones de salud de la población. Sin embargo, ambas posturas proponen alternativas a la luz de las condiciones de la primera etapa de la modernidad. Por medio de estas propuestas se proyecta la posibilidad de un escenario de integración social expresado en los planes y propuestas de desarrollo. Por consiguiente, su efectividad se encuentra limitada. En ese sentido, faltaría adecuar ambas posturas bajo la dinámica social de la segunda etapa de la modernidad.

Por lo anterior, comúnmente las reflexiones y propuestas para este sistema, confunden la función, las organizaciones y las interacciones como niveles del sistema de la medicina, así como, a las dimensiones del proceso de salud/enfermedad (física, psicológica y social)¹⁷. En consecuencia, disciplinas externas a la medicina sugieren 'un deber ser' del sistema (por ejemplo, la epidemiología retoma postulados sobre la justicia social, la equidad y el bienestar), más que una evaluación a la atención real del tratamiento de la salud/enfermedad. Es decir, las propuestas para con el sistema de la medicina se establecen dentro de una discusión y postulados éticos difíciles de ser trasladados y ejecutados más allá del establecimiento de condiciones morales¹⁸.

¹⁷ Ver Cuadro 2. [p 91].

¹⁸ Ver concepto moral [apéndice].

De acuerdo con el planteamiento retomado en este trabajo, en la segunda etapa de la modernidad resulta cuestionable aceptar estrategias únicas cuya proyección exprese resultados de unificación. Asimismo, si se desea atender, analizar y tratar el proceso de salud/enfermedad, el fin mismo debe corresponder a este tema, pues, la búsqueda por incorporar estas situaciones en una propuesta más integral y general diluye en sí mismo el objetivo principal. En este caso, el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas.

Para clarificar lo anterior en el siguiente capítulo, se exponen los postulados a partir de los cuales se realizan las estrategias para el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas dentro de la sociedad. Se precisa el carácter moderno de este tipo de enfermedades, así como las propuestas y reflexiones presentes en las últimas décadas.

III. El tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas en la modernidad

En el capítulo I se mencionó que el concepto de modernidad sobrepasa las condiciones particulares, pues más que un momento histórico, es una forma de obrar, pensar y sentir. Por tal motivo, ésta se expresa como actitud, como época y como proyecto (Pérez-Agote José y Sánchez Celso, 2017). Por otra parte, en el capítulo II a partir de la construcción de conocimiento, se discutió sobre el carácter social de la salud/enfermedad y cómo la organización de la sociedad moderna moldea un escenario para la conceptualización, el análisis y el tratamiento de las enfermedades. En esta segunda parte, se dijo que el sistema de la medicina es un sistema parcial cuya función implica el tratamiento de las enfermedades. La configuración de este sistema tiene como resultado la especialización y la interdependencia con otros sistemas, por consiguiente, el modelo biomédico ya no es suficiente para la atención y tratamiento de la salud/enfermedad.

Se resaltó la importancia de distinguir entre la función, las organizaciones y las interacciones como los niveles del sistema de la medicina, así como, no confundir las dimensiones del proceso de salud/enfermedad (física, psicológica y social). Pues, éstas en su conjunto forman múltiples ámbitos de análisis, pero, al mismo tiempo es importante precisar los atributos – en este caso de la sociología – de las disciplinas que buscan generar aportaciones al sistema de la medicina. De igual forma, se subrayó la producción científica de la dimensión social (gracias al estudio de la epidemiología) del proceso de salud/enfermedad como una de las características de la segunda etapa de la modernidad.

Con base en la descripción teórico-conceptual de los capítulos anteriores se argumentó que en la primera etapa de la modernidad existía una meta hacia la integración. En donde, por medio de la división del trabajo, el proceso de racionalización y el desarrollo científico-tecnológico puso como meta el desarrollo y orden social. La diferenciación de la sociedad moderna y el aumento de la complejidad configuraron la segunda etapa de la modernidad, caracterizada por ser diferenciada, reflexiva y

contingente. Estos aspectos rompen con la visión clásica de integración y orden, por lo que se vuelve imposible alcanzar dichos supuestos.

El planteamiento sobre la transición demográfica y epidemiológica se enmarca dentro de los primeros postulados de la modernidad. Estos, suponen una sucesión de etapas inevitables y necesarias para el desarrollo de la sociedad. Bajo estos postulados las enfermedades crónico degenerativas (ECD) son un alcance de las sociedades modernas (un mal necesario). Pero, en este capítulo se argumenta que estas enfermedades no reflejan progreso,

sino, más bien la expresión de modos deficientes de industrialización, urbanización y consumo masivo que se traducen en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como tabaco, alcohol y otras drogas, y hábitos de alimentación poco saludables (Frenk et al., 1991: 487).

Sin duda las ECD son enfermedades modernas ya que las dos etapas de la modernidad construyen la conceptualización, el diagnóstico y el tratamiento de éstas. Gracias a las intervenciones científicas y tecnológicas en conjunto con las medidas de carácter gubernamental, se presentó la oportunidad de controlar o erradicar enfermedades de carácter infeccioso, como la tuberculosis y el paludismo. En consecuencia, la actual preocupación sólo radicaría en prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles (en este grupo estarían las ECD), o bien, las enfermedades relacionadas con la vejez. De esta manera, a partir de los postulados de la primera etapa de la modernidad, existía un escenario alentador. No obstante, y en continuidad con la reflexión de la segunda etapa de la modernidad, hoy en día, se reconoce un proceso dinámico de transformaciones en donde los patrones de salud y enfermedad aparecen, desaparecen o reemergen con los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos.

De forma independiente al nivel de desarrollo de los países surgen “nuevas y complejas constelaciones causales que, sin haber desaparecido aún las antiguas se

suman a ellas para complicar las explicaciones de los trastornos mentales, así como los accidentes, homicidios, suicidios y lesiones violentas” (Martínez y Leal, 2001: 560).

Por ello, comprender e interpretar las ECD como enfermedades modernas, tiene el objetivo de reconocerlas como situaciones complejas dentro de una organización social compleja y dinámica. Las ECD dentro de la forma de organización moderna implica clarificar sus propiedades y por lo tanto admitir las situaciones dinámicas que influyen en el proceso de salud/enfermedad. Con esto se pretende reconocer las características dinámicas de la población que impactan directamente en la salud; la transformación de las enfermedades y los procesos de morbilidad de la población. De ahí que, las ECD no son resultado de la modernización, sino, consecuencia de la forma de organización moderna, la cual sobrepasó los postulados de desarrollo, progreso e integración social.

Los planteamientos sobre la transición demográfica y epidemiológica han servido de fundamento y proyección sobre la dinámica de la población y las condiciones probables de salud/enfermedad. Por ello, en este capítulo se realizó una lectura crítica de ambos postulados. Posteriormente, se incorporan algunos de los aportes realizados por parte del derecho, a partir de los cuales actualmente se orientan las estrategias para el tratamiento del proceso de salud/enfermedad. Una vez presentado este escenario, se precisan las condiciones particulares de las ECD, con ello, se busca cuestionar, los alcances de los postulados anteriores.

3.1 Aspectos generales de la transición demográfica y epidemiológica

Las transiciones demográfica y epidemiológica proporcionan una visión de etapas a seguir para el desarrollo. De acuerdo con Gómez, (2001) esta teoría tuvo sus raíces en análisis demográficos realizados en 1940, pero fue en 1971 cuando Abdel Omran publica un escrito al respecto, ésta se expande como un enfoque que destacaba la transformación de la dinámica de la población mundial a propósito de los cambios estructurales. Esta tipología ha resultado útil para identificar rasgos que pueden ser responsables para activar los cambios masivos para que ocurra una transición en salud. Por ende, tanto la perspectiva de la transición demográfica (TD), como la transición

epidemiológica (TE), han ejercido una gran influencia sobre la investigación y la gestión de políticas en el campo de la salud pública.

En un sentido estricto la TE se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, expresadas en términos de muerte, enfermedad y discapacidad (Frenk et al., 1991). Este planteamiento describe los cambios de las enfermedades infecciosas asociadas a carencias primarias -nutrición, suministro de agua y condiciones de vivienda-, y, las enfermedades crónicas-degenerativas, lesiones y padecimientos mentales, relacionadas con factores genéticos y carencias secundarias -seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual- (Frenk et al., 1991; Santos-Preciado et al., 2003).

Dentro de la TE, la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional (Santos-Preciado et al., 2003). En este planteamiento el desarrollo histórico de la mortalidad está caracterizado por tres fases: la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de enfermedades degenerativas y las causadas por la humanidad (Omran, 1971). Además, el propósito de la TE era describir y explicar la caída de la mortalidad ocurrida en todos los países industrializados (Vera, 2000). “Dichos cambios se interpretaron como la transición de un perfil demográfico propio de los países pre industrializados a un perfil moderno ligado con el crecimiento económico” (Gómez, 2001: 3). De acuerdo con Vera (2000) en la organización tradicional de la sociedad, la fecundidad y la mortalidad son altas; a diferencia de la organización moderna en donde la mortalidad y la fecundidad disminuyen.

Lo anterior se sustenta ya que, durante el último tercio del siglo XIX, como resultado de la revolución en la medicina, la mortalidad en la niñez –particularmente, en enfermedades infecciosas- se redujo. Es decir, se observó una evolución demográfica como resultado del avance de la ciencia y la tecnología; el desarrollo de una infraestructura en transporte y comercio influyó en la reducción de las hambrunas y quizá también de las epidemias (Vera, 2000). De igual forma, el conocimiento, las actitudes y las prácticas dentro de las instituciones promovieron nuevas oportunidades para la

alimentación, la vivienda, el vestido, la educación y la cultura, etcétera (Cordera y Murayama, 2012).

Siguiendo los supuestos generales dentro de la TD y TE, existe una primera fase de alta mortalidad y fecundidad, por lo que, las tasas de crecimiento de la población eran relativamente bajas; después, en la segunda fase, ocurre un aumento de la misma en efecto de la disminución de la mortalidad; posteriormente ocurre un descenso en la fecundidad y en consecuencia una reducción en la tasa de crecimiento de la población. Como resultado, un desarrollo constante gracias a las bajas tasas de crecimiento (Chackiel, 2004).

En ese sentido, la TD y TE son planteamientos modernos. Sus premisas enfocan una descripción a propósito de los puntos mencionados en la primera etapa de la modernidad. “La transición da origen a aplicaciones mecánicas, legítimas y conservadoras que suponen cambios como modernización y progreso” (Gómez, 2001: 12). Se refleja un entusiasmo por el control y la erradicación de enfermedades infecciosas gracias al avance científico. Al mismo tiempo, dentro de estas descripciones se muestra un deber ser; un supuesto, por medio de una lógica natural del desarrollo de la sociedad. “Una suerte de camino por el que tarde o temprano habrían de transitar todos los países” (Martínez & Leal, 2001: 554) para alcanzar el desarrollo económico.

De acuerdo con Martínez y Leal (2001) esta descripción postula la creencia de un mundo gobernado por leyes, con la capacidad de expresarse en ecuaciones universales. Con el objetivo de calcular todas las condiciones de salud/enfermedad, para poder actuar en cualquier momento. Bajo esta narrativa, las enfermedades crónicas y degenerativas, el aumento de accidentes viales o la violencia; son problemas de salud pública inevitables para el progreso. “Difícilmente puede negarse que posponer la muerte sea algo positivo. Sin embargo, es muy cuestionable que los padecimientos degenerativos, los accidentes o la violencia representen una forma de morir más “civilizada” que las enfermedades infecciosas” (Frenk et al., 1991: 487).

Como en la primera etapa de la modernidad, existe una idea de unificación social en donde se esperan resultados únicos, por medio de la búsqueda de manuales generales. En ese sentido, las críticas hacia la TD y la TE identifican que estos planteamientos manifiestan una historia natural y necesaria, que no visualiza otras opciones de desarrollo, ni da lugar a cuestionamientos. Pero, a su vez, la previsión y crítica de este planteamiento puede identificarse con la posibilidad de reflexión, propia de la segunda etapa de la modernidad en donde existe una confrontación entre las posibilidades del análisis.

Es importante rescatar que los postulados de la TD y la TE permitieron dar cuenta de la relación que existe entre los cambios sociales y la transformación de la dinámica poblacional. “La mortalidad, la nupcialidad, la movilidad espacial y la fecundidad forman un sistema de reproducción demográfica, en el cual cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales” (Zavala, 2014: 84).

Las investigaciones sobre la TD y TE en el territorio de América Latina y el Caribe (AL y C), han manifestado la importancia de reconocer la historia de este territorio, a partir del proceso de colonización y mestizaje, guerras, hambrunas, migraciones y epidemias (Vera, 2000; Chackiel, 2004; Gómez, 2001; Martínez y Leal, 2001; Santos-Preciado et al., 2003). Pues, se manifiesta que muchos países latinoamericanos parecen estar estancados en una situación de morbilidad mixta en la que hay una gran incidencia de infecciones, mientras el número de enfermedades crónico-degenerativas se incrementa, en conjunto con el envejecimiento de la población y por lo tanto incrementan los factores de riesgo. A continuación, se describe de forma particular el escenario latinoamericano.

3.2 La transición demográfica y epidemiológica en el escenario Latinoamericano

Los planteamientos de la TD y TE, recuperaron importante información sobre la dinámica poblacional de Latinoamérica. Las investigaciones desde estos planteamientos, coinciden en destacar el año 1930 como el inicio de las transformaciones (sobre dinámica de la población), más significativas del territorio¹⁹. En esta región, durante el siglo XIX la esperanza de vida era reducida y, se reflejaba una fuerte incidencia de enfermedades infecciosas debido a la alta mortalidad a causa del paludismo. “Numerosos brotes epidémicos de viruela, tifo, peste, cólera, fiebre amarilla y gripe española azotaron la región a lo largo del siglo XIX, en un contexto de crisis económica, de inestabilidad política y de guerrillas” (Zavala, 1995: 35). A partir de 1930, los países de AL y C, empezaron a ejecutar programas de salud pública, organizaron campañas de vacunación y prevención de enfermedades infecciosas; se construyeron redes de agua potable y alcantarillado, así como centros de salud. Como resultado la esperanza de vida aumentó (Chackiel, 2004; Frenk et al., 1991; Zavala, 1995).

Con base en Frenk et al., (1991), la esperanza de vida en la mayor parte de los países latinoamericanos era inferior a 40 años y más del 60% de las muertes eran debidas a enfermedades infecciosas. Posterior al año de 1950, la esperanza de vida de la región era superior a los 50 años y solo en Haití y Perú era de 40 años. Después en la década de los ochenta, la esperanza de vida promedio era de 64 años; y en el periodo comprendido entre 2015 y 2020, alcanzó los 75,2 años (Naciones Unidas, 2019).

Al elevarse la esperanza de vida también se elevó la nupcialidad y la fecundidad. A estos años se les denominó como los años de la explosión demográfica. “Como consecuencia, la población latinoamericana pasó de 111 millones de habitantes en 1930 a 216 millones en 1960. Culminaron las tasas de crecimiento demográfico con una tasa media anual de 2.8 por ciento entre 1960 y 1965” (Zavala, 1995: 34). A partir de 1990 el

¹⁹ Además, se reconoce que no existe información ni continua ni discontinua que permita establecerlas antes del siglo XIX, ya que durante ese siglo comenzaron a elaborarse series nacionales continuas en Norteamérica y en la mayor parte de los países de Europa occidental; en cuanto a los países latinoamericanos esas series comenzaron a ser elaboradas hasta el siglo XX (Vera, 2000)

crecimiento poblacional de la región empieza a desacelerarse y, actualmente, la población crece a un ritmo de 6 millones de personas al año (CEPAL, 2019).

Durante esos años, la fecundidad latinoamericana se situaba entre 6 y 7.5 hijos por mujer. Esta situación, incidió en las configuraciones familiares, en la urbanización, en la escolarización, en el mercado del trabajo, y en la condición femenina” (Zavala, 1995: 42). De acuerdo con Chackiel (2004), Costa Rica, Brasil, México y República Dominicana, entre 1950 y el 2000 tuvieron una caída en la tasa global de fecundidad del 60 %. De forma general AL y C, pasó de tasas de fecundidad relativamente altas (5,5 hijos por mujer) en el período 1965-1970 a tasas levemente inferiores a lo que se conoce como nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) entre 2015 y 2020 (CEPAL, 2019).

En este periodo, hay un descenso en los niveles de mortalidad y una reducción significativa en la fecundidad a propósito del uso de anticonceptivos. Este proceso resultaba alentador, pues lo que en países de Europa les había tardado recorrer 200 años en estos países solo les había costado 30 años (Zavala, 1995; 2014). El aumento progresivo de la esperanza de vida y la baja en la tasa global de fecundidad inciden en cómo se proyecta el crecimiento de la población del continente.

A pesar de esta disminución, el aumento de nacimientos del grupo de 15-19 años refleja una situación alarmante. Pues manifiesta la emergencia del embarazo adolescente dentro de la región (Chackiel, 2004). República Dominicana, Venezuela, Panamá, Ecuador, Guatemala, Paraguay, El salvador, Colombia, Bolivia, Argentina, México, Brasil, Uruguay, Guyana y Perú, son los países de la región que se encuentran entre los 60 países con mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo en 2015-2020 (CEPAL, 2020).

La principal consecuencia de este fenómeno es la transformación de la estructura por edades, que implica el envejecimiento de la población. Es decir, se pasará paulatinamente de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de éstas, a sociedades

envejecidas²⁰. Por otra parte, los países de la región viven cambios profundos en el patrón de mortalidad, pero, muchas veces se retrocede en el combate a enfermedades que aparentemente están superadas.

De forma paralela, luego de la primera mitad del siglo XX, la población estuvo expuesta a los riesgos propios de un país con desarrollo social e infraestructura, en donde la enfermedad se convierte en un estado crónico que en su mayoría se sufre durante largos períodos de la vida (Frenk et al., 1991). A finales del siglo XX hizo explosión en todo el planeta lo que hoy se define Síndrome Metabólico²¹(Moreno-Altamirano, 2009). La obesidad, la diabetes, la hipertensión (entre otras) tienen un origen multifactorial con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y la agenda política.

Cabe destacar el estancamiento de la esperanza de vida al nacer en México desde la década de 2000 (Naciones Unidas, 2019) debido principalmente a las muertes por homicidio y a la diabetes mellitus (Canudas-Romo, García-Guerrero y Echarri-Cánovas, 2015). A su vez, el territorio enfrenta el resurgimiento de epidemias, enfermedades transmisibles, reemergentes o emergentes causadas por nuevas formas patógenas de distintas variedades de virus que aparecen debido a cambios en el ambiente, en los estilos de vida o en los desplazamientos poblacionales (OPS, 2017). La Organización Panamericana de la Salud OPS (2017), destaca la influenza, el cólera (Cuba, Haití, México y República Dominicana), la creciente resistencia a los antimicrobianos, las enfermedades transmitidas por vectores (enfermedad por el virus de Zika, fiebre amarilla, dengue, malaria), las enfermedades crónicas transmisibles

²⁰ 0 a 19 años (población juvenil), 20 a 39 años (adultos jóvenes), 40 a 59 años (adultos) y 60 años o más (personas de edad). Se utilizan estos grupos, pues, la población en edad de trabajar se define como el grupo de 20 a 64 años, mientras que se consideran como dependientes los grupos de 0 a 19 años y los mayores de 65 años (CEPAL, 2014).

²¹ El síndrome metabólico (SM) constituye un estado de alto riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades del corazón y por diabetes, y las personas sedentarias son particularmente susceptibles a padecerlo. La prevención y el tratamiento del SM se basan en modificaciones en los estilos de vida, principalmente en la dieta y el aumento de la actividad física (Soca, 2009).

(tuberculosis, lepra, VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual [ITS]) y las zoonosis (rabia, leptospirosis, fiebre aftosa), entre otras.

De acuerdo con CEPAL/OPS (2020), el rebrote de enfermedades que se creían superadas se relaciona con las condiciones de la pobreza y la limitada cobertura de servicios. Los problemas estructurales de la región se deben principalmente, a la desigualdad e informalidad laboral, la desprotección social, la pobreza y las condiciones de vulnerabilidad. Además, se presentan grandes flujos migratorios y desplazamientos de población a zonas urbanas marginadas, carentes de acceso a servicios básicos y con sistemas de salud fragmentados.

Por tales motivos, este panorama expresa una compleja dinámica poblacional dentro del territorio, donde constantemente existe una confrontación de los postulados clásicos de la TD y TE. Trabajos como los de Chackiel, (2004); Frenk et al., (1991); Santos-Preciado et al., (2003); Zavala, (1995)., han realizado diferentes modificaciones a los postulados generales para adecuar las transiciones poblacionales demográficas y epidemiológicas en AL y C. Pero, a pesar de estas modificaciones se llega a la conclusión de que la manifestación de las enfermedades y dinámicas demográficas se debe más al fracaso en la ejecución de los planes de desarrollo, que a las diferencias históricas del territorio. Por lo tanto, las estrategias para el tratamiento de los procesos de salud/enfermedad se orientan hacia el proyecto de desarrollo de Latinoamérica.

En la actualidad, el sistema del derecho ha generado un marco jurídico-normativo nacional e internacional en donde se incorpora la prevalencia a la salud y el tratamiento de las enfermedades. Dentro de este marco legal el derecho a la salud se encuentra en una meta más amplia de bienestar bajo postulados de desarrollo, equidad y justicia social (Dieterlen, 2015). Estos postulados se trasladan en la construcción de planes y políticas para el tratamiento de la salud/enfermedad. En ese sentido, la creación de estas normativas son ejemplo de interdependencia entre el sistema de la medicina y el sistema del derecho. A continuación, se presenta brevemente el marco jurídico-normativo en relación con el derecho a la salud.

3.3 La protección de la salud en la modernidad: aportaciones desde el derecho

Con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y su Declaración Universal de los Derechos Humanos se marcó el inicio de una serie de acuerdos, convenios, y tratados entre las naciones, en busca de respeto y una convivencia hacia la paz (Cano-Valle, 2001) de esta forma, la salud se establece como uno de los principales derechos de la ciudadanía.

La declaración firmada en 1948 constituye el sustento a partir del cual se han elaborado y suscrito posteriores declaraciones y convenios específicos para el área de la salud. De forma particular, en el artículo 25° se reconoce que

toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud, y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*, OMS, 1948).

De esta manera, el derecho a la salud tiene un alcance universal. Todos los Estados miembro reconocen entre ellos el derecho a la salud, y se comprometen a proteger este derecho en legislaciones o políticas nacionales y en conferencias internacionales. Entre los acuerdos más significativos destaca la declaración realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde se plantea que la salud es: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Éste, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Por ende, la salud es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad por medio de la cooperación de las personas y de los Estados (OMS, 1948).

Por su parte, el informe Lalonde (1974) en Canadá presentó nueva perspectiva sobre la salud de la población y marcó la emergencia de la era moderna de la promoción

de la salud al propugnar un marco conceptual para el análisis de la situación de salud más integral y abogar por el rol de los enfoques preventivos en las políticas nacionales de salud (Mújica, 2015).

De esta forma, en la Declaración de Alma-Ata (1978), se afirma la función decisiva de la atención primaria de salud orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad. Además, resalta el préstamo de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver esos problemas (Cano, 2001). De forma específica, la Declaración de Alma-Ata (1978) destaca los siguientes puntos:

- La salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico social de las sociedades.
- La salud es sólo posible de satisfacer en la medida que se pueda resolver el problema de la pobreza y el subdesarrollo.
- Existe o debe existir una corresponsabilidad entre los países pobres y ricos para lograr el desarrollo, la paz mundial y un trato más equitativo entre las naciones: esto es, lograr un nuevo orden económico internacional,
- La salud es una problemática que declarativamente se reconoce como mundial.
- A nivel global destacan dos puntos insuficientes a tratar, la calidad de los servicios y el costo para el financiamiento.

Posteriormente, la Carta de Ottawa de 1986 y la expansión del movimiento de promoción de la salud llamó la atención sobre el rol de los factores externos de la atención de la salud y en particular, los factores sociales y económicos, como determinantes del estado de la salud poblacional. Simultáneamente, el activismo ecológico resalto los determinantes ambientales de la salud, en donde se abogaba especialmente por comportamientos saludables en la fuerza de trabajo y reglas de seguridad en el lugar de trabajo (Mújica, 2015).

Además de estas declaraciones, se han presentado diversos convenios y sugerencias internacionales que amplían situaciones particulares, como la discriminación, los derechos del paciente, las personas en situación de discapacidad, etc. A continuación, se enlistan brevemente algunos de estos acuerdos.

Acuerdos Internacionales en relación con el derecho a la protección en Salud

Año	Declaración/ Convenio/Sugerencias
1945	Carta de las Naciones Unidas
1946	Constitución de la Organización Mundial de la Salud
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
1948	Declaración de Ginebra por la Asociación Médica Mundial, sobre los derechos humanos y la salud
1949	Código internacional de ética Médica
1959	La declaración sobre los Derechos del Niño
1965	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, art. 5 iv
1996	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
1996	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos facultativos (1966 y 1989)
1973	Declaración de los Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales
1974	El Lalonde Report "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses"
1975	La Declaración de los derechos de los impedidos
1975	La declaración de Tokio sobre Normas Médicas con respecto a la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, o Castigos Impuestos sobre Personas Detenidas o Encarceladas
1978	Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud
1979	El Juramento de Atenas del Consejo Internacional de Servicios Médicos
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b) y su protocolo facultativo 1999
1981	La Declaración de Lisboa por la 34 ^a . Asamblea Médica Mundial
1982	La Asamblea General de la ONU establece los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos inhumanos y degradantes

1984	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) y su Protocolo facultativo 2002
1988	La Declaración contra la Discriminación de Personas enfermas de SIDA
1988	Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)
1989	Convención sobre los Derechos del Niño: art. 24 y sus dos protocolos facultativos (2000)
1989	Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes
1990	Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares: arts. 28, 43 e) y 45 c)
1992	Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo
1993	Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer
1993	Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
1994	informe de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo
1996	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: art. 12
1997	Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos
2000	Declaración de los Objetivos del desarrollo del Milenio
2001	Declaración y Programa de Acción de Durban de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia
2002	Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
2005	Comisión sobre los Determinantes sociales de la Salud
2006	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: art. 25.
2006	Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos: versión consolidada
2015	Objetivos sobre el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)
	Elaboración propia con base en: Cano Valle, Rubén Fernando (2001), percepciones acerca de la medicina y el derecho, UNAM- IIJ, México.

Por medio de todas estas referencias el derecho a la salud se construye como un derecho inclusivo, en donde, además de considerar el acceso a la atención sanitaria, se incorporan factores que puedan contribuir a una vida sana. Por ejemplo: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; e igualdad de género.

Por su parte, en 2005 a raíz de la edición 57 de la Asamblea Mundial de la salud, el director de la OMS de esa época Lee John-Wook, anunció la creación de una Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en donde se creó una red mundial de instancias normativas, de investigadores y de organizaciones de la sociedad civil que discutieron la incidencia de las condiciones sociales en la salud de la población. Por lo que, para el año 2008 luego de una recopilación de datos a nivel mundial, la CDSS presentó su informe en donde recomendaba adoptar medidas integrales como: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución del poder, el dinero y los recursos, además de, continuar con la medición y análisis del problema para afrontar las inequidades sanitarias (OMS, 2013).

El responsable de la CDSS fue Michel Marmot en colaboración con su equipo de trabajo de la University College London (UCL), además, dentro de los participantes académicos destaca Amartya Sen (Benach de Rovira, Muntaner, Tarafa, y Vergara, 2008). “El equipo de la Comisión fue dividido en siete grupos de trabajo dedicados a recoger los puntos de vista de gobiernos, organizaciones académicas y sociedad civil en áreas de trabajo, ciudades, desarrollo del niño, género, globalización, exclusión y sistemas de salud” (Acero, Caro, Henao, Ruiz, y Sanchez, 2013: 105)

A su vez, el marco conceptual de la Comisión es construido a partir de la epidemiología social europea por autores como Whitehead, Dahlgren, Diderichsen y Evans. Esta perspectiva propone un modelo que agrupa los determinantes sociales en dos niveles jerárquicos: estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales implican la posición socioeconómica, el género y la etnia; de la posición socioeconómica dependen la educación, la ocupación y el ingreso; los determinantes intermedios implican los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud (Acero et al., 2013).

Con base en Peñaranda (2013), los determinantes de la salud se encuentran configurados por niveles. Bajo este modelo, los determinantes de la salud se consideran pertenecientes a cuatro dimensiones, los llamados campos de la salud: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención de la salud.

En el nivel más externo se encuentra el contexto socio-político, entendido como una serie de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que influyen los patrones de estratificación social, tales como: el sistema de educación, el mercado laboral y las instituciones políticas. En un nivel más interior se encuentran los determinantes estructurales, aquellos que causan, de manera directa, la estructuración social, tales como: la educación, el ingreso, cohesión social, género y raza. En un nivel más interno y como consecuencia de la configuración de la estratificación social, se encuentran los determinantes intermedios que, a su vez, determinan diferencias en el grado de exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud, tales como: las condiciones de vida y de trabajo, acceso a los alimentos, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables (Peñaranda, 2013: 92).

El Informe transmitió la visión pionera y ampliamente compartida de que los determinantes de la salud van más allá del nivel individual. Así como que la salud no es alcanzable para la mayoría de la población debido a la concentración de los recursos de la salud pública en servicios personales (Mújica, 2015).

Siguiendo a Peñaranda (2013) y Puyol (2012), dentro de la Comisión, los determinantes sociales de la salud, proponen un análisis de la salud desde una perspectiva de equidad, dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos. Éstos introducen elementos éticos, es decir, normativos en el análisis de las causas de las enfermedades y en su distribución entre los individuos y los grupos sociales. Se plantea que existe una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. Por lo que se reconoce la existencia de un orden social y político injusto el cual requiere transformaciones estructurales. Por ende, se propone la necesidad de “una nueva moralidad para la globalización, ya no bajo la imposición de los valores referidos al mercado, correspondientes a un modelo de desarrollo neoliberal, sino en valores universalmente compartidos y en la garantía de los derechos humanos” (Peñaranda, 2013: 92).

Desde los planteamientos éticos la desigualdad social puede considerarse como un factor que limita el goce de los derechos humanos de varios sectores de una sociedad. Por ende, la desigualdad social en salud implica un acto inmoral e injusto, ya que varios sectores de la sociedad no pueden cubrir esa necesidad básica. De acuerdo con Margaret Whitehead (1992), las desigualdades o inequidades en salud son injustas cuando no son resultado de la libre elección de los individuos, sino, producto de situaciones que están fuera de control. Según este enfoque, las inequidades en salud pueden atribuirse a conductas dañinas para la salud debidas a un grado de elección de vida severamente restringido, por ejemplo, la exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres y estresantes o el acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros básicos como la sanidad, vivienda o atención médica.

Asimismo, este planteamiento se encuentra mediado por las consideraciones de “justicia social” propuestos por Amartya Sen. En este sentido, la salud se plantea como una capacidad, pues, la equidad no se centra en los resultados (estado de salud) sino en las oportunidades. “No se requiere la obtención del mismo nivel de salud para todas las personas, sino una distribución tal de los determinantes de la salud que permita a todos tener la misma oportunidad de tener una vida saludable” (Peñaranda, 2013: 93).

La equidad en la salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse (Whitehead, 1992). La equidad en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Por su parte, el término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.

Si bien los juicios sobre qué situaciones son injustas variarán de un lugar a otro y en función del tiempo, un criterio ampliamente usado es del grado de elección en cuestión. Allí donde las personas tienen poca o ninguna posibilidad de elección del modo de vida y las condiciones de trabajo, las diferencias resultantes en salud tienen mayor probabilidad de ser consideradas injustas en comparación con aquellas resultantes de la elección voluntaria de un riesgo. El sentido de injusticia se incrementa en los grupos donde las desventajas se suman y se refuerzan entre sí, haciéndolos muy vulnerables a la mala salud (Whitehead, 1992).

De acuerdo con la OMS, la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermarse y al riesgo de morir de forma prematura, de tal manera que los determinantes sociales de la salud (DSS), es decir, las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, así como el tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad son los que determinan la desigualdad y la inequidad social. Estas condiciones están a su vez influidas por fuerzas políticas y económicas de cada región (Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capraro, y Limón-Cruz, 2014).

El marco teórico de la justicia social, “analiza explícitamente quién se beneficia y quién se ve perjudicado por la explotación económica, la opresión, la discriminación, la desigualdad y la degradación de los recursos naturales” (Krieger, 2002: 483). A partir de este marco conceptual se reconocen las preocupaciones sobre cómo las violaciones a los derechos humanos pueden dañar la salud y por ende traducir estas faltas en acciones gubernamentales.

La justicia social ha sido un estandarte en la práctica de la salud pública para muchos salubristas. Siguiendo a Arias-Valencia (2017), la discusión sobre el tema tiene como antecedente los postulados de John Rawls. Este autor destaca la importancia de garantizar los bienes o libertades sociales básicas que necesita cualquier persona para alcanzar los fines particulares. Posteriormente, Sen y Nussbaum, a partir de la crítica que hacen a Rawls, elaboran una propuesta de justicia desde un enfoque de capacidades; este enfoque concibe cada persona como un fin en sí misma y no se

pregunta solamente por el bienestar total o medio, sino por las oportunidades disponibles para cada ser humano. Está concentrado en la elección o en la libertad, pues defiende que el bien crucial que las sociedades deberían promover para sus pueblos es un conjunto de oportunidades.

En ese sentido, los DSS pusieron como objetivo lograr la equidad en salud para cerrar la brecha de salud existente en el mundo. Para lograrlo, proponen un financiamiento justo orientado al aumento del gasto en salud; equidad de género; buena gobernanza; equidad desde el inicio de la vida, y empleo justo.

En relación con lo anterior, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es el último y actual informe por el que se orientan las estrategias para la configuración y evaluación del sistema de la medicina. El objetivo principal de la Agenda 2030, es poner la igualdad y dignidad de las personas en el centro y cambiar el estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente (Naciones Unidas, 2019). Con el fin de “alcanzar la prosperidad compartida en un mundo sostenible” (Naciones Unidas, 2019: 2), los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) proyectan 17 ejes de acción para que “todas las personas puedan llevar una vida productiva, vibrante y pacífica en un planeta sano” (Naciones Unidas, 2019: 2).

Con estos objetivos se busca promover el bienestar por medio de una reforma del sistema de desarrollo dominante, pues se propone una visión inclusiva y sostenible. Sin embargo, aunque, los ODS reconocen la falta de viabilidad de las formas de producción y consumo (Naciones Unidas, 2018), este planteamiento no sale del discurso de las perspectivas desarrollistas del pasado.

Cada uno de los 17 objetivos son presentados como obstáculos para el desarrollo y por lo tanto, las estrategias se orientan a subsanar las condiciones que han dejado los antiguos planteamientos, en lugar de proponer estrategias para cada uno de los problemas particulares. En ese sentido, las propuestas buscan corregir el pasado en lugar de la ejecución de programas que permitan orientar las problemáticas actuales y mejorar las condiciones para el futuro.

Sin duda la reflexión sobre el derecho a la salud amplía el panorama de las condiciones de la dimensión social del proceso de salud/enfermedad y, a su vez, la recuperación de la perspectiva de los determinantes sociales presentó indicadores tales como: educación, trabajo, nivel de ingresos o género con la posibilidad de la creación de estrategias metodológicas para el análisis y la medición de estas condiciones. No obstante, bajo la narrativa expuesta a lo largo de este trabajo, resulta cuestionable sustentar una propuesta de carácter integrador para el análisis y la resolución de las problemáticas sociales. Esto implicaría, tener solo una posibilidad de organización que mantenga como meta la unificación de la sociedad.

Sin duda, el informe de los Objetivos del Desarrollo Sostenible destaca por su consolidado análisis y recolección de datos para el diagnóstico económico y social. El reconocimiento y ampliación sobre el derecho a la salud permite analizar la seguridad social y la posibilidad de crear un acceso universal a los servicios en salud. A partir de esta postura se busca que mientras más personas puedan acceder a servicios de salud los problemas sanitarios disminuyan. Pero, a su vez, por medio del discurso de la equidad y la justicia social en ocasiones se difumina la elaboración y ejecución de propuestas de carácter gubernamental, y estas únicamente se trasladan en la manifestación de recomendaciones de buena voluntad. Esto se debe a que deja fuera precisiones conceptuales primordiales para la operatividad de planes, políticas o programas sociales. Por este motivo, resulta igualmente cuestionable lograr las metas propuestas a partir de estos planteamientos.

Por ello es importante analizar mayores estrategias que complementen el tratamiento de las enfermedades. En la actualidad, los problemas sanitarios exigen condiciones más allá del acceso a la salud. Para ejemplificar lo anterior, en el próximo apartado se describen las características de las enfermedades crónico-degenerativas, así como los retos que representa su tratamiento.

3.4 ¿Qué son las enfermedades crónico-degenerativas?

En el trabajo *Visión panorámica sobre las enfermedades crónico-degenerativas* elaborado por González, Hernández, y Santana (2015), se describen dos grupos de enfermedades; las enfermedades simples y las enfermedades complejas. Las primeras generalmente son resultado de alteraciones recientes, sin modificar amplia o sustancialmente la fisiología del organismo. En cambio, las enfermedades complejas producen una serie de alteraciones fisiopatológicas amplias. Pueden ser el resultado de una predisposición genética en combinación con factores ambientales. En consecuencia, provocan una cascada de desregulación que altera en mayor o menor grado la mayoría de los tejidos y órganos. En este tipo de enfermedades no existe una solución definitiva y tienden a ser de carácter crónico y progresivo.

Las enfermedades complejas son el resultado de la interacción de una tendencia mórbida y una tendencia homeostática²². Es decir, es una relación de constante choque entre la predisposición genética, los factores sociales y los factores adquiridos propios de la enfermedad. El manejo de este tipo de enfermedades está en la prevención para minimizar y evitar que se generen complicaciones, pues la falta de prevención y cuidado facilita el desarrollo de otras enfermedades simples y complejas.

Las enfermedades crónico-degenerativas (ECD), comparten las características de las enfermedades complejas. Estas son enfermedades que se presentan por un periodo de tiempo en donde la estructura orgánica se degenera, muchas veces se relacionan con el régimen alimentario, o estilo de vida, además, son un serio problema de salud pública, ya sea por su costo directo a la sociedad o por su efecto directo en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (Vargas-Parada y Laclette, 2010). Además, éstas pueden aumentar el riesgo de presentar otra enfermedad simple o compleja. Por lo que se presenta un proceso de comorbilidad y polifarmacia²³.

²² La homeostasis es la capacidad que tiene el cuerpo para mantener y regular sus condiciones internas. Ésta es crítica para regular el funcionamiento adecuado del cuerpo tales como: la presión sanguínea, la temperatura corporal, frecuencia respiratoria y niveles de glucosa sanguínea (Cannon, WB, 1932).

²³ La polifarmacia “constituye una de las situaciones más frecuentes con implicaciones relacionadas con la morbimortalidad en el adulto mayor, provocado por cambios fisiológicos que afectan la distribución de

Entre las ECD más reconocidas se encuentran:

diabetes mellitus, obesidad, cáncer, hipertensión arterial sistémica, osteoartritis, enfermedades cardio cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, hipertensión pulmonar, sarcopenia, enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico [LES], síndrome de Sjögren, psoriasis, esclerodermia, espondilitis anquilosante, etc.) esclerosis múltiple, depresión, enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), etc (González et al., 2015: 58).

González et al., (2015), reconocen tres etapas o peldaños dentro de las enfermedades complejas. El primero es cuando aparecen las primeras alteraciones biomoleculares y clínicas propias de la enfermedad. Aquí la enfermedad se manifiesta de manera fugaz y con baja intensidad; por ello, el organismo logra controlar la normalidad de los parámetros biológicos. “Si la persona puede generar procesos virtuosos para potenciar la reserva homeostática, las crisis prodrómicas [malestares precedentes a una enfermedad] serán menos frecuentes y graves. Si la persona no tiene la capacidad para mantener o recuperar su reserva homeostática [capacidad de autorregulación], entonces caerá al siguiente peldaño” (González et al., 2015: 59). Lo más importante en este período es fortalecer al organismo para colaborar en el proceso de homeostasis.

La aceleración y gravedad de la enfermedad depende de la capacidad homeostática de reaccionar ante los desafíos patológicos. “La reserva homeostática va menguando paulatinamente a medida que la enfermedad va avanzando: la potencia de la reserva homeostática es inversamente proporcional a la gravedad de la enfermedad. A medida que avanza la enfermedad, las alteraciones biomoleculares son más y más

medicamentos: alteraciones en la motilidad intestinal, aumento del pH gástrico, disminución del flujo esplácnico y del transporte activo intestinal de sustancias como hierro o vitamina B12, cambios en la distribución por disminución de agua corporal total, reducción de la masa magra corporal y de las proteínas totales que afecta el transporte ligado a ellas, de ahí la necesidad de su atención por un profesional suficientemente capacitado” (Hernández Ugalde, Felipe, et al., 2018).

complejas y disfuncionales” (González et al., 2015: 59). En consecuencia, el segundo peldaño se manifiesta.

El segundo peldaño se caracteriza por la expresión biomolecular y clínica propia de la enfermedad, aquí las expresiones son muy evidentes. Existen elementos suficientes para documentar la enfermedad. Esta etapa es muy importante ya que su atención refleja el grado de aceleración posterior. “No hay cura; solo se mantiene la enfermedad en un grado de “control” que en el mejor de los casos hace más lenta la evolución, pero no evita la progresión” (González et al., 2015: 59). Se reconoce que la enfermedad inevitablemente progresará, pero se sugiere fortalecer la reserva homeostática para que los estragos sean menos severos.

Al llegar al tercer peldaño los pacientes requieren cuidado médico continuo, casi siempre dependen de uno o varios cuidadores y los internamientos en hospitales son más frecuentes y prolongados. El gasto médico social aumenta. Muchos de los pacientes se encuentran en condición de cuidados paliativos. Casi siempre hay daño en varios órganos fundamentales: riñón, hígado, pulmones, corazón, cerebro, etc. Muchas otras funciones están reducidas (agudeza visual, auditiva, mental, emocional, mal control de esfínteres) y la sarcopenia (pérdida de masa de músculo) es grave. Las infecciones son frecuentes y de difícil control (González et al., 2015).

En resumen, las ECD son una serie de enfermedades de etiología compleja, de lenta y progresiva evolución; incurables a pesar de su complejidad y su evolución. Por la misma razón, es casi imposible encontrar un paciente que padezca solo una de estas enfermedades: la regla es que un paciente presente varias ECD. Por ende, cuando un enfermo presenta alguna ECD, se puede entender que el paciente se encuentra en un estado o condición de mayor vulnerabilidad para presentar alguna nueva enfermedad. A este estado se le denominará “condición de enfermedad crónico-degenerativa” (CECD). Esta condición, además de ser más sensible al desarrollo de otras enfermedades hace que el paciente sea más vulnerable a la lesión por medicamentos (González et al., 2015).

Con base en Rakel y Weil (2009), actualmente es la época de la humanidad en donde son más frecuentes y complejas las ECD. De acuerdo con sus características, éstas no pueden limitar su estudio a un solo órgano o sistema. El paciente demanda que la atención de su problema de salud se haga de manera holística. De igual forma muchas de las ECD complejas presentan comorbilidades. Además de lo anterior, el impacto que tiene sobre toda la fisiología, con frecuencia ocasiona alteraciones que afectan a la función bioquímica, celular, sistémica, emocional, y social.

Debido a las condiciones anteriores y siguiendo a González et al., (2015),

pretender resolver estas enfermedades modificando una sola biomolécula que se encuentra evidentemente alterada es un error; puesto que en estas enfermedades las alteraciones no se limitan a una o 2 biomoléculas, sino que son muchas y muy variadas (generalmente son muchas vías o cascadas biomoleculares). Orientar el tratamiento a una sola ruta ya ha costado muchas vidas y ha supuesto gasto social excesivo e innecesario. Los sistemas de salud de casi todos los países están colapsando debido a un enfoque equivocado 'reduccionista' de la salud y la enfermedad (p. 63).

A partir de este planteamiento se reconoce dentro y fuera de la disciplina medica la necesidad de adecuar los mecanismos para el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo, con esta descripción se pretende acentuar la importancia de la precisión y fundamentación teórica- conceptual para la creación de propuestas para el proceso de salud/enfermedad.

3.4.1 El panorama actual de las enfermedades crónico-degenerativas

En el año 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destacaron la importancia de realizar un plan de acción sobre el tratamiento, la prevalencia y prevención de las enfermedades no transmisibles. Ambas organizaciones destacan el incremento de estas enfermedades en los últimos años y por lo tanto una necesaria atención a las mismas. De acuerdo con la OMS (2020), en 2016, las ENT representaron el 71% de las defunciones mundiales, y el 85% de los

15 millones de defunciones prematuras (entre los 30 y los 70 años) se produjeron en países de ingresos bajos o medios. Por su parte, la OPS (2014) subraya que las ENT son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico.

Este trabajo optó por nombrar a las ENT, enfermedades crónico-degenerativas (ECD), pues, la conceptualización de ENT únicamente refiere al grupo de enfermedades que no son causadas por infecciones agudas y dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo (OPS, 2017), a diferencia de las ECD que expresan una condición de desventaja al acentuar y hacer explícito su carácter crónico y degenerativo.

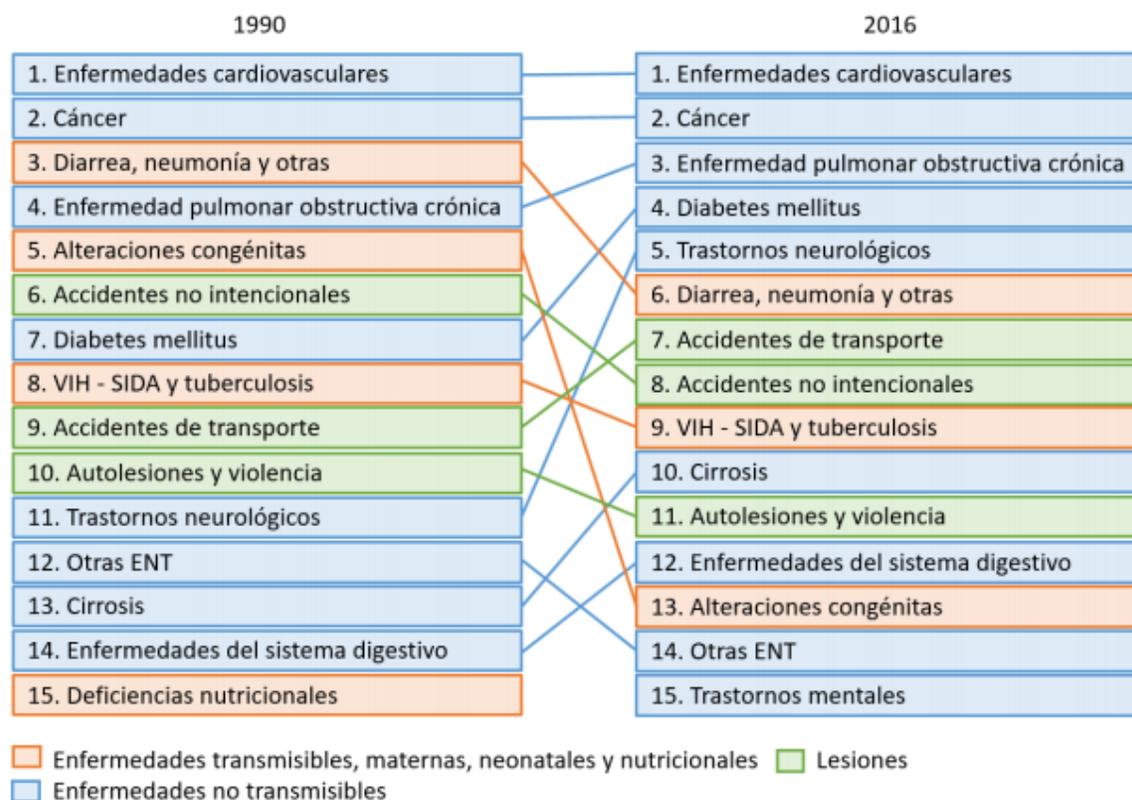
La prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas ECD está muy relacionada con el aumento de la expectativa de vida de las poblaciones. “Estas enfermedades son de causa multifactorial y una vez diagnosticadas se padecen por muchos años, dañan lentamente al organismo, lesionan órganos vitales, necesitan de atención médica periódica y pueden llevar a las complicaciones y a la muerte en un periodo más o menos largo” (Seijo-Vázquez y Márquez-González, 2018: 221). Este grupo de enfermedades representan una verdadera epidemia principalmente países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (31 millones) de las muertes y va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación (OMS, 2017).

De acuerdo con González, Páez y Pinto (2018), las enfermedades crónico-degenerativas atacan a cualquier grupo poblacional y la asociación más frecuente es dada por los factores de riesgo expuestos a las personas, éstos aumentan la probabilidad de padecer ECD. Entre los factores de riesgo se encuentran las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol; además también se ven favorecidas por factores como la urbanización rápida y no planificada, el estrés excesivo y el mal uso de la tecnología.

De acuerdo con Serra (2020), en los últimos 40 años se han presentado tres pandemias, las cuales cobraron muchas muertes. Una de ellas se debe al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, la otra se debe al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-sida) y la reciente pandemia provocada por la COVID-19. Por consiguiente, las enfermedades crónico-degenerativas son un reto en la actualidad (en conjunto con los dos padecimientos mencionados). Con base en los Anuarios Estadísticos de Salud de Cuba (2019) y de la Organización Mundial de la Salud (2020), se considera que la morbilidad y mortalidad por este tipo de enfermedades incrementan por año y más de 40 millones de personas mueren anualmente. Las principales causas de fallecimiento se deben a las enfermedades cardiovasculares (17.7 millones cada año), el cáncer (8.8 millones cada año), enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones) OMS (2020).

La mortalidad y la morbilidad debidas a las ECD se encuentran entre los principales retos para el desarrollo en el siglo XXI. Más de 36 millones de personas mueren cada año por las ECD, incluidos 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y los 70 años de edad. La carga sigue aumentando sin medida en los países de ingresos bajos e ingresos bajos-medios, mientras que en todos los países esas muertes afectan de forma desproporcionada a los más pobres y los más vulnerables. La mayoría de las muertes prematuras por ECD en las personas de 30 a 70 años se deben a las cuatro principales enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y neumopatías crónicas (OMS, 2017).

Clasificación de principales causas de mortalidad en países de ingresos medios entre 1990 y 2016



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018

El incremento de casos en conjunto con el elevado número de fallecimientos expresa su emergencia como problema de salud pública. A su vez, las enfermedades crónico-degenerativas han sido la causa más frecuente de discapacidad, así como del elevado costo del tratamiento médico y posterior rehabilitación (Serra, 2020). Además, de los 38 millones de muertes por enfermedades no transmisibles registradas en 2012, más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. La mayoría de las muertes por ECD son prevenibles (OMS 2014).

3.4.1 Las enfermedades crónico-degenerativas en México

Siguiendo los estudios de Moreno-Altamirano y Limón-Cruz (2009); Hernández-Ávila, Gutiérrez y Reynoso-Noverón (2013); y Barba, (2018), las enfermedades crónico-degenerativas son uno de los mayores retos en el ámbito de la salud/enfermedad en el país. El incremento de casos en el país ha contribuido a la mortalidad general, así como a la temprana aparición de estas y su elevado costo en el tratamiento.

De acuerdo con el INEGI (2015), entre el año 1960 y el 2000 el número de muertes ocasionadas por cáncer, accidentes y las derivadas de la violencia aumentaron. En consecuencia, en los últimos veinte años las principales causas de muerte en el país se deben a enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos. Sin duda este panorama pone de manifiesto que las enfermedades crónico-degenerativas son actualmente una situación emergente. Pues coincide con la transformación de la sociedad y las actividades productivas.

A lo largo del 2000 al 2018 los padecimientos por enfermedades crónico-degenerativas aumentaron dentro del país. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) menciona que en dicho año existían 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, de los cuales solo el 25% tenía un adecuado control médico, y el 49.8% estaba en riesgo muy alto de padecer complicaciones. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en el adulto aumentó 15.2% en los últimos 12 años. Además, estos son factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares (Soto-Estrada, Moreno-Altamirano, y Pádua Díaz, 2016).

Con base ENSANUT (2016), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016 (dentro del grupo de edad 20 y más). Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. El mayor aumento de la prevalencia de diabetes, al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT MC 2016, se observó entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 o más años de edad. En esta encuesta, la

mayoría de los diabéticos con diagnóstico médico previo tiene entre 60 y 79 años de edad. De igual forma, hay un incremento en el uso de insulina (11.1%) y en el uso conjunto de insulina y pastillas (8.8%), en comparación con lo observado en 2012.

Posteriormente la ENSANUT (2018) menciona que en México la prevalencia actual de hipertensión arterial fue de 25.5%, y de éstos el 40% desconocía que padecía esta enfermedad. La prevalencia en 2018 de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos en el país fue de 10.3%, siendo mayor en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%). Asimismo, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en la población de 20 años y más fue de 18.4%: 20.9% en mujeres y 15.3% en hombres.

De acuerdo con Campos Nonato et al. (2018), en el país anualmente son diagnosticados aproximadamente 450 mil casos nuevos de hipertensión arterial sistémica. En las dos décadas pasadas, este padecimiento se mantiene entre las primeras nueve causas de muerte en México, y de acuerdo con el INEGI (2017), los pasados seis años, la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado en 29.9 por ciento.

Asimismo, dentro del contexto mexicano el incremento de la obesidad y el sobrepeso en conjunto con los cambios en la pirámide poblacional, coloca en situación de riesgo a la población adulta. La prevalencia de obesidad genera el riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes (Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capraro, y Limón-Cruz, 2014). Tanto la cardiopatía isquémica como la diabetes mellitus 2, son dos de los grandes problemas de salud pública en el país. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta sobre todo a los hombres de mediana y avanzada edad y su mortalidad es 20 por ciento más alta en los hombres que en las mujeres. Esta situación, condiciona el mayor número de defunciones tanto en mujeres como en hombres de 65 años o más, lo que subraya que la edad avanzada es un poderoso inductor de esta enfermedad (INEGI, 2017)

La diabetes mellitus es definida como una enfermedad crónica que involucra un grupo heterogéneo de desórdenes que alteran la producción y utilización de la insulina

por el organismo. La diabetes tipo 2 se caracteriza por el aumento de la glucosa en sangre y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o relativas de la acción o secreción de la insulina, la cual se encuentra en sangre con niveles bajos, altos o normales (Moreno-Altamirano y Limón-Cruz, 2009).

En México la diabetes tipo 2 es una epidemia que va en ascenso acelerado. Entre las enfermedades crónico-degenerativas ésta muestra el incremento más significativo y afecta a la población socialmente más desfavorecida (Moreno-Altamirano et al., 2014). La diabetes además de ser uno de los principales padecimientos, de acuerdo con el INEGI en el año 2016 ocupaba la segunda causa de muerte. En el centro del país saltó de ser el sexto lugar en 1980 al primer lugar en 2008 y se estima que en 2009 fue la principal causa de muerte, con una tasa bruta de mortalidad de 72.8 por cada 100000 personas (Cordera y Murayama, 2012).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID), México ocupa el quinto lugar mundial, con 12.5 millones de adultos viviendo con esta condición y se estima que para 2045 podría ocupar el cuarto lugar, con 21.8 millones de adultos afectados (FID, 2017). A partir de 2013, la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como causa básica de muerte en México y constituye una de las principales causas de ceguera adquirida, enfermedades cardiovasculares (ECV), insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores (Secretaría de Salud, 2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016), aproximadamente siete de cada diez adultos presentan sobrepeso u obesidad, que se reconoce como el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes. De manera específica, la ENSANUT MC 2016 mostró un aumento significativo en la prevalencia de obesidad en mujeres adultas que viven en el medio rural, con resultados que crecieron de 31.8 por ciento en 2012 a 35.9 por ciento en 2016. Por otro lado, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) coloca a México en el segundo lugar en prevalencia de obesidad en adultos a nivel mundial. Aunado a esto, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en

los escolares de cinco a once años se ubicó en 33.2 por ciento durante 2016, mientras que en los adolescentes de doce a 19 años dicha prevalencia combinada se ubicó en 36.3 por ciento (Shamah Levy et al., 2018).

Por su parte, la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus tipo 2 y el consumo de sustancias nocivas son algunos de los factores de riesgo para cualquier tipo de EVC. Cerca del 80 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, presentarán algún tipo de enfermedad vascular o morirán a causa de ella, incluida la afección de los vasos intra o extracraneales que irrigan el encéfalo. El perfil de alto riesgo cerebrovascular en sujetos con diabetes enfatiza la importancia de estrategias de prevención primaria y secundaria (Chen, 2016).

En consecuencia, en México, de acuerdo con los datos del INEGI (2016), se reportaron 34,782 muertes por enfermedades cerebro vasculares ocupando la sexta causa de mortalidad. Además, la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el Alzheimer ha sido corroborada en estudios como el de Arrieta Cruz y Gutiérrez Juárez, (2016) en donde se asocian los estados de hiperglucemia y las demencias.

De igual forma, con base en Ferlay et al., (2013) se estima que en México se diagnostican alrededor de 195 mil casos nuevos de todos los tipos de tumores malignos cada año y ocasiona 80 mil fallecimientos a causa de estas enfermedades. Los tumores malignos más frecuentes son el cáncer de mama, con 20,444 casos nuevos y 5,680 fallecimientos; el cáncer de próstata, con 14,016 casos y 6,367 muertes; el cáncer cérvico-uterino, con 13,960 casos nuevos y 4,769 muertes; el cáncer colorrectal, sumando un total de 8,651 casos y 4,694 muertes; el cáncer de pulmón, con 8,439 casos y 7,608 defunciones; el cáncer de estómago, con 7,680 casos nuevos y 6,281 muertes; el de hígado, con 6,387 casos y 6,068 defunciones; la leucemia, con 6,325 casos y 4,264 fallecimientos; el cáncer de páncreas, con 4,274 casos y 4,133 muertes; y el cáncer de ovario, con 3,277 casos nuevos y 2,105 defunciones. A su vez, el cáncer ocupa el tercer lugar en México como causa de muerte (INEGI, 2015). Se estima que en 2012 hubo 14.1 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo y 8.2 millones de muertes a causa de los tumores malignos (Ferlay et al., 2013).

De acuerdo con lo anterior, México es uno de los países con mayor prevalencia de síndrome metabólico (con 36.8%), sobrepeso y obesidad (71.3%) e hipertensión arterial (31.5%). Estas tendencias incrementarán la demanda de servicios de atención en el corto, mediano y largo plazo, así como de costos para su atención, principalmente generados por sus complicaciones (Barba, 2018).

Por otra parte, las enfermedades mentales afectan a una tercera parte de la población. Los trastornos mentales tienen una edad de inicio temprana: ansiedad de separación, a los cinco años, trastornos de la atención, a los seis años y fobias, a los siete años (Medina Mora et al., 2003; 2005). De acuerdo con Medina Mora et al., (2005) una persona de entre 18 y 29 años tiene 1.8 veces más probabilidad de presentar un trastorno mental que una de 50 años o más. Benjet et al., (2016) agregan que, también en los últimos años ha aumentado el número de jóvenes que presentan trastornos mentales, la prevalencia de ansiedad aumentó del 11.07 por ciento en 2001 al 16.6 por ciento en 2013, de manera similar, el abuso de sustancias se incrementó del 2.33 por ciento en 2001 al 8.63 por ciento en 2013.

Con base en la descripción hasta este momento, se observa una múltiple prevalencia de enfermedades en México y el mundo. Se crea una cadena de causas y efectos que ocasiona el aumento de nuevas enfermedades. Un ejemplo de lo anterior es que en la actualidad se presenta la era de resistencia bacteriana en conjunto con enfermedades que requieren un tratamiento médico para toda la vida. Los países del grupo clasificado con altos niveles de ingreso no se encuentran a salvo de las enfermedades infecciosas (Martínez y Leal, 2001; Gómez, 2001). En este sentido, es un obstáculo creer que existe una transición predeterminada de los procesos demográficos y epidemiológicos.

Hasta este momento se ha mencionado la dinámica de las enfermedades a lo largo de los últimos años dentro del país. Se destacó la existencia de múltiples enfermedades que rompen con la premisa lineal del planteamiento de la transición epidemiológica. Con ello se resalta que las enfermedades también son dinámicas y complejas. No obstante, para complementar el escenario actual del país también es

importante presentar las condiciones de vida y de trabajo prevalecientes hasta este momento dentro del territorio.

3.4.2.1 Condiciones de vida y de trabajo en México

Como se mencionó en los dos primeros capítulos la sociedad global configura un marco histórico y estructural distinto al que surgió en la sociedad industrial. Hay un cambio en los parámetros espacio-tiempo en torno a los cuales se elaboraron las categorías y perspectivas de análisis. A nivel regional se reproducen situaciones orientadas por un régimen de organización Estado nacional y economía capitalista. Aunque este, no tenga los resultados esperados.

A partir de la implementación del modelo vigente [neoliberal], la economía mexicana ha mostrado una mayor inestabilidad que en el pasado, en el sentido de estar más expuesta a las fluctuaciones de los mercados internacionales. La crisis financiera mundial que se presentó a finales de la primera década del siglo XXI, que provocó una caída del Producto Interno Bruto (PIB) del 8,5% en el primer trimestre de 2009 (Mariña, 2012; Ortiz, 2012), el aumento del desempleo a tasas alrededor del 8%, y un repunte de la inflación, hace necesario un análisis sobre los cambios suscitados en los niveles de vida de los trabajadores y sus familias (Montoya García, 2017:11).

Siguiendo a Montoya García (2017), la globalización ha creado espacios caracterizados por la precariedad de las ocupaciones y condiciones de vida que tienden a ser ocupados por sujetos sociales vulnerables como mujeres, migrantes, jóvenes, minorías étnicas, entre otros. En ese sentido,

la situación actual está marcada por una conmoción que recientemente ha afectado a la condición salarial: el desempleo masivo y la precarización de las situaciones de trabajo, la inadecuación de los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad una posición de supernumerarios, "inempleables", desempleados o empleados de manera precaria, intermitente (Castel, 2019: 24).

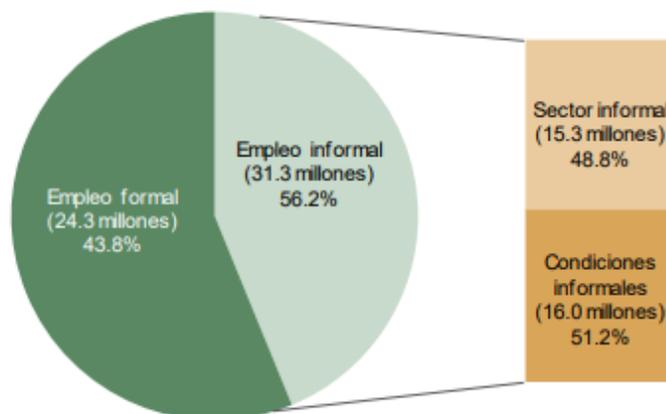
La crisis mundial de la década de 1970 y la debacle económica vivida a principios de la década de 1980, trajo consigo un cambio en las relaciones de fuerza entre el trabajo y el capital. En consecuencia, se tomaron medidas de carácter estructural para mover la balanza hacia el empresariado como propulsor del desarrollo económico. Esto se reflejó en una distinta distribución del valor agregado a favor de las ganancias y en detrimento de los salarios, lo que agravó la desigualdad social (Montoya García, 2017).

Dentro del territorio mexicano en este periodo los procesos de reconfiguración del sistema político y económico dieron paso a la caída de los salarios y la inestabilidad del trabajo (Rosales-Flores, Mendoza-Rodríguez y Granados, 2018). Cabe destacar que el proceso salud-enfermedad dentro de este territorio es una expresión de las complejas desigualdades sociales.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2019), del total de la población de 15 y más años, el 60.4% es económicamente activa (57.6 millones). De este grupo de población el 96.6% (55.6 millones) está ocupada, pero 31.3 millones de personas se encuentran en empleo informal.

En relación con el grupo de personas ocupadas en el empleo informal por condiciones informales (16.0 millones), se encuentra que 61.2% son asalariadas sin seguridad social, 14.9% están en el autoempleo en agricultura, 14.6% en servicio doméstico que es remunerado, pero no cuenta con seguridad social, y 9.3% son trabajadores(as) sin pago (INEGI, 2020:2).

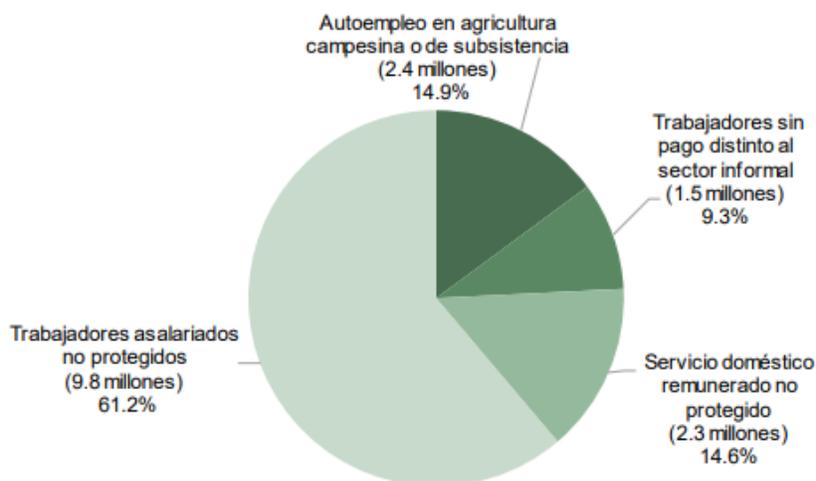
Distribución porcentual de la población de 15 y más años ocupada (55.6 millones), por condición de empleo informal y tipo de informalidad 2019



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), cuarto trimestre de 2019. Base de datos.

Asimismo, el 61.2% del total de las personas con empleo informal son asalariadas sin seguridad social; el 14.9% están en el autoempleo en agricultura; el 14.6% en servicio doméstico que es remunerado, pero no cuenta con seguridad social y; el 9.3% son trabajadores(as) sin pago (ENOE, 2019).

Distribución porcentual de la población de 15 y más años ocupada en condiciones informales (16.0 millones), por tipo de ocupación 2019



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), cuarto trimestre de 2019. Base de datos.

Con base en la ENOE (2019) se puede considerar que la informalidad laboral está mayormente presente en los extremos de los grupos etarios de la población ocupada. Es decir, el 82.1% de los jóvenes de 15 a 19 años ocupados se emplean en la informalidad y el 72.5% de la población de 60 y más años también lo está. Dicha situación es relevante para el proceso de salud/enfermedad puesto que el 71.7 millones de personas (57.3% de la población) en 2018 carecían de ese derecho social. Carencia debida principalmente a las altas tasas de informalidad laboral (CONEVAL, 2018).

En relación con lo anterior, en el periodo 2008-2018 hubo una reducción en el porcentaje y número de personas en pobreza extrema, pero a su vez hubo un crecimiento de la pobreza moderada y la vulnerabilidad por ingresos. “La proporción de personas en pobreza moderada creció de 37.2 a 43.1 millones de personas en el periodo analizado (del 33.3 al 34.5%); se observa también un incremento en 2.2 puntos porcentuales de las personas vulnerables por ingresos con respecto a 2008” (CONEVAL, 2018:16). En ese sentido no sólo la pobreza sino la vulnerabilidad se ha construido en un rasgo social de América Latina a causa de las formas de producción. Con ello se generan patrones de desarrollo desiguales en relación con los ingresos y la inseguridad social (Pizarro, 2001).

De acuerdo con lo ya mencionado se observa que dentro de la sociedad se contraponen o mezclan condiciones que vuelven más difícil el escenario social. Al entrelazarse las condiciones de vida y trabajo con la adquisición de ECD el escenario se complejiza, por lo que se requiere una atención conjunta.

De igual forma y con base en el planteamiento teórico-conceptual retomado en capítulos anteriores se reconoce que los diferentes sistemas de función se combinan, se amplifican y se estorban. Una problemática se observa a partir de las diferentes esferas de conocimiento y a su vez cada una de ellas por medio de su conocimiento brinda alternativas. No obstante, estas alternativas difieren según la región a la que se pertenezca, puesto que, a pesar de la configuración de una sociedad global, las condiciones son cada vez más diferenciadas. “Durante un tiempo se trató de manejar los problemas mediante el esquema tradición y modernidad para, así, poder reconocer rutas

de modernización condicionadas por las tradiciones” (Luhmann, 2007: 640). Pero hoy en día este esquema resulta limitado y se propone observar la diferencia global/regional. Esta distinción permite que el sistema total no se desarrolle dependiendo de una meta, sino de la historia. Para que siempre haya que reaccionar retrospectivamente a situaciones ya acontecidas. Esto, excluye una integración cognitiva y favorece percepciones de la situación regionalmente diversas (Luhmann,2007).

En ese sentido, cabe recalcar nuevamente que las ECD son complejas no sólo porque requieren de procedimientos complejos para su tratamiento. Son complejas porque también, se presentan dentro de un escenario de condiciones complejas. Han sobrepasado las descripciones lineales de desarrollo y, por ende, su análisis implica abordarlas desde las transformaciones de la modernidad reflexiva y contingente en lugar de considerarlas condiciones del desarrollo.

3.5 Actuales perspectivas y planes de acción para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

En la actualidad la inclusión de las enfermedades crónico-degenerativas como enfermedades no transmisibles (ENT) en la Agenda 2030 trasladó la discusión en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (AGONU), en donde se considera que las ENT constituyen un problema sanitario mundial. La AGONU ha llevado a cabo tres asambleas en el año 2011, 2014 y 2018 para realizar un balance sobre la prevención y el control de estas enfermedades.

En el año 2011, la AGONU presentó un Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. El objetivo del Plan fue reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, discapacidad y mortalidad debidas a las ENT por medio de la colaboración y la cooperación multisectoriales en el ámbito nacional, regional y mundial, de modo que las poblaciones alcancen el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades y esas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el desarrollo socioeconómico (OMS, 2013).

Por su parte, en la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 2012, se aprobó la Estrategia para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025 y al igual que la Estrategia Mundial de la OMS contiene cuatro líneas estratégicas: a) políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; b) factores de riesgo y factores protectores; c) respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo; y d) vigilancia e investigación (OPS, 2014). En el año 2017 los países miembros de la OPS aprobaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (OPS, 2017).

En el caso de México, en el año 2013 aparecen estrategias como “la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, posteriormente, el 1° de noviembre de 2016, la Secretaría de Salud (SSA) emitió las declaratorias de emergencia epidemiológica ante las cifras alarmantes de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus tipo 2. De igual forma, se creó el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), plataforma de información que buscaba divulgar periódicamente datos acerca del comportamiento de estas enfermedades. Por su parte, en el año 2017 el IMSS lanzó un nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas (MPEC), con el objetivo de incrementar los esfuerzos de prevención primaria y secundaria de las ENT con mayor morbilidad y mortalidad entre población derechohabiente. Asimismo, se fundó la Unidad de Control Metabólico Ambulatorio para pacientes que han recibido atención en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) (SSA, 2018). A pesar de las estrategias anteriores no existe un planteamiento sobre políticas o planes que puedan ser ejecutados. Las estrategias se han centrado únicamente en la difusión de información más que en propuestas para la disminución de las enfermedades crónico-degenerativas.

Como parte de la reflexión final de este trabajo a continuación se pretende trasladar las consideraciones teóricas presentadas hasta este momento dentro del ciclo de la política pública de incidencia con la intención de poder hacer operativa la descripción anterior. Cabe mencionar que esta propuesta no es una versión acabada, sino un primer acercamiento de análisis.

IV. La incidencia en las políticas públicas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas

Como se mencionó en el capítulo I, el objeto de estudio de la sociología implica reconocer las pautas y patrones por medio de los cuales se establecen las formas de organización social. En este caso la descripción se centró en el planteamiento de la modernidad y como ésta se establece como actitud, como época, y como proyecto. En ese sentido se reconoce como el planteamiento sobre la modernidad estructura la realidad.

De igual forma se mencionó que las teorías sociológicas no son sólo intentos de explicar el mundo sino esfuerzos para evaluarlo (Alexander, 2000). Recuperar el planteamiento sobre la modernidad, la construcción social del proceso de salud/enfermedad y las descripciones desde la transición demográfica y epidemiológica, así como la normativa propuesta por las instancias jurídicas sobre el derecho a la protección en salud tuvo como objetivo clarificar dichos postulados y recuperar su pertinencia para la atención y tratamiento de las ECD.

La intención de lo anterior fue generar un diagnóstico a partir del cual puede llevarse a cabo una evaluación y/o propuesta de incidencia, sin olvidar el carácter diferenciado y complejo de la sociedad actual. La propuesta de políticas de incidencia tiene como objetivo dejar atrás el planteamiento de modernización en donde se supone que “los países desarrollados, sobre todo industrialmente, se veían por consiguiente como ejemplos dignos de imitarse por los menos desarrollados. La comparación alentaba una política orientada nacionalmente, aun ahí donde no estaban dadas las bases éticas ni culturales para ello” (Luhmann, 2007: 860).

Con base en Aguilar (1993), en la década de los años ochenta el Estado mexicano al igual que muchos otros estados Latinoamericanos fueron sacudidos por la demanda social de democratización y redimensionamiento. La democratización busco reconstruir el carácter público de los asuntos de gobierno, para liberarlo de los grupos de interés, la fantasía y las improvisaciones. Para este autor, el proceso de democratización fue atender con eficiencia los muchos males, necesidades y problemas públicos.

El redimensionamiento del estado ha sido, en el fondo, tirar el lastre y crear las condiciones para atender con eficiencia los muchos males, necesidades y problemas públicos. Pero el simple hecho institucional de un estado reducido no significa la solución de males y problemas públicos. Más allá del redimensionamiento, están las políticas a imaginar, a construir cerebralmente, a seleccionar rigurosamente, estimando costos, consecuencias, efectividad, para hacer frente en circunstancias de escasez a los ingentes problemas públicos y a los dramáticos problemas sociales de grandes números de población (Aguilar, 1993: 4).

La estrategia más frecuente para proceder en los problemas públicos se realiza bajo los supuestos del plan de desarrollo nacional. Para Aguilar (1993), el plan pretendía significar racionalidad de gestión y universalidad del consenso. Inspiraba un conjunto de valoraciones ordenadas coherentemente. “El plan nacional actualizaba, concretiza, en un específico tiempo político del país, un proyecto nacional cuyo sentido, meta y herramental se consideraba claro, manifiesto y, sobre todo, colectivamente compartido” (Aguilar, 1993: 5). Dentro de estos planteamientos la meta ha sido la modernización y con la propuesta de plan de desarrollo se proponía un formato que parecía ofrecer soluciones prácticas.

Dentro de los planteamientos aquí retomados se coincide con Aguilar (1993) al considerar que esta estrategia se ubica lejos de los estados planificadores centrales,

gobernar en contextos políticos plurales y autónomos, de alta intensidad ciudadana y con graves problemas sociales irresueltos, parece exigir dos requisitos fundamentales: gobernar por políticas y gobernar con sentido público. Las estrategias de gobierno homogéneas y globales, así como los estilos de gobierno secretos, excluyentes y clientelares, están previsiblemente condenadas en el futuro inmediato a la ineficiencia administrativa, al castigo electoral y a la hostilidad política (...) En la medida en que se han ido levantando voces independientes y conocedoras de sus asuntos –y que los políticos y funcionarios han comenzado a revisar y reemplazar sus viejos patrones uniformes de acción–, se ha ido recuperando y afianzando la idea

de que los problemas públicos, sociales, difieren los unos de los otros, poseen su propia especificidad y circunstancia y, por tanto, que las políticas para su atención y tratamiento deben ser también específicas en sus objetivos, instrumentos, modos, procedimientos, agentes y tiempos (Aguilar, 1993: 7-8).

En ese sentido, el análisis de políticas públicas ayuda a desestatizar a la sociedad y a reconstruir el sentido público del Estado. Con base en Tapia, Campillo, Cruickshank, y Sotomayor (2010) la política pública es una acción gubernamental que moviliza recursos humanos, financieros e institucionales para resolver problemas públicos dentro de la sociedad. A su vez ésta, está formada por un conjunto de estrategias para resolver las causas de un problema concreto. De acuerdo con Aguilar (1997) las políticas pueden incluir leyes, programas y proyectos; pueden asignar recursos (gasto público e impuestos) o pueden regular actividades (normas civiles y penales) y se orientan hacia la eficiencia porque buscan lograr los mejores resultados con los recursos y medios disponibles.

La incidencia en políticas públicas hace referencia a la posibilidad de proveer información, ejercer presión y buscar persuadir al público y a los tomadores de decisiones para influir activamente en la orientación, representación y efectividad de las políticas públicas. “La incidencia en políticas públicas consiste en actividades confrontativas y cooperativas que implican interactuar con el gobierno y otras instituciones públicas” (Tapia, Campillo, Cruickshank, y Sotomayor, 2010: 13).

Para construir una propuesta de política pública para la incidencia es necesario conocer el ciclo de las políticas públicas pues éste ayuda a entender la elaboración y también la realización de mejores propuestas. Con base en la propuesta de Tapia et al., (2010) las etapas de la política no son necesariamente secuenciales, sino que pueden sobreponerse, repetirse o anticiparse. Este modelo ayuda más bien a identificar momentos de la política pública.

Siguiendo el planteamiento anterior la primera etapa de construcción de la política pública es la formulación. Esta etapa implica colocar el asunto como prioritario en la

agenda pública hasta que se elaboren las alternativas. En este momento se define un problema para estudiarlo, analizarlo e identificar las causas y los efectos.

Para Tapia et al., (2010), una vez definido el problema público, hay que analizar sus posibles soluciones formada por un conjunto de acciones destinadas a resolver las causas del problema. Las estrategias deben analizarse en función de los recursos que requiere y los beneficios que aportaría, considerando que los recursos son limitados. Por lo tanto, es importante priorizar las causas del problema correctamente.

La política supone que el conjunto de acciones logrará el objetivo planteado, por lo que las acciones escogidas para ejecutar la política pública tendrán que estar dirigidas a solucionar el problema. “Quienes conocen los problemas públicos, que son complejos y generalmente tienen diversos factores detrás, pueden contribuir a definir mejor el problema público y, con ello, ayudar a diseñar mejores políticas” (Tapia et al., 2010: 53). Pero, “un problema público definido de manera errónea, por sus síntomas y no por sus causas, puede provocar una política pública fallida o inefectiva, con el consecuente desperdicio de recursos públicos” (Tapia et al., 2010: 54).

Por último, se requiere de una evaluación constante pues el análisis ayuda a generar valoraciones o juicios fundamentados acerca de una política pública. La evaluación de políticas públicas sirve para: revisar el curso de acción elegido; comparar los resultados de la política con sus objetivos originales; conocer los impactos de la política; procurar ajustes y/o cambios en la política (Tapia et al., 2010). La característica de un ejercicio de incidencia es lograr que las instancias competentes hagan su labor. Para ello se requiere conocer las dimensiones de la política pública, así como las entidades por las que concurren las problemáticas a tratar.

Las dimensiones de la política pública se refieren a: “un conjunto de campos transversales, disputados por distintos actores, que en todo momento se manifiestan en la operación efectiva de la política pública” (Estrella y Cobos, 2010: 51). En el siguiente cuadro se reconocen las dimensiones de la misma.

Dimensiones de la política pública

Conceptual	Refiere a las posturas morales, éticas o científicas que subyace a toda estrategia pública. Es la forma particular de ver el suceso. Puede pasar por una justificación ideológica, como teórico conceptual.
Normativa	Conjunto de leyes, códigos, reglamentos, estatutos, acuerdos, en los que se sustenta cada una de las acciones de gobierno. Lo conceptual se traduce en expresiones jurídicas.
Institucional	Para su cristalización las leyes demandan entidades responsables de su ejercicio y atención. Se traduce en un conjunto de instancias responsables de atender temas concretos de las tareas gubernamentales.
Programática	Planes en donde se detalle la forma como el personal de la dependencia dispondrá de los recursos que al propósito se le han asignado.
Financiera	Conjunto de recursos que toda entidad gubernamental dispone para llevar adelante sus tareas. Son recursos financieros, pero también materiales del tipo muebles o inmuebles, así como el mismo recurso humano cuya labor se paga de los recursos públicos.
Operativa	Forma como se traducen las anteriores dimensiones en una práctica concreta. Conjunción de los distintos recursos y su logística de acuerdo a la interpretación de la conceptualización y la normatividad que subyace a la política pública.

Elaboración propia con base en: Manual para diagnósticos de incidencia ciudadana (CCIUDADANO, 2021).

De acuerdo con la propuesta de CCIUDADANO (2021), una vez identificada la dimensión en la que se quiere incidir es necesario reconocer el objeto de control, es decir, tener en consideración los poderes públicos y órdenes de gobierno. A partir de ello, se deberá realizar el ejercicio de incidencia. Las dimensiones están cruzadas por la actividad que realizan los poderes públicos, los órdenes de gobierno y el conjunto de actores de la sociedad civil. Identificarlos permite precisar el objeto de control y en consecuencia la arena donde se concentran las actividades para incidir en los planes públicos.

“Las arenas entonces son los espacios donde los poderes y órdenes de gobierno, así como los actores no gubernamentales definen las dimensiones de la acción pública, hacia éstas vamos a dirigir nuestras actividades de incidencia” (CCIUDADANO; 2021, 55). Comúnmente, la dimensión conceptual se define dentro de las instituciones de

educación superior, centros de investigación y en conjunto en todos aquellos ámbitos donde se construye la opinión pública; la dimensión normativa tiene por arenas los tres poderes; la dimensión institucional tiene como arena los ejecutivos y los legislativos, donde se definen la creación o desaparición de dependencias, institutos, consejos o direcciones; la dimensión programática tiene por arena a los ejecutivos, las secretarías o a sus áreas de dirección; la dimensión financiera sus arenas se encuentran en el legislativo, donde se aprueban los presupuestos de egresos, de igual forma los ejecutivos solicitan la aprobación de sus presupuestos; por último si se busca incidir en la operación de los programas, la arena de trabajo estaría en las oficinas de los titulares de las dependencias, en las contralorías internas o en los distintos organismos autónomos de control de la administración pública (CCIUDADANO, 2021).

Con base en los planteamientos expuestos a lo largo de este trabajo se concibe un análisis directo a la dimensión conceptual. Puesto que se reconoce que sin precisión conceptual es imposible proponer una política pública. Por ende, el interés por incidir en dicha dimensión. A continuación, se presenta de forma esquemática las consideraciones que se proponen. A partir de los siguientes cuadros se pretende sistematizar los postulados descritos a lo largo de este trabajo.

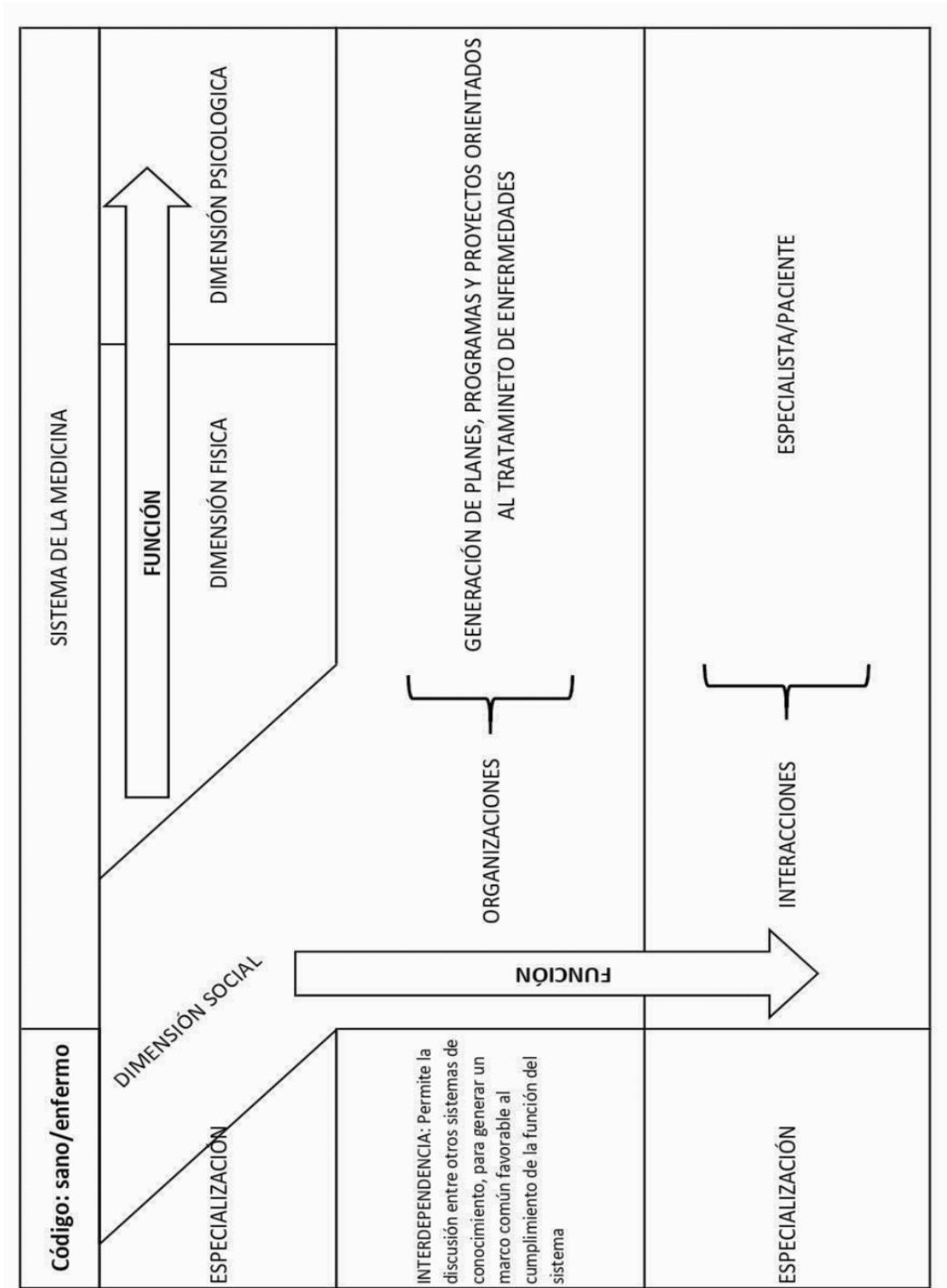
En el cuadro 1., se presentan los postulados generales de la configuración de la sociedad moderna y la modificación del proceso de salud/enfermedad en relación con las transformaciones de la sociedad moderna. En el cuadro 2., se esquematiza la configuración del sistema de la medicina dentro de la modernidad reflexiva, así como la dimensión social del proceso de salud/enfermedad. Se busca reconocer las posibles facultades para la incidencia en el tratamiento de ECD. Al volverse explícito el carácter social del proceso de salud/ enfermedad, también es ineludible la incorporación de otras disciplinas y fuentes de conocimiento que permitan diagnosticar y tratar las enfermedades. No obstante, para evitar propuestas encaminadas al deber ser, se propone esclarecer los niveles del sistema de la medicina. Por último, en el cuadro 3., se pretendió incorporar el contenido de los cuadros anteriores dentro las dimensiones de la política pública de incidencia.

Cuadro 1.

	Premodernidad	Modernidad	Modernidad reflexiva
Características		<p>Racionalización: reorganiza el pensamiento, las actividades y las metas por los fundamentos del pensamiento científico.</p> <p>División del trabajo: interdependencia social, el individuo más autónomo, pero a su vez más dependiente de la sociedad/ Proceso de especialización y profesionalización.</p> <p>Producción capitalista: separación del productor con los medios de producción/ acumulación del capital de forma desigual.</p>	<p>Todo cambia, la familia, la profesión, las empresas y el trabajo asalariado.</p> <p>Situaciones de existencia individualizada.</p> <p>La realidad se captura por medio de distinciones parciales. Sociedad es poli-contextual. Compleja. Reflexiva. Contingente.</p> <p>Se vive en la simultaneidad de acontecimientos e información.</p>
Proceso de salud/enfermedad	<p>Pensamiento metafísico: magia, religión, superstición. La salud como armonía y la enfermedad como un padecimiento del alma.</p>	<p>Pensamiento científico: las enfermedades se clasifican.</p> <p>La medicina se instaura como sistema autónomo, encargado de observar los malestares corporales a través de cuadros clínicos. El médico se convierte en técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes.</p>	<p>El sistema de la medicina se configura como un sistema de función, sistema experto.</p> <p>Su saber sobrepasa las barreras territoriales. Surgen diferentes propuestas de tratamiento y se radicaliza la especialización y la interdependencia.</p> <p>IR A CUADRO 2.</p>
Metas		<p>Bienestar y progreso por medio del crecimiento económico que terminaría con la miseria material</p>	<p>Indeterminada</p>

Fuente: elaboración propia con base en la reflexión capítulo I.

Cuadro 2.



Fuente: Elaboración propia con base en la reflexión del capítulo II.

Cuadro 3.

Posibles consideraciones para la construcción de políticas públicas orientadas a la atención y tratamiento de las ECD		Consideraciones
Dimensiones de la política pública		
Conceptual	Recuperar las características de la modernidad reflexiva	
Normativa		
Institucional	Actualmente se reconoce un problema de salud pública en la prevalencia y mortalidad a causa de ECD, tanto la normativa como los programas sugieren alternativas de prevención, sin embargo, ésta resulta limitada puesto que las ECD son una situación presente. Sin duda la prevención disminuye los impactos a futuro, pero se considera sumamente necesario la importancia de estrategias para el tratamiento presente	
Programática		
Financiera		
Operativa		
		Para la construcción de estas tres dimensiones se requiere tener presente las competencias del sistema de la medicina así como los atributos de las disciplinas externas a ella. La especialización y la interdependencia como estrategia para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas.

Fuente: elaboración propia.

Por medio del cuadro 3. se busca tener un primer acercamiento hacia la construcción de políticas públicas encaminadas a la atención y tratamiento de las enfermedades. En este trabajo se ha reiterado la necesidad de hacer explícitas las condiciones de la forma de organización de la sociedad en la actualidad. Pues se considera que la omisión de estas consideraciones ha sido uno de los limitantes para la efectividad de estrategias para el tratamiento de las enfermedades. Hoy por hoy el proceso de salud/enfermedad es cambiante y complejo y por lo tanto se requieren estrategias que puedan captar esa complejidad. La interdisciplina, la multidisciplina y la transdisciplina aparecen como enfoques complementarios para la construcción de propuestas. No obstante, es importante aclarar que este tipo de enfoques (al igual que el recuperado en este trabajo), tienen el objetivo de establecer un marco común de referencia, en donde cada ciencia aporta mayor información sobre los temas a tratar. Es un error considerar que la interdisciplina, la multidisciplina o la transdisciplina pretende homogeneizar la información a partir de estrategias y metas integradoras.

Por lo anterior para la implementación de planes, o políticas hacia cualquier problemática social, es necesario reconocer las condiciones y visiones que configuran a la sociedad presente. En el caso particular de las ECD, se considera un obstáculo orientar su tratamiento a partir de la visión de la primera etapa de la modernidad. Pues, al no considerar los niveles y dimensiones del proceso de salud/enfermedad su análisis y tratamiento se estanca en un nivel discursivo.

La intención de una efectiva precisión teórico conceptual tiene como objetivo esclarecer todas las circunstancias y por ende trasladar dichos presupuestos al nivel práctico. Pues mientras más claras se tengan las condiciones de la forma de organización social más sólidos serán los planes de acción.

V. Conclusiones y reflexiones finales

El desarrollo de este trabajo siempre tuvo la intención de ser un acto de reflexión en sí mismo. Lo que para mí representa la sociología, así como el papel que pretendo asumir como socióloga. En ese sentido la pregunta a pie de página de esta tesis fue ¿para qué sirve la sociología?, a mi entender, para observar puntos ciegos.

En consecuencia, el análisis y la investigación de las problemáticas actuales requiere de una crítica y renovación de los marcos conceptuales que han orientado hasta este momento el desarrollo de la sociedad. Seguir atendiendo situaciones actuales con herramientas del pasado coloca a la ciencia y en este caso a la sociología dentro de una dimensión y discurso ficticio. Un arraigo y una melancolía por el pasado para seguir sosteniendo metas ilusorias.

El mantenimiento de estas metas ha ocasionado que muchas temáticas no se asuman con responsabilidad ni con criterios de científicidad. Por eso en esta tesis se optó por presentar y contrastar perspectivas del pasado con problemáticas del presente. Se partió de considerar a la modernidad como una forma de organización social que produce un discurso sobre las formas de tratamiento de las enfermedades. Por lo tanto, la atención a la salud y tratamiento de las enfermedades se modifica en relación con la transformación de la sociedad.

Bajo esta premisa, en la modernidad el desarrollo de la ciencia médica y la institucionalización del tratamiento de las enfermedades se concibió como un logro en materia de salud pública, ya que, éstos permitieron un avance en temas relacionados con la salubridad, así como la disminución de enfermedades infecciosas.

Con ello se planteó que el proceso de salud-enfermedad se transforma con la dinámica moderna y aparecen nuevos retos. En ese sentido, la propuesta de este trabajo fue presentar a las enfermedades crónico-degenerativas como consecuencias no esperadas de la modernidad más que como indicadores del desarrollo. Las consecuencias no esperadas de la modernidad refieren a los resultados no pronosticables de los acontecimientos del pasado. De esta manera se asume una

observación permanente de la sociedad para buscar posibles alternativas de organización y se es consciente de que no todo está bajo control y que se requieren estrategias diferenciadas.

El considerar a las enfermedades crónico-degenerativas como consecuencias no esperadas de la modernidad tuvo como objetivo proporcionar mayor precisión conceptual que pudiera generar mayor debate en la agenda pública. Este trabajo puso énfasis en reconocer la dimensión social del proceso de salud/enfermedad en sus tres dimensiones y resaltar sus niveles internos. De forma general se planteó que el proceso de salud/enfermedad tiene un carácter social en sí mismo.

Bajo este postulado la dimensión social del proceso de salud/enfermedad corresponde al resultado de las condiciones expuestas en el capítulo I, pues la forma de organización moderna produce y reproduce las características de la salud/enfermedad. Por otra parte, la dimensión social corresponde a las diferentes condiciones sociales como la educación, estilo de vida o acceso a recursos naturales, trabajo o vivienda, que habilitan o inhabilitan a las personas a cumplir con su tratamiento. Estas situaciones corresponden a las descripciones de los capítulos II y III.

En la segunda parte, se dijo que el sistema de la medicina es un sistema parcial cuya función implica el tratamiento de las enfermedades. La configuración de este sistema tiene como resultado la especialización y la interdependencia con otros sistemas, por consiguiente, el modelo biomédico ya no es suficiente para la atención y tratamiento de la salud/enfermedad. Aquí, se subrayó la importancia de distinguir entre la función, las organizaciones y las interacciones como los niveles del sistema de la medicina, así como, no confundir las dimensiones del proceso de salud/enfermedad (física, psicológica y social).

Se argumentó que en la primera etapa de la modernidad existía una meta hacia la integración. En donde, a través de la división del trabajo, el proceso de racionalización y el desarrollo científico-tecnológico puso como meta el desarrollo y orden social. La diferenciación de la sociedad moderna y el aumento de la complejidad configuran la

segunda etapa de la modernidad, caracterizada por ser diferenciada, reflexiva y contingente. Además, se agregó que el carácter reflexivo de la modernidad cuestiona la tarea que tiene la ciencia médica sobre la configuración de estrategias para el tratamiento de enfermedades. Las principales críticas son hacia el modelo biomédico y a la terapia farmacológica, pues ésta, se resumió en una rutinaria máquina de recetar. La estrategia de tratamiento médico bajo el modelo biomédico es criticada por observar el proceso de salud/enfermedad como un fenómeno individual puramente biológico, aislado de los cambios históricos y sociales.

Posteriormente se presentó que las características de las ECD son una serie de enfermedades de etiología compleja, de lenta y progresiva evolución. Por la misma razón, es casi imposible encontrar un paciente que padezca solo una de estas enfermedades. De acuerdo con sus características, éstas no pueden limitar su estudio a un solo órgano o sistema. El paciente demanda que la atención de su problema de salud se haga de manera holística. De igual forma muchas de las ECD complejas presentan comorbilidades. Además de lo anterior, el impacto que tiene sobre toda la fisiología, con frecuencia ocasiona alteraciones que afectan a la función bioquímica, celular, sistémica, emocional, y social.

En ese sentido, cabe recalcar nuevamente que las ECD son complejas no sólo porque requieren de procedimientos complejos para su tratamiento. Son complejas porque también, se presentan dentro de un escenario de condiciones complejas. Han sobrepasado las descripciones lineales de desarrollo y, por ende, su análisis implica abordarlas desde las transformaciones de la modernidad reflexiva y contingente en lugar de considerarlas condiciones del desarrollo. Por consiguiente, uno de los obstáculos para el tratamiento de las ECD ha sido enmarcarlas dentro de planteamientos como el de transición demográfica y epidemiológica, así como temáticas relacionadas con el desarrollo.

Como parte de esta reflexión final es importante mencionar los impactos de la epidemia a causa de COVID-19. A finales de 2019, el 31 de diciembre, la Oficina de País de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en China fue informada de casos de

neumonía de etiología desconocida que se habían detectado en Wuhan, ciudad de la provincia de Hubei (Team EE. Note from the editors: novel coronavirus, 2020). (2019-nCoV). Los coronavirus son virus envueltos de ARN de sentido positivo no segmentados que pertenecen a la familia *Coronaviridae* y al orden *Nidovirales*, y se distribuyen ampliamente en humanos y otros mamíferos, originando múltiples afecciones que van desde una gripe «común» hasta la muerte (Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y, 2020).

Los síntomas más frecuentes de COVID-19 son fiebre, tos seca, cansancio, congestión nasal, dolores de cabeza y dificultades para respirar. Se ha mencionado que en la mayoría esta enfermedad puede superarse sin necesidad de tratamiento hospitalario. Aunque el padecimiento previo de enfermedades crónico-degenerativas aumenta la probabilidad de presentar complicaciones al contraer COVID-19 (OPS,2020).

Ésta a pesar de ser una enfermedad infecciosa presentó una complejidad diferente a las enfermedades infecciosas del pasado. Su emergencia trajo sorprendentes cambios en la organización social e interacciones cara a cara. La incertidumbre, el riesgo y la vulnerabilidad parecen ser parte de la COVID-19, aunque, son aspectos anteriormente presentes en la sociedad actual. La emergencia sanitaria ha sido un parteaguas para vislumbrar las características de la segunda etapa de la modernidad. Así como la complejidad del tratamiento de las enfermedades.

La COVID-19 se encuentra dentro del escenario de las enfermedades complejas. Se ha observado que se requiere más de una estrategia para hacerle frente. Si bien la vacuna reduce las complicaciones, cabe resaltar que aun con un cuadro de vacunación completo las personas con alguna enfermedad crónico-degenerativa son las personas más vulnerables. En ese sentido se busca atacar los rezagos de la pandemia también se deben reformular estrategias para la atención de ECD.

Si bien, la alimentación y su asociación a la mala calidad de salud ha adquirido relevancia en el contexto de la pandemia de COVID-19. También se requiere prestar atención a las condiciones que han generado el incremento del consumo de alimentos

ultra procesados. Es decir, de la forma de organización social, así como de las condiciones de vida de sus habitantes. Es posible que los que han enfermado por COVID-19 en México además de tener una ECD se encuentren en el trabajo informal y, por lo tanto, tampoco cuenten con un sistema de salud que les garantice un tratamiento adecuado.

Este trabajo coincidió con Jeffrey Alexander al considerar que la teoría estructura la realidad. Pues, el precepto de modernidad al igual que el de progreso o bienestar, han estructurado las metas de los últimos dos siglos en la sociedad. Pero a su vez, este trabajo también reconoce la posibilidad de construir nuevos postulados teóricos que permitan reestructurar la realidad. Por consiguiente, en esta tesis se destacó la importancia de precisar nuestros marcos de referencia, así como de tener la iniciativa de trasladar estos marcos teóricos y conceptuales a estrategias concretas.

Apéndice

Comunicación

Para Luhmann el concepto de comunicación logro eliminar los obstáculos epistemológicos del concepto de sociedad. El primero corresponde a considerar que la sociedad está constituida de seres humanos o de relaciones entre ellos. Luhmann menciona que “hablar de sociedad de sujetos implica que estos son multitud, sin embargo, no niega que los sujetos actúen, pero dado que esto siempre ocurre en un contexto cuestiona hasta qué punto la acción debe ser atributo del sujeto o del contexto, por consiguiente, estos no pueden ser verdaderamente subjetivos (al mismo tiempo el uso tan común de sujeto sólo lo convierte en sinónimo de ser humano, individuo o persona, perdiendo con ello el contenido directriz del concepto)” (Luhmann, 1998: 10). El segundo obstáculo refiere a un presupuesto de pluralidad territorial de sociedades, es decir, se consideran diferencias entre sociedades y no dentro de la sociedad, por lo tanto, comúnmente se menciona como si existieran muchas sociedades. Pero, a diferencia de esto, se considera que hay múltiples condiciones, dentro de una sociedad. El tercer obstáculo se refiere a la separación entre objeto y sujeto ambos independientes entre sí y con una relación jerárquica.

Estos tres obstáculos pueden eliminarse si el concepto de sociedad se construye autológicamente, es decir, que la sociedad se autodescribe a sí misma, “las teorías de la sociedad son teorías sobre la sociedad hechas en la sociedad” (Luhmann, 1998: 53), de esta manera, se establece que la sociedad debe de concebirse bajo una teoría de sistemas, cuya organización no corresponda a los individuos sino por medio de la comunicación.

Por comunicación Luhmann entiende la distinción entre información, participación y comprensión, aunque no es necesario aceptar una comunicación, ya que si todas las comunicaciones fueran aceptadas “el mundo descansaría tan en silencio como antes” (Luhmann, 1998: 57). La comunicación se establece bajo constantes bifurcaciones, éstas abren y cierran el sistema. Las comunicaciones pueden reconocer comunicaciones y

distinguir las de otros estados de cosas que pertenecen al entorno, en el sentido de que es posible comunicarse a cerca de ellos, pero no con ellos (Luhmann, 1998). La comunicación es el producto de la sociedad. Bajo estos parámetros la definición de sociedad se entiende como un sistema que se reproduce autopoieticamente mediante el entrelazamiento recursivo de las comunicaciones y produce comunicaciones siempre nuevas y distintas. Por ende, la sociedad no es más que comunicación.

Sistema/Entorno

La teoría de sistemas de Luhmann (1998), parte de la idea de que existen sistemas como un hecho, puesto que hay sistemas que tienen la capacidad de entablar relaciones consigo mismos y diferenciar esas relaciones frente a las de su entorno. Este planteamiento parte de la distinción entre sistema/entorno, es decir, identidad/diferencia que permiten el proceso autorreferente, autopoietico y operativamente cerrado de un sistema. Dichas características se deben gracias a que el sistema ha localizado tanto una operación como un código binario el cual le permite estructurar la composición interna de la forma.

Luhmann introduce el esquema conceptual de la forma de Spencer Brown, para comprender al sistema como “la forma de una distinción, por lo que tiene dos caras: el sistema (como interior de la forma) y el entorno (como el exterior de la forma). Sólo las dos caras juntas constituyen la distinción, la forma, el concepto” (Luhmann, 1998: 54). La concepción de sistema aparece como una forma de dos caras: interior (lo que contemplamos) y exterior (todo lo que no observamos) y, es a partir de esta forma en la que se puede reducir la complejidad.

La distinción sistema/entorno busca sustituir la comprensión de la realidad a partir de la visión jerárquica y autoritaria. La distinción ser/no ser o bien sujeto/objeto, supone a una persona que ve desde arriba toda la sociedad. La distinción sistema/entorno, reconoce que muchas personas (en realidad sistemas) solo pueden observar una parte de la sociedad, pero a su vez, los sistemas que observan, también son observados.

La configuración de un sistema se establece bajo la diferencia que se tiene con los otros sistemas. En el caso del sistema social y el sistema psíquico, el sentido los distingue de los sistemas vivos (como las células, los organismos, los cerebros). El sentido no es otra cosa que una forma de experimentar y realizar la inevitable selectividad. Para el análisis sistémico la selección es pertinente debido a la necesaria observación de una operación en específico. El sentido permite focalizar la atención sobre una posibilidad entre muchas otras, es decir, atender la observación a la operación de un sistema psíquico o social y no observar un todo -pues sería imposible- (Luhmann, 1998).

Además, el sentido presupone sistemas que se producen de forma dinámica, donde los elementos no son unidades estables como las células, los átomos o los individuos, sino, de elementos que aparecen tan pronto como desaparecen, y su reproducción necesita nuevos elementos inestables de la actualidad (Luhmann, 1998), tal es el caso de la comunicación y los pensamientos.

Aunque el sistema social, como el sistema psíquico están constituidos de sentido no operan de manera unívoca, cada uno de estos sistemas se diferencia del otro, sin embargo, se presuponen mutuamente en el entorno respectivo. Debido a que ambos comparten sentido, su evolución ha sido recíproca trayendo consigo un acoplamiento estructural²⁴ entre ambos, así que la autopoiesis²⁵ del sistema psíquico sirve de información a la autopoiesis del sistema social (y a la inversa).

“Todos los sistemas sociales necesitan muchos presupuestos factuales en su entorno, que no pueden producirse ni garantizarse por ellos mismos: es decir, presuponen un continuo de materialidad necesario para su existencia” (Luhmann, 1998:

²⁴ El concepto de acoplamiento estructural ha sido introducido por Humberto Maturana y tienen la misión de indicar cómo es posible que sistemas autopoieticos, operativamente cerrados, puedan mantener dentro de un entorno que por una parte es precondition de la autopoiesis del sistema, pero que por otra no interviene en esta autopoiesis.

²⁵ El concepto de autopoiesis “fue formulado por el biólogo chileno Humberto Maturana al intentar dar una definición a la organización de los organismos vivos. Un sistema vivo, según Maturana, se caracteriza por la capacidad de producir y reproducir por sí mismo los elementos que lo constituyen” (Corsi et al., 1996: 39).

23). En este sentido los sistemas sociales se acoplan a las conciencias para continuar desarrollando su propia autopoiesis, pues el acoplamiento estructural entre dos sistemas “no significa que exista una fusión entre ellos o que haya una coordinación estable de las operaciones respectivas” (Luhmann, 1998: 23). Si no existieran las conciencias no habría comunicación. Por esta razón el lenguaje aparece como medio de acoplamiento estructural entre comunicación y pensamientos “teniendo la función de hacer probable la comprensión de la comunicación” (Luhmann, 1998: 136).

Las propiedades de los sistemas

Los postulados teóricos de Luhmann refieren a que los sistemas tienen tres propiedades fundamentales; la primera corresponde a la capacidad de producir sus propios elementos, “y mientras producen sus propios elementos, mantienen su propia dinámica y su propia existencia” (Dallera, 2012: 32), esta característica recibe el nombre de autopoiesis, esto implica reproducirse a sí mismo por medio de los elementos que constituyeron su forma y a su vez la distinción sistema/entorno reproduce al interior distinciones del mismo tipo.

La segunda propiedad refiere a la capacidad de entrelazar operaciones del mismo tipo, es decir, la capacidad de autorreflexión y recursividad operativa dentro del sistema. En este caso un sistema es autorreferente cuando “la producción de sus propias operaciones remite a la red de operaciones de su misma clase y, en este sentido, se reproduce” (Nafarrete, 1999: 41).

Por último, la tercera propiedad consiste en comprender que los sistemas operan para sí mismos, por medio de una operación/observación diferenciada, es decir, la observación se realiza bajo parámetros definidos según el sistema en el que se encuentre, donde cada sistema sigue un código que le otorga identidad y lo diferencia de los demás sistemas, gracias a este código, los sistemas pueden seleccionar observaciones y por lo tanto operar, “quien decide sobre lo que está fuera o dentro es el observador” (Luhmann, 2007). Por ello, decir que un sistema es operativamente cerrado implica que su función se encuentra guiada a partir de la autorreferencia y en ningún

caso elabora una respuesta para satisfacer alguna exigencia del entorno” (Dallera, 2012: 32). En consideración de lo anterior se entenderá que la modernidad se orienta y reproduce a partir de sistemas autopoiéticos, autorreferentes y operativamente cerrados.

Esta postura tiene como fundamento que la sociedad se constituye como un sistema que tiene la capacidad de autoobservarse y autodescribirse a partir de la comunicación. Se considera que la sociedad surge cuando se diferencia del sistema biológico, el sistema físico, o el sistema químico, (los cuales trabajan por medio del estudio de las células, átomos, composición de elementos o la configuración orgánica de los organismos). Es por ello que, en esta perspectiva, la sociedad no es un sistema vivo, sino un sistema de sentido y por ello, la sociedad no es el conjunto de personas sino el “producto” colectivo que han logrado –ese producto es la comunicación–; y a partir de la comunicación surgen nuevas posibilidades para ordenar el funcionamiento de la sociedad.

Moral

“Quien utiliza la moral comunica las condiciones con las cuales está dispuesto a apreciar (o a no apreciar) a los demás, partiendo del presupuesto de estimarse a sí mismo” (Corsi et al 153), en ese sentido, la moral es una comunicación que distingue entre lo que es bueno y lo malo y se rige bajo el código de estima/desestima hacia una persona; esta comunicación puede encontrarse en cualquier ámbito de la sociedad, sin embargo, quien utiliza la comunicación moral no busca observar las perspectivas de otro, ni tampoco incluir las perspectivas de otros en la suya, es decir, si se opera bajo dicho concepto “Ego” no está considerando a un “Alter” más que por parámetros de estimación así mismo.

En una sociedad diferenciada por funciones toda función se desarrolla de modo autónomo por un sistema parcial, es decir, que se han formado sistemas parciales cuya identidad/diferencia les ha permitido autorreproducirse mediante un proceso de autopoiesis y gracias a una operación diferente a cualquier otra. En ese sentido, los sistemas no observan el mundo uniforme o dogmático sino bajo la codificación. Tal es el caso del sistema político, sistema económico, el sistemas de la ciencia, de la educación,

la salud entre otros; en cada uno de estos sistemas su orientación se “estructura por una distinción binaria -un código-”; dicha distinción binaria podría mal interpretarse si se entiende como el código binario de Durkheim regido mediante lo sagrado/profano; a diferencia, el código binario que se utiliza en la teoría de sistemas da cuenta “de la forma mediante la cual un sistema de funciones trata cada posible objeto, y por lo tanto también las comunicaciones pertenecientes a otros sistemas de funciones: una comunicación jurídica orientada al código legalidad/ilegalidad, por ejemplo, es tratada por la ciencia sólo en términos de verdadero y no verdadero” (Corsi et al, 1996: 54).

Como mencionamos al inicio la comunicación moral puede presentarse en cualquier ámbito de la sociedad, o en cualquier sistema parcial, pero el código estima/desestima no es fundamental para ninguno de los sistemas; los sistemas parciales son amorales, por ejemplo lo verdadero, no se considera verdadero por ser bueno o malo, sino por el hecho de ser verdadero para el sistema de la ciencia, aunque cabe la posibilidad de que en cualquier sistema funcionalmente diferenciado se presenten comunicaciones morales reduciendo la comunicación a conflicto o polémica.

Referencias

- Acero, Myriam., Caro Ivonne., Henao Liliana., Ruiz Luisa, y Sánchez Guillermo (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(Supl 1). 103–110.
- Aguilar, Fernando (1998). *Modernidad, modernización y posmodernidad en la sociología contemporánea en México (1980-1995)*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, Luis (1993). *La implementación de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, Luis (1997). La reforma de salud en la Ciudad de México. *Rev. Méd. Chile*, 125(3), 358–362.
- Alexander, Jeffrey (2000). Qué es la teoría. En *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial* (pp. 11–26). Barcelona: Gedisa.
- Arias-Valencia, Samuel (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 35(2), 186–196.
- Arrieta-Cruz, I. y Gutiérrez-Juárez, R (2016). The Role of Insulin Resistance and Glucose Metabolism Dysregulation in the Development of Alzheimer's Disease. *Revista de investigación clínica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion*. 68(2), 53–58.
- Babini, José (2012). *Historia de la medicina*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Barata, Rita (2005). Epidemiología social. *Rev Bras Epidemiol*. 8(1), 7–17.
- Barba, José (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*. 65(1), 4–17.
- Barnes, Barry (1994). El problema del conocimiento. En León Olivé (comp.), *La explicación social del conocimiento México*: IIFUNAM.
- Bauman, Zygmunt (2003). *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, Ulrich (2006). *La sociedad del riesgo*. España: Paidós.
- Benach, Joan, Vergara Montse, y Muntaner Carles (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29–40.
- Benjet, C., et al (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.

- Berian, Josetxo (1996). Prólogo. El doble sentido de las consecuencias perversas de la modernidad. En: *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo* (pp. 7–29). Barcelona: Antropos.
- Bloor David (1994). El programa fuerte en la sociología del conocimiento en León En León Olivé (comp.), *La explicación social del conocimiento* México: IIFUNAM.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27.
- Canguilhem, G (2015). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo veintiuno editores.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W W Norton & Co.
- Cano Valle, Rubén Fernando (2001). *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*. México: UNAM- IIJ.
- Canudas-Romo, Vladimir., García-Guerrero, Víctor. M., & Echarri-Cánovas, Carlos. J. (2015). The stagnation of the Mexican male life expectancy in the first decade of the 21st century: the impact of homicides and diabetes mellitus. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 28–34.
- Cassel J, Tyroler H (1961) Epidemiological studies of cultural change. Health status and recency of industrialization. *Arch EnvironHealth* 3:25-33.9.
- Castel, Roberto (2019). *Las metamorfosis de la cuestión social*. Barcelona: Paidós
- Castro, Roberto (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM, CRIM.
- CEPAL (2014). *Panorama Social de América Latina*. Santiago: CEPAL.
- CEPAL (2019). *Observatorio Demográfico*. Santiago: CEPAL.
- CEPAL (2020). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto mundial y regional: escenarios y proyecciones en la presente crisis*. Santiago: CEPAL.
- CCIUDADANO (2021). *Manual para elaborar diagnósticos de incidencia ciudadana*. Ciudad de México: CIESAS.

- Chackiel, J (2004). La dinámica demográfica en América Latina. In *Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Chen R, Ovbiagele B & Feng W (2016). Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes. *Am J Med Sci*. 351(4), 380 -386.
- Cordera, Rolando., y Murayama, Ciro (2012). *Los determinantes sociales de la salud*. Fondo de Cultura Económica, UNAM.
- Corsi Giancarlo, et al. (2006). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. México: Universidad Iberoamericana.
- Dallera, O (2012). *La sociedad como sistema de comunicación. La teoría sociológica de Niklas Luhmann en 30 lecciones*. Buenos Aires: Universidad Iberoamericana.
- De la Torre, Monica; Oyola, Alfredo (2014). Los determinantes de la salud: una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1–6.
- Dieterlen, Paulette (2015). *Justicia Distributiva y Salud*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM; PUB; FFL.
- Durkheim, E. (2007). *La división del trabajo social*. México: Colofon.
- Estrella Juan y Verónica Cobos (2010). Tercer Sector y comunicación, entre las expectativas y las capacidades, en *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*. año 9, núm. 9, 45-53.
- ENSANUT (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ENSANUT (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ENSANUT (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Federación Internacional de Diabetes. (2017). *Atlas Internacional de la Diabetes*. 8ª Edición.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., Forman, D., & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49(6), 1374–1403.
- Foucault, Michel (2003). *Sobre la Ilustración*. Madrid: Tecnos.

- Foucault, Michel (2012). *El nacimiento de la clínica*. Ciudad de México: Siglo veintiuno.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sépulveda, J., y José, M (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Bol OF Sanit Panam*, 111(6), 485–496.
- Gadamer, H (2017). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gavidia, V. y Talavera, M (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26), 161–175.
- Gaytán, F (2013). Laicidad y Modernidad. *Instituto de Investigaciones Jurídicas*, 43.
- Gergen, Kenneth (2007). *Constructivismo social. Aportes para el debate y las prácticas*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Giddens, Anthony (1999). *Consecuencias de la Modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, R (2001). *La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?* 19, núm. 2, Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(2): 57-74
- González, R., Hernández, A., & Santana, J. (2015). Visión panorámica de las enfermedades crónico-degenerativas. *Revista Internacional de Acupuntura*, 9(2), 57–69.
- Graham, S (1963). Social factors in relation to chronic ones. en: Freeman H, Levine S, Reiders LG, editors. *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Habermas, J (1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid: Taurus.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., y Reynoso-noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Publica Mex*. 3(55 supl, 2) 129-S1.
- Hernández Ugalde, Felipe, Álvarez Escobar, María del Carmen, Martínez Leyva, Grecia, Junco Sánchez, Víctor Luís, Valdés Gasmury, Ivette, y Hidalgo Ruiz, Maricela (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070.
- Hesse, Mary (1994). La tesis fuerte de la sociología de la ciencia en León Olivé (comp.), *La explicación social del conocimiento*. México: IIF-UNAM.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 497–506.

- Illich, Ivan (2006). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. en: *Obras reunidas I*. México: FCE.
- Koselleck, Reinhart (1993). *Futuro Pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.
- Knorr-Cetina, Karin (2005). *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Kreimer, Pablo (2005). "Estudio preliminar. El conocimiento se fabrica. ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?" en Karin Knorr-Cetina, *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
- Krieger, N (2002). Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6), 480–490.
- Laurell, Asa (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- Luhmann, Niklas (1998). *Complejidad y modernidad de la unidad a la diferencia*. Madrid: Trotta.
- Luhmann, Niklas (2007). *La sociedad de la sociedad*. México: Herder.
- Luhmann, Niklas (2015). *Comunicaciones y cuerpo en la Teoría de los sistemas sociales*. México: UNAM
- Macintyre, S. (1997). The Black Report and beyond what are the issues? *Social Science and Medicine*, 44(6), 723–745.
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., Marmot, M. G., & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.
- Mariña, Abelardo (2012). La crisis mexicana de 2008-2010 en perspectiva histórica y en el contexto de la crisis mundial, en María Beatriz García Castro (coord.), *Estudios sobre México en la crisis mundial: escenario nacional tras dos décadas de apertura y desregulación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.
- Martin, Olivier (2003). *Sociología de las ciencias*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Martínez, C., y Leal, G (2001). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 547–569.

- Martínez, Ángel (2011). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. México: Anthropos.
- Maturana, Humberto (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad*. México: Anthropos
- Marx, Karl (1989). *Introducción general a la crítica de la economía política*. México: Siglo XXI.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 35(12), 1773–1783.
- McKeown, Thomas (1989). *Introducción a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Montoya García, María (2017). Los hogares en la crisis: trabajo condiciones de vida en México, 2008-2010. Ciudad de México: IIEc; UNAM; CEPAL.
- Moreno-Altamirano, L (2009). La epidemia del siglo XXI. El síndrome metabólico: Factores socioculturales. *Gaceta Médica de Mexico*, 145(5), 396–399.
- Moreno-Altamirano L, Limón-Cruz D (2009). Panorama general y factores asociados a la diabetes. *Rev Facultad de Medicina, UNAM*. (52) 219-23.
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 114–123.
- Mújica, O. J (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*, 38(6), 433–441.
- Naciones Unidas (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales. En *Publicación de las Naciones Unidas*. Santiago: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2019). Informe de los objetivos del desarrollo sostenible 2019. En *Informe de los objetivos del desarrollo sostenible 2019*. Nueva York: Naciones Unidas.

- Nafarrate, Javier (1999). *Introducción a la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*. Ciudad de México: UNAM; Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Olivé, León (comp.) (1994). *La explicación social del conocimiento*. México: IIF-UNAM.
- OMS (1948). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Nueva York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Santiago: Organización Mundial de la Salud.
- OPS (2014). *Plan Estratégico de la organización Panamericana de la salud 2014-2019*. Washington: OPS.
- OPS (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington: OPS.
- Omran AR (1971). The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 49(4):509-538.
- Ortiz, Etelberto (2012). Los nuevos escenarios económicos de la crisis. en Enrique de la Garza (coord.), *La situación del trabajo en México 2012*. México: Plaza y Valdés editores/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Peñaranda, F (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes – determinación social de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 91–102.
- Pérez Agote, J., y Sánchez Capdequí, C. (2017). Introducción. De la modernidad a las modernidades múltiples: un debate inagotable. *Sociología Histórica*, (7), 1–9.
- Piaget, Jean (1992), *Psicogénesis e historia de la ciencia*. México: Siglo XXI.
- Pizarro, R (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. en *Serie estudios estadísticos y prospectivos*. CEPAL.
- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178–181.
- Rabossi, Eduardo comp. (1995). *Filosofía de la mente y ciencia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Rakel D, Weil A (2009). *Filosofía de la medicina integrativa*. en Rakel D, editor. *Medicina Integrativa*. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson.

- Ramos, L., y Sierra, I (2016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud*, 11(1), 40–46.
- Retamozo, Martín (2012). Constructivismo: epistemología y metodología en las ciencias sociales en Enrique de la Garza Toledo y Gustavo Leyva (comp.), Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales. México: FCE; UAM-Iztapalapa.
- Ritzer, G (2005). *Teoría Sociológica contemporánea*. In *NASPA Journal* (Vol. 42).
- Rosales-Flores RA, Mendoza-Rodríguez JM, Granados Cosme JA (2018). Condiciones de vida, salud y trabajo en conductores de taxi en la Ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 56(3):279-86.
- Santos-Preciado, J. I., Villa-Barragán, J. P., García-Avilés, M. A., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de Mexico*, 45(SUPPL. 1).
- Secretaria de Salud (2016). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016*. Ciudad de México: Secretaria de Salud.
- Secretaria de salud (2018). Enfermedades no transmisibles. Ciudad de México: Secretaria de Salud.
- Seijo Vázquez, M., y Márquez González, I (2018). *Mortalidad precoz por enfermedades crónicas no transmisibles: algo evitable, pero no resuelto*. *Medisur*, 16(2), 220-222.
- Serra Valdés, Miguel Ángel (2020). Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 1-5.
- Serrano, O. R., y Martínez, y L. A (2011). Los grandes avances y los cambios de paradigma. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 54(2), 21–32.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Morales-Rúan, María. D. C., Hernández-Ávila, M., y Rivera-Dommarco, J. Á (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 60(3, may-jun), 244.
- Soca, Pedro (2009). El síndrome metabólico: Un alto riesgo para individuos sedentarios. *Acimed*, 20(2), 1–8.

- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., y Pahua Díaz, D (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de La Facultad de Medicina*, 59(6), 8–22.
- Susser M (1973). *Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies in epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Sutton, A. H., Coria, A. I., Ortega, M. Á. F., y González, J. A. C (2005). Epidemiología social: nuevas perspectivas en relación con el fenómeno salud-enfermedad. *Medicina Interna de México*, 21(3), 163–167.
- Tapia. M., Beatriz, C. C., Susana, C. S., y Giovanna, M. S (2010). *Manual de incidencia en políticas públicas*. Ciudad de México: Alternativas y capacidades.
- Vargas-Parada, Laura y Juan Pedro Laclette (2010). *La medicina y la genómica: una nueva síntesis*. México: Fondo de cultura económica; Instituto Nacional de Medicina Genómica.
- Vera, H., Galindo, J., y Gutiérrez, J. P. V (2007). Las formas elementales de la vida religiosa, un tótem vivo. en É. Durkheim (Ed.), *Las formas elementales de la vida religiosa* (pp. 11–51). México: Fondo de Cultura Económica.
- Vera, Marta (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de Población*, 6(25), 179–206.
- Vigotsky, Lev (2001). *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona: Paidós
- Villanueva, A (2012). De la medicina tradicional a la medicina moderna. *Trébol*, (62), 5–17.
- Weber, Marx (2011). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México. FCE.
- Whitehead, Margaret (1992). The concepts Principles of Equity and Health” International Journal of Health Services 22 (3): 429-445.
- Woolf, Virginia (2016). *Un cuarto propio*. México: DEBOLSILLO.
- Zamorano Farías, R. (2019). Medicalización, riesgo y demandas al sistema de la medicina Una observación desde la teoría de los sistemas. *Revista Derecho y Salud | Universidad Blas Pascal*, 3, 48–61.
- Zavala de Cosío, M (1995). Dos modelos de transición demográfica en América Latina Perfiles Latinoamericanos. *Perfiles Latinoamericanos*, 6, 29–47.
- Zavala de Colosio, M (2014). La transición demográfica en México (1895-2010). En C. Rabell (Ed.), *Un balance del cambio demográfico* (pp. 80–114).