

Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria

Josep Bernabeu Mestre
y Elena Robles González

«La mortalidad ha sido, en cierto modo, substituida por la morbilidad. Se vive más, pero también se enferma más. El incremento de la esperanza de vida se acompaña de la paradójica combinación de una mortalidad decreciente y morbilidad creciente, que se acompaña de una transformación del significado de la enfermedad: ha pasado de ser considerada un proceso agudo que con gran frecuencia finalizaba con la muerte a ser considerada un estado crónico que padece mucha gente en prolongadas etapas de su vida.»

(Frenk J. et al, 1991a : 487)

I. Introducción

Uno de los aspectos básicos de la relación entre sociedad y enfermedad radica, precisamente, en la influencia de la enfermedad y sus manifestaciones sobre la evolución y las características de las poblaciones.

Desde la perspectiva de la relación que existe entre demografía y salud pretendemos abordar la utilidad de la teoría de la transición sanitaria para analizar los problemas de salud de las poblaciones en diferentes contextos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales.

En este sentido, el estudio de la transición sanitaria, como marco conceptual global y dinámico, más allá de la simple descripción, puede ofrecer una explicación de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones y sobre todo puede contextualizar las consecuencias de dichos cambios: la modificación de los niveles de fecundidad y de mortalidad, el envejecimiento de la población, la reducción y control de las enfermedades infecciosas y transmisibles, el aumento de las patologías crónicas y degenerativas, la reemergencia de enfermedades transmisibles, la aparición de nuevos riesgos ambientales y ocupacionales, los cambios en los tipos de servicios sanitarios, etc.

II. Antecedentes de la teoría de la transición sanitaria: transición epidemiológica y teorías del descenso de la mortalidad

El estudio de las dinámicas de población se ha centrado, entre otros componentes, en los cambios en el patrón de mortalidad de las poblaciones y en su capacidad reproductora. Los grandes cambios en la fecundidad y la mortalidad que han tenido lugar en Europa Occidental en los siglos XIX y XX han conducido a la formulación de la teoría de la transición demográfica.

Tradicionalmente, el estudio de la transición demográfica se ha centrado, sobre todo, en el descenso de la fecundidad, prestando una atención menor al fenómeno del descenso de la mortalidad. Ha sido en las últimas décadas cuando la variable mortalidad ha sido objeto de mayor atención, especialmente desde su consideración como indicador del estado de salud de las poblaciones. La llamada transición epidemiológica se ocupa del cambio operado en el patrón epidemiológico a lo largo de dicho descenso: junto con una reducción de la mortalidad infantil-juvenil y el consiguiente aumento de la esperanza de vida al nacer, describe el paso desde una etapa donde eran las enfermedades infecciosas la principal causa de muerte a otra donde éstas son reemplazadas por las no infecciosas. Con posterioridad a la formulación de esta teoría, se fueron elaborando las primeras teorías que intentaban explicar el descenso de la mortalidad que acompañó la transición demográfica.

En la formulación inicial de la teoría de la transición epidemiológica Omran (1971: 509-510) defendía que, si bien es la demografía la disciplina que más tiene que ver con el estudio de las dinámicas poblacionales, una aproximación multidisciplinar a la teoría de la población sería «altamente deseable». La epidemiología se ocupa de la distribución de la enfermedad y la muerte, de sus determinantes y consecuencias en los grupos de población. Los patrones de salud y enfermedad forman parte de los cambios que se suceden en las poblaciones. Los conocimientos epidemiológicos sobre estos

patrones y sus determinantes sirven, por tanto, no sólo para predecir estos cambios, sino también como fuente de hipótesis para construir una teoría de la población.

Conceptualmente, la teoría de la transición epidemiológica se centraría en el cambio de los patrones de salud y enfermedad, así como en las interacciones entre estos patrones y sus consecuencias y determinantes demográficos, económicos y sociológicos.

En relación con los cambios en dichos patrones, Omran (1971: 516-536) distinguía tres etapas en la transición epidemiológica. La etapa de «pestilencia y hambrunas», la etapa de «descenso y desaparición de las pandemias» y la etapa de «enfermedades degenerativas y producidas por el hombre».

Con posterioridad a los trabajos de Omran, en un artículo publicado en 1986 (Olshansky y Ault, 1986: 355-387), se proponía una nueva etapa en la transición epidemiológica, la etapa de las enfermedades degenerativas tardías. Esta cuarta etapa se caracteriza por un aumento en la esperanza de vida que beneficiaría a las edades más avanzadas y presentaría una distribución más o menos uniforme en hombres y en mujeres, y por un patrón de mortalidad por edad y por causa similar al de la tercera fase de Omran, pero con una distribución por edad de las defunciones por causas degenerativas que se desplaza progresivamente hacia edades más avanzadas.

En dicha etapa, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer reemplazan a las infecciosas. Neumonía, bronquitis, gripe y algunas enfermedades víricas aún son problemáticas. La morbilidad comienza a eclipsar a la mortalidad como índice de salud a medida que, por una parte, los problemas asociados a las enfermedades crónicas y degenerativas adquieren protagonismo, y por otra, las enfermedades mentales, las adicciones, los accidentes y los problemas de contaminación empiezan a ser los más prevalentes (Omran, 1971: 534-536).

Actualmente, como tendremos ocasión de comentar, la reemergencia de enfermedades transmisibles (Morse, 1995; Satcher, 1995) ha planteado la necesidad de hablar de una nueva etapa.

La propuesta explicativa de Omran (1971: 520-521, 529-530) enlaza con el amplio debate que el descenso de la mortalidad que acompañó la transición demográfica ha suscitado entre los

historiadores de la población (Livi-Bacci, 1987; Pérez Moreda, 1988; Szreter, 1988). Tradicionalmente han existido dos posiciones contrapuestas que han tratado de explicar las razones de aquel descenso: por un lado, los partidarios del papel desempeñado por la salud pública, entendida como una puesta en escena de los recursos científico-médicos en un sentido amplio, por otro, los partidarios de la influencia de la mejora de los recursos socioeconómicos, sobre todo alimenticios. Parece plantearse, sin embargo, en los últimos años una tercera vía que apunta hacia el reconocimiento de la complejidad del proceso, huyendo así de las explicaciones monocausales en favor de las multifactoriales (Bernabeu Mestre, 1991: 81-83). En cualquier caso, nutrición y salud pública sintetizan una amplia gama de factores que influyeron en el declive de la mortalidad, pero como expresan Schofield y Reher (1991: 7-17), las dos posiciones no sólo no son excluyentes, sino que una comprensión global del fenómeno del descenso de la mortalidad debería incluir ambas. Son las aproximaciones multifactoriales las que parecen arrojar más luz en el debate sobre las causas del descenso de la mortalidad (Vallin, 1988: 9-19).

III. Críticas a la teoría de la transición epidemiológica

La teoría de la transición epidemiológica, tal como la acabamos de plantear, ha sido objeto de diversas críticas. Riley y Alter (1990: 2-4, 10) plantean que lo que Omran observó con los datos históricos era, más que una transición en los patrones de enfermedad, una transición en la edad a la que se producía la muerte. Como resultado de esta transición en la edad de muerte una proporción mayor de cada cohorte sucesiva ha ido sobreviviendo a edades en que las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas reemplazan a las transmisibles como principal causa de muerte.

Por otro lado, la teoría de Omran, aunque en un principio parece considerar la morbilidad, en realidad se ocupa de la misma sólo en base a las causas de muerte. Pero la transición

epidemiológica no sólo conlleva un cambio en las causas de muerte, sino también un cambio en las características, prevalencia y duración de las enfermedades de la población (Riley y Alter, 1990: 4-7).

Más recientemente, en un trabajo publicado en 1994, Mackenbach criticaba la ambigüedad del concepto de transición epidemiológica, especialmente lo que se refiere a la localización en el tiempo del inicio y el final de dicha transición.

Los problemas para identificar el fin de la transición epidemiológica no serían tanto la falta de datos adecuados como la falta de una idea válida respecto a qué causas de muerte deberían incluirse en el análisis. Existen, en este sentido, intentos por identificar el grupo de causas de muerte que adquirió protagonismo a lo largo de la transición epidemiológica: así, hay quienes hablan de «enfermedades degenerativas y producidas por el hombre», «enfermedades no infecciosas y accidentes» o «enfermedades crónicas» (Mackenbach, 1994: 330). Pero también hay otras denominaciones como «enfermedades de la riqueza», «enfermedades de la civilización» y «enfermedades occidentales» (Trowell y Burkitt, 1981: 15-16; Phillips, 1988: 6-7), términos atractivos pero que adolecen de base científica (Mackenbach, 1994: 330). De este modo, la selección que se realice de uno u otro criterio puede representar, por tanto, diferencias a la hora de determinar el final de la transición epidemiológica, pues cada uno de estos criterios determina un período de aumento o descenso con importantes diferencias cronológicas.

IV. De transición epidemiológica a transición sanitaria

El concepto de transición sanitaria se planteó como una extensión del concepto de transición epidemiológica. El cambio de nomenclatura desde «epidemiológica» a «sanitaria» (más bien «de la salud», si somos fieles al término inglés), viene dado porque mientras la transición epidemiológica se limita a describir los cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de las poblaciones,

la transición sanitaria pretende explicar los cambios sociales y de comportamiento, y otros de naturaleza diversa, que han ocurrido paralelos a los cambios epidemiológicos (Caldwell, 1990: xi-xii).

Además de la transición epidemiológica, o junto a la transición epidemiológica, la teoría de la transición sanitaria incorpora otros dos conceptos, de carácter más específico, que intentan aproximarse al estudio de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones: la transición de riesgos, que describe los cambios producidos desde riesgos «tradicionales» como el agua contaminada o la falta de higiene de los alimentos, a riesgos «modernos» como la contaminación atmosférica, el transporte y la modificación y/o aparición de nuevos estilos y modos de vida, y la transición de la atención sanitaria, que define la transformación de la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios.

Todos estos conceptos describen, por tanto, grandes cambios que, ligados al desarrollo socioeconómico, han tenido o tienen lugar en la estructura y en las condiciones de salud de las diversas poblaciones.

Lo novedoso del concepto de transición sanitaria no es su definición formal, sino su énfasis en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento de la salud (Cleland, 1990: xviii-xix). Este énfasis lleva consigo una serie de implicaciones: en primer lugar, reconoce que el buen estado de salud depende de los recursos, valores y comportamiento de los individuos, las familias y las comunidades. En segundo lugar, supone un cambio desde la preponderancia de las intervenciones médicas al examen y consideración de los determinantes de la salud en general (nutrición, higiene, etc.). Por último, implica un interés hacia cuestiones tan amplias como la evolución social, la educación, la equidad o el *empowerment* (capacitar a las personas para poder gestionar por sí mismos los problemas de salud).

Es precisamente esta tercera implicación la que confiere mayor dificultad práctica al proyecto de la transición sanitaria, porque como expresa Cleland (1990: xix) de forma gráfica: «¿cómo se puede dibujar la frontera entre las cuestiones de salud y las cuestiones de bienestar y justicia social? El reto para la investigación en el estudio de las transiciones sanitarias es, además de proporcionar información para

realizar acciones en salud, avanzar en la comprensión de los factores sociales y biológicos que acompañan estas transiciones sanitarias».

En este sentido, se plantearían una serie de cuestiones clave: qué atributos caracterizan a las transiciones sanitarias (características demográficas, causas de muerte, morbilidad, dimensiones sociales y culturales); si estos atributos son generalizables a todos los contextos y situaciones ó, por el contrario, son específicos de cada momento; la metodología que se debe seguir para la medición de las distintas dimensiones que se estudian o la influencia que el conocimiento de las transiciones sanitarias puede tener sobre la confección de determinadas políticas de salud, serían algunas de las cuestiones a considerar (Murray y Chen, 1994).

4.1. MEDIR EL ESTADO DE SALUD

Uno de los problemas más importantes que plantea la operativización de un concepto como el de transición sanitaria es el de la inadecuación de definiciones y medidas consensuadas sobre el estado de salud.

La dependencia que en este sentido existe de la mortalidad como indicador del estado de salud resulta insatisfactoria, teniendo en cuenta que existen otros indicadores de interés, como puede ser la morbilidad (Murray y Chen, 1994). El hecho de conceder más énfasis a la mortalidad que a la morbilidad estriba en que la primera es más fácilmente mensurable y responde mejor al deseo de establecer alguna certeza empírica en un área complicada como la que nos ocupa (Caldwell, 1990: xii).

Generalmente se asume que la morbilidad y la mortalidad cambian de forma paralela, no sólo en la composición, sino también en la incidencia (Caldwell, 1990: xii-xiii; Bell y Chen, 1994). Sin embargo, existen diferentes opiniones al respecto: hay autores que sostienen que ambas siguen cursos inversos (Riley y Alter, 1986: 7-9; 1990: 5-6, 11-14; Riley, 1990: 165, 174-175) y hay quienes, desde una óptica más moderada, mantienen que el perfil del estado de salud de una población, cuando se dispone de estadísticas de morbilidad válidas, es muy diferente al que se obtiene de las estadísticas de causas de muerte, ya que el patrón de morbilidad no refleja necesariamente las condiciones que conducen a la mortalidad (Ruzicka y Kane,

1990: 2-3, 17-18; Cleland, 1990: xviii). Parece desprenderse de esta controversia la necesidad de buscar nuevas aproximaciones que permitan medir la enfermedad y su incidencia de una forma más adecuada (Caldwell, 1990: xii).

Respecto a la búsqueda de indicadores que sirvan para explicar la transición sanitaria existen también distintas posturas. Algunos autores proponen la mortalidad infantil como indicador útil y válido para la transición sanitaria, del mismo modo que para el estudio de la fecundidad se utiliza la fecundidad matrimonial. Sostienen que aunque la mortalidad no lo dice todo del estado de salud y los niños no son los únicos que se benefician de las mejoras en salud, la mortalidad infantil está altamente correlacionada con la general, es fácil de medir y los cambios que se producen son un buen exponente de lo que está ocurriendo en materia de salud. Aunque los niveles de mortalidad infantil varían de unas poblaciones a otras, su descenso suele ser constante y continuo, y existe un nivel, en torno a las 10 defunciones por 1000 nacimientos, que marcaría la culminación exitosa de la transición (Van de Walle, 1990: xiv). Otros autores, sin embargo, consideran que tanto la mortalidad infantil como la esperanza de vida, a pesar de su larga tradición como indicadores de salud, no son los indicadores globales inequívocos que se presume que son. En este sentido, y en lo que respecta a la esperanza de vida, retrasar las muertes prematuras y añadir años a la vida no significa necesariamente una prolongación de la vida en buen estado de salud (Ruzicka y Kane, 1990: 2).

Otro indicador convencional del perfil de salud de una población es la estructura de la mortalidad por causas. Sin embargo, según Ruzicka y Kane (1990: 2,18), las causas de muerte son un indicador inadecuado del estado de salud de una población una vez que se ha logrado un cierto control de las enfermedades infecciosas y que, mediante una combinación de medidas preventivas y curativas y la mejora en los niveles de vida y alimentación, se ha reducido tanto la incidencia como la letalidad de dichas enfermedades. Las causas de muerte representan una adecuada descripción de los problemas de salud cuando eran las enfermedades infecciosas y transmisibles las principales responsables de la mortalidad. Pero cuando la mortalidad descendió a niveles bajos y las enfermedades no transmisibles, crónicas, de-

generativas, accidentes, desórdenes mentales y discapacidades pasan a ser los principales problemas de salud, las causas de muerte reflejan sólo una pequeña fracción del complejo perfil de salud de las poblaciones.

Existe otro indicador que quisiéramos mencionar y que se presenta como el indicador más frecuentemente utilizado para valorar el estado nutricional de una población e, indirectamente su estado de salud: la estatura (Floud, 1991: 147-156; Schofield y Reher, 1991: 10-11;). En este sentido, diversas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación inversa entre la altura y el descenso de la mortalidad (Pérez-Brignoli, 1988: 123-124). La altura es un buen indicador del estado nutricional en la infancia, sin embargo se precisan nuevas investigaciones sobre otros elementos también relacionados con el estado nutricional, como factores ambientales o la incidencia de algunas enfermedades de la infancia y la juventud.

De acuerdo con todas estas consideraciones, en los últimos años se han introducido nuevos indicadores para evaluar el estado de salud de las poblaciones (Christopher *et al.*, 1995). Así, además de utilizar datos de mortalidad y de prevalencia o incidencia de enfermedad, se ha empezado a evaluar la carga de enfermedad. El indicador AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad) permite cuantificar la carga de enfermedad al tener en cuenta, de forma simultánea, la muerte prematura y las consecuencias no mortales para la salud de la enfermedad y los traumatismos. Este método se basa en una perspectiva de incidencia y ofrece una estimación del número de años de vida perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad a causa de enfermedades o traumatismos. Los resultados de la nueva metodología aparecían recogidos, por primera vez, en el informe que sobre inversiones en salud (*World development report: investing in health*) publicaba en 1993 el Banco Mundial. La información que aporta un indicador AVAD puede ayudar a fijar, de forma más adecuada, las prioridades de los servicios de salud.

Por último, podemos mencionar, a pesar de las críticas que ha suscitado (Tapia Granados, 1995), el llamado Índice de Desarrollo Humano (Rosenberg, 1994: 175-176). Dicho índice integra tres componentes: riqueza, esperanza de vida y logros educativos. Los tres componentes se promedian por igual. La esperanza de

vida al nacer se considera un buen indicador aproximado de la satisfacción de las necesidades básicas, mientras que los logros educativos aparecen como indicador de la capacidad de elección entre opciones.

En cualquier caso, parece oportuno llamar la atención sobre la importancia de la variable educación y su interés como indicador, aunque indirecto, de los niveles de salud. Importancia que ha sido puesta de manifiesto en el caso de la supervivencia de los niños (Caldwell et al., 1990: 534-535). Parece existir una asociación lineal muy clara entre la duración del período educativo de las madres y la reducción de la mortalidad infantil. Del mismo modo, se observa que a medida que aumentan los años de escolarización de las madres, aumenta la supervivencia de los hijos: se ha demostrado que por cada año adicional de escolarización de la madre, la mortalidad infantil se reduce entre un 7 y un 9% (Caldwell J.C. y Caldwell P., 1991: 5; Cleland y Hill, 1990: 1).

La explicación de estas diferencias en la supervivencia infantil radicaría en que las madres escolarizadas conocen mejor, tienen más acceso y emplean con más frecuencia los servicios sanitarios modernos y la información sanitaria en el tratamiento de sus hijos que las madres no escolarizadas (Caldwell J.C. y Caldwell P., 1991: 6,10).

De hecho, los comportamientos, como se ha tenido ocasión de comprobar, aparecen como otra de las dimensiones del estado de salud a la que se presta especial atención desde este enfoque. Una variable que se investiga del comportamiento es el «cuidado» y el manejo del cuidado. Es esta una variable difícil de estudiar y de medir, salvo en su vertiente negativa, que sería la incidencia de accidentes. Se pueden analizar algunos aspectos específicos del cuidado, como la higiene o la nutrición, pero son aspectos indirectos y aproximativos (Caldwell et al., 1990: 536-537).

4.2. LA TRANSICIÓN DE RIESGOS

El concepto de transición de riesgos para la salud se enmarca en el contexto de los procesos de urbanización e industrialización de las sociedades occidentales, cuando los riesgos «tradicionales» son reemplazados por riesgos «modernos» (Smith, 1990: 227). Los riesgos

tradicionales, propios de la etapa pre-industrial, tanto ambientales como laborales, son reemplazados (en los países desarrollados) ó se superponen (en los países en desarrollo) a los riesgos modernos: entre otros, la contaminación atmosférica, el uso de pesticidas, el consumo de tabaco, los accidentes de tráfico, así como riesgos laborales derivados de las nuevas industrias (Kjellström y Rosentock, 1990: 190, 192-194). La urbanización (uno de los factores que más ha influido en la transición de riesgos tradicionales a riesgos modernos), la modernización en la agricultura, la industrialización y el desarrollo de nuevas tecnologías han aumentado los riesgos de salud modernos, como reflejan los nuevos tipos de accidentes y riesgos laborales (Smith, 1990: 229-230, 244).

Conviene recordar, en este sentido, que los cambios implicados en la transición epidemiológica, no son, necesariamente, signos de progreso. Como recuerdan Frenk et al. (1991a: 23,33-34; 1991b: 487-488) muchas de las circunstancias derivadas de la transición epidemiológica, lejos de representar una mejora, son el resultado de modos deficientes de industrialización, urbanización y consumo masivo que se traducen, entre otros, en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tráfico, trastornos mentales y consumo de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y otras drogas o los hábitos de alimentación poco saludables.

Como es conocido, los países en desarrollo se caracterizan por mostrar elevadas proporciones de población en situación de exclusión social y marginalidad, cifras altas de mortalidad infantil y un bajo índice de esperanza de vida. Esta imagen, sin embargo, está cambiando (McGinn, 1997: 121). Debido al desarrollo económico, a la expansión urbana y a las innovaciones generalizadas en salud pública y dieta alimentaria, las características definitorias de países en desarrollo ya no son tan sencillas.

Las mejoras en el nivel de vida implican nuevos y variados riesgos para la salud, y a veces formas menos saludables de vida. Algunas gentes de los países en desarrollo consumen más productos situados en la parte alta de la cadena alimentaria –más alimentos grasos, carne y grano refinado– a medida que el comercio internacional y la expansión urbana alteran los suministros de alimentos. Al mismo tiempo, se

incrementan las actividades de carácter sedentario y disminuyen las que requieren ejercicio físico, todo lo cual causa propensión a la obesidad, a dolencias cardíacas y pulmonares y a muertes prematuras. Además, se va generalizando el problema de las minusvalías.

De hecho, en los últimos años se ha empezado a hablar de un nuevo modelo de transición, referido sobre todo a América Latina, el polarizado-prolongado. Dicho modelo se caracteriza por presentar una superposición de etapas, fenómenos de contratransición y de transición prolongada. El primero de los conceptos, la superposición de etapas, hace referencia al aumento simultáneo de enfermedades infecciosas y problemas de salud de naturaleza crónica y degenerativa. El segundo de los conceptos, la contratransición, se refiere a la reaparición de enfermedades infecciosas que se consideraban controladas, tal como ocurre con el paludismo, el dengue o el cólera. Por último, el tercero de los conceptos alude a una situación de no resolución clara del proceso de transición. Además, todas estas circunstancias no afectarían en igual grado a los diferentes grupos sociales y regiones geográficas, lo que se conoce como polarización epidemiológica (Frenk *et al.*, 1991a: 493-494).

En la reducción del riesgo tradicional, además de otros factores, la incorporación de una higiene y nutrición adecuadas en las prácticas familiares tuvieron un impacto positivo. Del mismo modo, para reducir el riesgo moderno, el cambio en los modos de vida parecen los más efectivos (Huertas, 1998: 117-122). La educación, en este contexto, tiene un efecto importante para la puesta en marcha de cambios en materia de comportamiento destinados a controlar los efectos sobre la salud de nuevos y antiguos riesgos (Smith, 1990: 245-246).

El concepto de transición de riesgos, por tanto, proporciona un marco útil para la comparación y el análisis de los cambios experimentados por distintos países y regiones en el «riesgo», así como para monitorizar estrategias ambientales y articular medidas preventivas (Smith, 1990: 242-244).

4.3. LA TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La transición de la atención sanitaria («health care transition»), por su parte, sería la trans-

formación de la organización de la respuesta colectiva y/o individual a los episodios de enfermedad y a los problemas de salud. En otras palabras, la transformación en la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios (Frenk *et al.*, 1991b: 486).

Esta transición de la atención sanitaria está ligada a los desarrollos sociales, económicos y tecnológicos más amplios que se han ido produciendo. Por ejemplo, desde mediados del presente siglo se puede hablar de dos cambios importantes: el primero de ellos condujo a la adopción de un modelo de atención médica guiado por tecnologías complejas y basado en los hospitales. El segundo cambio se refiere al desarrollo reciente de un enfoque integral de la atención primaria de salud basado en la comunidad (Frenk *et al.*, 1991b: 486).

Desde la perspectiva de los países en desarrollo, la comprensión de la transición epidemiológica sería importante, porque cuanto mayor sea la complejidad epidemiológica, mayor será la necesidad de que se refleje en un sistema concordante de atención de salud. En este sentido, la transición epidemiológica y de riesgo deberían guiar la transición de la atención sanitaria (Frenk *et al.*, 1991b: 487, 495). Sin embargo, las contradicciones que presentan la aplicación práctica de dichos supuestos resultan más que evidentes.

En este sentido podemos citar el reciente trabajo de Rafael Huertas sobre *Neoliberalismo y políticas de salud* (1998). Este autor, a partir del concepto de transición epidemiológica, analiza alguna de las contradicciones que se derivan de comparar los problemas de salud que afectan a las poblaciones y los modelos de atención sanitaria.

5. Consideraciones finales

La idea de transición sanitaria se presenta como un instrumento válido para otorgar el protagonismo que merecen los distintos factores que explican la evolución de la mortalidad y la morbilidad y los determinantes de los estados y condiciones de salud de las poblaciones.

La evolución y la transformación que experimentan muchos de aquellos determinantes y condiciones puede permitir la formulación de

hipótesis plausibles sobre los mecanismos causales que se encuentran detrás de los cambios que acompañan los procesos de modernización y transformación demográfica.

En una primera etapa la llamada teoría de la transición epidemiológica (Omran, 1971) sirvió para profundizar en el análisis de los cambios estructurales (mortalidad y morbilidad por causas, por grupos de edad, etc.) que acompañan el descenso de la mortalidad. Esta aproximación, de carácter fundamentalmente descriptivo, se mostraría con el tiempo insuficiente para explicar de forma satisfactoria las causas de aquel descenso.

Desde planteamientos metodológicos más holísticos y haciendo uso de las herramientas que proporcionan las ciencias sociales (Caldwell et al. 1990; Chen et al., 1994), aunque sin renunciar al método epidemiológico y al marco teórico de la salud pública, en una segunda etapa se han ido formulando conceptos como los de transición de la atención sanitaria, transición de riesgos y el de la propia transición sanitaria (Frenk et al., 1991a; 1991b; Caldwell et al., 1991; Smith, 1990).

Entendemos que el concepto de transición sanitaria debería integrar las teorías de la transición en un marco único que incluya los cambios en la fecundidad, mortalidad, morbilidad y riesgos, junto a sus determinantes de naturaleza económica, pero también social, cultural y sanitaria (este último no sólo en cuanto a los avances tecnológicos, sino y sobre todo en cuanto a la accesibilidad de la población a tales avances).

Consideramos, por tanto, la transición sanitaria como un concepto global y dinámico. Global en la medida en que pretende abordar todos los posibles aspectos, factores y determinantes que están detrás de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones. Global también porque huye de la parcialidad y de la unidisciplinaria propia de los conceptos anteriores en favor del enriquecimiento que las distintas disciplinas relacionadas con la salud y la población pueden aportar. Dinámico porque considera y acoge las variantes locales, regionales o nacionales que se pueden presentar en los distintos contextos (Frenk et al., 1991a: 35; Chen et al., 1994).

¿Cómo se puede operativizar un concepto de transición sanitaria como el que acabamos de proponer? A partir del concepto de transición epidemiológica que describe cómo se han

producido los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones, la aportación más importante que realiza la transición sanitaria es la búsqueda del *porqué* de esos cambios: para ello recurre, en parte, a los conceptos de transición de riesgos y transición de la atención sanitaria. Pero existen, además, otros factores explicativos que merecen ser destacados, como los factores educativos, los relacionados con los estilos y modos de vida, la permeabilidad cultural (es decir, la capacidad de adaptación de las comunidades para modificar sus actitudes, ideas y comportamientos) o el grado de socialización política de las diferentes sociedades, factores todos ellos que nos permiten un mejor acercamiento al complejo proceso de cambio de las condiciones de salud de las poblaciones.

En cualquier caso, parece oportuno profundizar en la realización de trabajos e investigaciones que, tomando en consideración diferentes perspectivas históricas, así como contextos socioeconómicos, políticos y culturales igualmente diversos, puedan ayudarnos a contrastar la validez de modelos explicativos como el que representa la transición sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANGO J. (1980): La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 10, 169-198.
- AUSTER R., LEVENSON I. y ŠARACHEK D. (1969): The production of health. An exploratory study. *Journal of Human Resources*, 4, 411-436.
- BARRETT-CONNOR E. (1988): Epidemiología de las enfermedades infecciosas y epidemiología de las enfermedades crónicas: ¿separadas y desiguales? En: Buck C., Llopis A., Nájera E. y Terris M. (eds.): *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- BELL D.E., CHEN L.C. (1994): Responding to health transitions: From research to action. En: Chen L.C., Kleinman A. and Ware N.C.: *Health and social change in international perspective*. Harvard School of Public Health, Boston.
- BERNABEU MESTRE J. (1991): Enfermedad y población: Una aproximación crítica a la epidemiología histórica española. *Revisiones en Salud Pública*, 2, 67-88.
- BERNABEU MESTRE J. (1995): *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència (serie monografías, núm.5), Valencia.
- BERNABEU MESTRE, J. (1998): Transición sanitaria y evolución de la medicina (Diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 16(2), 15-38.

- CALDWELL J.C. (1990): Introductory thoughts on health transition. En: Caldwell J.C., Findley S., Caldwell P., Santow G., Cosford W., Braid J., Broers-Freeman D. (eds). *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra.
- CALDWELL J.C. (1992): Old and new factors in health transitions. *Health Transition Review*, 2 (supl), 205-216.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P. (1991): What have we learnt about the cultural, social and behavioural determinants of health? From Selected Readings to the first Health Transition Workshop. *Health Transition Review*, 1, 3-20.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P., GAJANAYAKE I., ORUBULOYE I.O., PIERIS I., REDDY P.H. (1990): Cultural, social and behavioural determinants of health and their mechanisms: a report on related research programs. En: Caldwell J.C., Findley S., Caldwell P., et al. (eds.): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra.
- CALDWELL J.C., FINDLEY S., CALDWELL P., SANTOW G., COSFORD W., BRAID J., BROERS-FREEMAN D. (eds.) (1990): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra.
- CASELLI G. (1991): Health transition and cause-specific mortality. En: Schofield R., Reher D., Bideau A. (eds). *The decline of mortality in Europe*. Clarendon Press, Oxford.
- CASELLI G. (1993): *National differences in the health transitions in Europe*. The History of Registration of Cause of Death Conference. Indiana University, Bloomington.
- CHEN L.C., KLEINMAN A. Y WARE N.C. (1994): *Health and social change in international perspective*. Harvard School of Public Health, Boston.
- CHRISTOPHER J.L. ET AL.: La carga global de enfermedad en 1990: resumen de resultados, análisis de la sensibilidad y orientaciones futuras. *Bol Oficina Sanit Panam*, 118(6), 510-524.
- CLELAND J. (1990): *The idea of the health transition*. En: Caldwell J.C., Findley S., et al. (eds). *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra.
- CLELAND J., HILL A. (1990): *Studying the health transition: an overview*. En: Caldwell J.C., Findley S., et al. (eds). *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra.
- FLOUD R. (1991): Medicine and the Decline of Mortality: Indicators of Nutritional Status. En: Schofield R., Reher D. y Bideau A. (eds.) *The decline of mortality in Europe*. Clarendon Press, Oxford.
- FRENK J., FREJKA T., BOBADILLA J.L., STERN C., LOZANO R., SEPÚLVEDA J. (1991A): La transición epidemiológica en América Latina. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 111, 485-496.
- FRENK J., BOBADILLA J.L., STERN C., FREJKA T., LOZANO R. (1991B): Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1, 21-38.
- GÓMEZ REDONDO R. (1995): Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72, 79-108.
- GRIBBLE J.N., PRESTON S.H. (1993): Introduction. En: Gribble J.N. y Preston S.H. *The Epidemiological Transition. Policy and planning implications for developing countries*. Workshop Proceedings. National Academy Press, Washington D.C.
- GROSSMAN M. (1972): *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*. NBER, New York.
- GROSSMAN M. (1975): The correlation between health and schooling. En: Terleckyj N.E. (ed). *Household production and consumption*. NBER, New York.
- HUERTAS R (1998): *Neoliberalismo y políticas de salud*, El Viejo Topo/Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid.
- INTERHEALTH STEERING COMMITTEE (1991): Demonstration projects for the integrated prevention and control of non communicable diseases (Interhealth Programme): Epidemiological background and rationale. *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 44, 48-53.
- KJELLSTRÖM T., ROSENTOCK L. (1990): The role of environmental and occupational hazards in the adult health transition. *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43, 188-196.
- LIVI-BACCI M. (1987): *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*. Ariel, Barcelona.
- LIVI BACCI M. (1990): *Historia mínima de la población mundial*. Ariel, Barcelona.
- MACKENBACH J.P. (1994): The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 329-332.
- MARSHALL M. (1991): The second fatal impact: cigarette smoking, chronic disease and the epidemiological transition in Oceania. *Social Science Medicine*, 33, 1327-1342.
- MCGINN A. (1997): Prevención de enfermedades crónicas en los países en desarrollo. En: Brown L.R.; Flavin C.; French H. (eds) *La situación del mundo. Un informe del Worldwatch Institute sobre el progreso hacia una sociedad sostenible*. Icaria, Barcelona, 121-151.
- MCKEOWN T. (1978): *El crecimiento moderno de la población*. Antoni Bosch, Barcelona.
- MORSE SS. (1995): Factors in the Emergence of Infectious Diseases. *Emerging Inf. Disease*, 1, 1, 7-15.
- MURRAY C.J.L., CHEN L.C. (1994): Dynamics and Patterns of Mortality Change. En: Chen L.C., Kleinman A. y Ware N.C. *Health and social change in international perspective*. Harvard School of Public Health, Boston.
- OLSHANSKY S.J., AULT B.A. (1986): The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 64, 355-391.
- OMRAN A.R. (1971): The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 49, 509-583.
- PÉREZ MOREDA V. (1988): Hambre, mortalidad y crecimiento demográfico en las poblaciones de la Europa Preindustrial. *Revista de Historia Económica*, 6, 709-735.

- PHILLIPS D.R. (1988): The epidemiological transition: background and implications. En: *The epidemiological transition in Hong Kong*. Centre of Asian Studies/University of Hong Kong, Hong Kong.
- RILEY J.C. (1992): From a high mortality regime to a high morbidity regime: is culture everything in sickness? *Health Transition Review*, 2, 71-78.
- RILEY J.C., ALTER G. (1986): *Mortality and Morbidity: measuring ill-health across time*. Working Paper núm 4 (Population Institute for Research and Training/Indiana University).
- RILEY J.C., ALTER G. (1990): *The epidemiologic transition and morbidity*. Working Paper núm 10 (Population Institute for Research and Training/Indiana University).
- ROBLES, E.; BENAVIDES, F.G.; BERNABEU, J. (1996): La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev. Esp. Salud Pública*, 70, 221-233.
- ROBLES, E.; BERNABEU, J.; BENAVIDES, F.G. (1996): La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 14/1, 117-144.
- ROSEMBERG H. (1994): El índice de desarrollo humano. *Bol Oficina Panam* 117(2), 175-182.
- RUZICKA L., KANE P. (1990): *Health transition: the course of morbidity and mortality*. En: Caldwell J.C., Findley S., et al. (eds). *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra
- SATCHER D. (1995): Emerging infectious: Guetting a head of the Curve. *Emerging Inf. Disease*, 1, 1, 1-6.
- SCHOFIELD R., REHER D. (1991): The decline of mortality in Europe. En: Schofield R., Reher D. y Bideau A. (eds). *The decline of mortality in Europe*. Clarendon Press, Oxford.
- SMITH K.R. (1990): The risk transition. *International Environmental Affairs*, 2, 227-251.
- SUGAR J.A., KLEINMAN A., HEGGENHOUGEN K. (1994): Social and behavioural pathologies. En: Chen L.C., Kleinman A. y Ware N.C. *Health and social change in international perspective*. Harvard School of Public Health, Boston.
- SZRETER S. (1988): The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1, 1-38.
- TAPIA GRANADOS J.A. (1995): Algunas ideas críticas sobre el índice de desarrollo humano. *Bol. Oficina Sanit Panam*, 119(1), 75-87.
- TAYLOR R., LEWIS N.D. Y LEVY S. (1989): Societies in transition: mortality patterns in Pacific Island populations. *International Journal of Epidemiology*, 18, 634-646.
- TROWELL H.C., BURKITT D.P. (EDS). (1981): *Western diseases: their emergence and prevention*. Edward Arnold, London.
- UNDERWOOD P., GRAY D. (1990): *Barriers to health in North Yemen: what is the «evidence» and what «evidence» is wanted?* En: Caldwell J.C., Findley S., et al. (eds) *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra
- VALLIN J. (1988): *Théories(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine*. Dossiers et Recherches núm. 14. Institut Nationale d'Études Démographiques, U.I.S.S.P., París.
- VAN DE WALLE E. (1990): *How do we define the health transition?* En: Caldwell J.C., Findley S. et al (eds) *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Health Transition Centre/The Australian National University, Canberra