



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Frenk, Julio

Transiciones: vidas, instituciones, ideas

Salud Pública de México, vol. 39, núm. 2, marzo-abril, 1997, pp. 144-150

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Transiciones: vidas, instituciones, ideas*

Julio Frenk, M.C., M.S.P., Ph.D.⁽¹⁾

La vida no es sino una sucesión de transiciones. En ellas se expresan los procesos profundos de cambio que van conduciendo de un estadio de existencia a otro. Lo mismo se aplica a las personas que a las instituciones. En ambos casos lo único que no cambia, como se ha dicho tantas veces, es el cambio mismo.

Hoy quiero reflexionar sobre esas transiciones. Lo hago en un marco que me llena de honda emoción. Llegar a los diez años del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) es un acontecimiento en el que siempre creímos todos los que tuvimos el inmenso privilegio de participar en su fundación, pero que no deja de producirnos incredulidad ahora que ese momento ya está aquí. Mi emoción ante este significativo aniversario se acrecienta por la distinción que me han conferido las autoridades del Instituto, y en particular su director general, el doctor Jaime Sepúlveda, al haberme invitado a dictar, por vez primera, la Conferencia Magistral "José Luis Bobadilla". Mucho agradezco esta distinción, pero aún más la nobleza de espíritu que manifestó la comunidad del Instituto al decidir honrar la memoria de uno de sus más distinguidos fundadores instituyendo esta conferencia.

Y aquí la incredulidad se multiplica. Nunca creí que me encontraría ante un auditorio como éste queriendo elaborar, mediante homenajes como el que hoy

nos reúne, el profundo dolor que la muerte de un amigo querido provoca siempre, pero más aún cuando es prematura e inesperada. Tuve la fortuna de acompañar a José Luis durante más de la mitad de su vida. Cuando los amigos son como hermanos –y así he sentido a José Luis desde que nos conocimos en la Facultad de Medicina hace 22 años– siempre se imagina uno que el viaje juntos por la vida terminará más o menos al mismo tiempo. Nunca nos imaginamos que, cuando el viaje está todavía en sus momentos más intensos, tendrá uno que hacer un alto para llorar la pérdida del compañero de jornada. En el orden natural de las cosas, ese llanto debería reservarse a nuestros hijos, a nuestros alumnos, a las generaciones que nos siguen. Así me lo escribía en una carta reciente, hace apenas unos meses, mi admirado maestro Avedis Donabedian: "En la plenitud del tiempo, uno debe estar preparado para irse, y hacerlo con ecuanimidad. Pero irse como lo tuvo que hacer José Luis –eso es una ofensa contra la naturaleza."

Sin embargo, no es mi intención hacer de esta Conferencia Magistral un homenaje luctuoso. Ese ya se realizó en este mismo auditorio unas semanas después de la trágica desaparición de José Luis Bobadilla y la revista del Instituto ha publicado ya el *In Memoriam* correspondiente.¹ El mejor homenaje que ahora podemos rendirle a nuestro querido colega es celebrar sus

* Conferencia Magistral "José Luis Bobadilla" dictada en el VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, conmemorativo del X Aniversario del Instituto Nacional de Salud Pública y del LXXV Aniversario de la Escuela de Salud Pública de México; 1997 marzo 4; Cuernavaca, Morelos.

(1) Vicepresidente Ejecutivo y Director del Centro de Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México.

inmensos logros como investigador, como maestro, como profesionista, como ser humano integral. Sentirnos orgullosos de todo lo que José Luis realizó en su breve existencia física es la manera de mantener viva su obra. Con admirable serenidad, su esposa, la doctora Patricia Suárez, me hizo ver que a José Luis Bobadilla se le debe recordar por la creatividad de su vida, no por la tragedia de su muerte.

Una de las mayores expresiones de esa creatividad es, sin duda, este Instituto. Si hoy podemos estar aquí, celebrando los diez años del Instituto Nacional de Salud Pública, es en gran medida por la dedicación obsesiva y, diría yo, amorosa, con la que José Luis entregó lo mejor de su talento para lograr que el Instituto llevara a cabo con éxito la transición de proyecto ambicioso a realidad palpable. Es especialmente apropiado que se haya instituido una conferencia en homenaje a José Luis Bobadilla dentro del Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, pues fue él quien concibió estos congresos, quien impulsó a toda la comunidad del INSP a participar intensamente en ellos y quien presidió los comités de programa científico en las dos primeras ocasiones. Usar parte de su obra para honrar su memoria honra también a la institución que lo vio madurar como académico de excelencia.

Conexiones

Hay, pues, una conexión profunda entre la vida del Instituto Nacional de Salud Pública y la vida de José Luis Bobadilla. Ambas se encuentran en transición. El Instituto transita a una nueva fase de su desarrollo tras haber enfrentado con éxito los retos inmensos, casi heroicos, de sus primeros años: el cabildeo para lograr su aprobación en tiempos de crisis económica, el diseño de su estructura y funcionamiento, su constitución legal, la obtención de los apoyos financieros indispensables, el reclutamiento de su personal, la integración de tres organismos preexistentes muy disímiles en una nueva identidad institucional, la definición de la misión, la identificación de sus líneas de trabajo prioritarias, la conformación de sus instancias de revisión interna y externa, la vinculación con los demás institutos nacionales de salud y con el resto de la comunidad académica tanto del país como del extranjero, la construcción de su sede en Cuernavaca, la mudanza desde la Ciudad de México, el ajuste a dos cambios de administración en el gobierno federal, la llegada a término del periodo de gestión de su primer director general, la primera transferencia del mando, la segunda designación de un director general por parte de la Junta de Gobierno, la redefinición de la estructura orgánica, la especificación de un nuevo programa de trabajo

de mediano plazo y, como línea de conducción de todo este proceso constructivo, la búsqueda incansable del equilibrio entre excelencia y pertinencia. Sobre la base de estos y muchos otros avances, el Instituto transita hacia un estadio superior de consolidación.

La vida de José Luis Bobadilla también se encuentra en transición, pues la muerte no es sino el paso hacia una forma diferente de existencia. Esta existencia continuada después de la desaparición física se logra a través de la creación: la creación biológica y afectiva de los hijos, la creación artística o científica de la obra, la creación espiritual de la vida en paz. José Luis alcanzó todas estas formas de creación. Dentro de tal proceso creativo destaca su obra plasmada en el Instituto. Después de todo, para eso sirven las instituciones. A través de ellas se trasciende la inevitable temporalidad de los seres humanos. Este Instituto es la obra más importante de nuestra generación de investigadores en lo que se ha dado en llamar la nueva salud pública, una generación que se ha beneficiado de la guía iluminadora y el apoyo indeclinable del maestro Guillermo Soberón. Como esfuerzo colectivo, el INSP nos ha permitido construir algo que es mucho más que la simple suma de nuestras contribuciones individuales. La obra colectiva nos trasciende a cada uno como individuo, pero también nos permite realizar nuestras potencialidades y, así, permanecer aun después de nuestro tránsito final hacia la muerte.

No sólo las instituciones y las personas se encuentran en constante transición. También lo están las ideas. Y aquí se da otra conexión. Junto a los aspectos de desarrollo institucional, el lado académico de la obra de José Luis Bobadilla en el INSP se centró, en gran medida, alrededor de sus contribuciones seminales al tema de la transición de la salud. En este tema se dio nuestra más intensa colaboración intelectual. Las ideas sobre la transición de la salud han estado, ellas mismas, en transición. Al análisis somero de la evolución de estos conceptos quisiera dedicar el resto de la presente conferencia.

La transición de la transición de la salud

Las contribuciones originales

El interés de José Luis Bobadilla por la transición epidemiológica se inició temprano en su carrera. De hecho, él es el autor del primer artículo que introdujo este concepto en México. Se trató de un amplio y profundo análisis de la mortalidad en México, publicado en 1982, muy poco tiempo después de haber terminado sus estudios de medicina.² Al releer este texto ahora, 15 años después de su publicación, llama la atención su

carácter visionario, pues ahí se encontraban ya muchas de las semillas conceptuales que habrían de germinar más tarde en multitud de trabajos. Desde entonces es notable ya la capacidad de Bobadilla para recrear el concepto de transición epidemiológica, el cual había aparecido en la literatura una década antes.

Fue el epidemiólogo egipcio naturalizado estadounidense, Abdel Omran, quien acuñó ese término en un trabajo clásico publicado en 1971.³ Omran tomó como punto de partida los conceptos y hallazgos en torno a la transición demográfica, la cual se refiere a la interrelación entre los niveles de fecundidad y de mortalidad. Omran extendió el análisis de esta última para ir más allá del mero estudio de los niveles y abordar el de las causas. Ello habría de abrir un nuevo horizonte para entender la dinámica de las condiciones de salud en poblaciones humanas. Así, resultó claro que el descenso secular en los niveles de mortalidad había sido selectivo en cuanto a las causas de defunción y a los grupos de edad. La mayor parte de tal descenso se había concentrado en los niños menores y se había realizado sobre todo a expensas de las enfermedades transmisibles comunes. El término “transición epidemiológica” pasó entonces a referirse al proceso por el cual este tipo de enfermedades iba siendo sustituido por los padecimientos no transmisibles.

No cabe duda que Omran realizó una contribución seminal, pero también hubo de pagar los costos de ser pionero. Su formulación sobre la transición epidemiológica hoy se nos antoja sobresimplificadora. En efecto, Omran desarrolló una concepción lineal que resultó incapaz de capturar las complejidades de los procesos reales de transformación. En tal concepción, todos los países pasarían por una serie fija de etapas; las diferencias se limitarían al momento de inicio y a la velocidad del cambio. Hay, además, una visión eurocéntrica que no deja de llamar la atención en un autor proveniente de otra parte del mundo. Así, Omran usa como punto de comparación a la experiencia europea y norteamericana, a la que llama el “modelo clásico”. Todas las demás experiencias son caracterizadas en comparación con este caso ejemplar.

Tal sesgo se detecta incluso en la elección de ciertos términos, como cuando Omran designa a la fase que él considera la más avanzada de la transición la “era de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre”. Una variante común de este mismo sesgo consiste en llamar “enfermedades de la civilización” a los padecimientos crónico-degenerativos. Parecería, en la elección de estos términos, que las enfermedades infecciosas son de alguna manera no civilizadas y se dan en sociedades primitivas, las cuales están indefensas ante las fuerzas de la naturaleza. Así, daría la im-

presión que morir de un infarto al miocardio es algo más civilizado y menos natural que morir de una diarrea aguda. Nada más lejos de la verdad. Si acaso pudiéramos hablar de enfermedades “de la civilización” o “producidas por el hombre”, esas serían, en todo caso, las infecciosas, pues su diseminación siempre estuvo ligada a tres grandes fuerzas civilizadoras: la migración, el comercio y la conquista militar.⁴

Me he llegado a convencer que muchos de los analistas a los que no les gusta el término de transición epidemiológica han desarrollado este rechazo debido a los elementos lineales y reduccionistas que se encuentran en la obra de Omran. Sin embargo, como veremos más adelante, es posible superar estas limitaciones sin dejar de aprovechar el dinamismo que el concepto de transición imprime al análisis de los procesos de salud.

En efecto, a pesar de sus errores, no se puede regatear a la contribución de Omran su originalidad y su importancia. Sin embargo, ella no recibió mucha atención durante los años que siguieron a su publicación. Tiempo más tarde se dio un redescubrimiento de la transición epidemiológica y el tema empezó a atraer la atención lo mismo de investigadores que de formuladores de políticas. En este sentido, como en muchos otros, el trabajo inicial de José Luis Bobadilla se adelantó al subsecuente aumento del interés por la transición epidemiológica. Con tal aumento empezaron a surgir nuevas formulaciones conceptuales y verificaciones empíricas. En este breve recuento no pretendo hacer una revisión exhaustiva de tales contribuciones. Quisiera, en cambio, concentrarme en las aportaciones que surgieron primero del Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y después del Instituto Nacional de Salud Pública, pues es aquí donde se conectan las transiciones de las ideas, de la evolución institucional y de la rica vida académica de José Luis Bobadilla.

Las contribuciones de la nueva salud pública

A partir de su fundación en agosto de 1984, el Centro de Investigaciones en Salud Pública reunió a un grupo de jóvenes médicos que habían decidido seguir estudios avanzados a fin de profesionalizar la práctica de la investigación en este campo descuidado. Desde luego, José Luis Bobadilla se encontraba entre los líderes de esa nueva generación, como lo estaban también Jaime Sepúlveda y Enrique Ruelas, entre otros. Juntos publicamos un artículo⁵ donde se desarrollaban las bases conceptuales de lo que después vendría a llamarse la “nueva salud pública”.⁶ De este ejercicio conceptual pudo derivarse una agenda de prioridades de investigación para el naciente Centro.

Desde el primer programa de trabajo del CISP, que entró en vigor en enero de 1985, se incluyó ya, como tema prioritario, a la transición de la salud. Nació así lo que habría de ser una de las líneas más productivas del trabajo del CISP y también una de las que mayor reconocimiento internacional habría de recibir. Además, vale la pena destacar un aspecto inusual de la producción mexicana sobre este tema. Me refiero a la forma tan rápida y completa en que las ideas y los hallazgos de investigación fueron incorporados al discurso de las políticas públicas.

Más allá de su impacto en la comunidad académica nacional e internacional, muchos de los escritos que surgieron del CISP sobre la transición epidemiológica dieron lugar a una verdadera transferencia conceptual desde la academia hacia la formulación de las políticas públicas. Este es un ideal al que todos los que trabajamos en la investigación aspiramos, pero que muchas veces nos elude. En este caso particular, un elemento clave fue la apertura que el maestro Guillermo Soberón, entonces Secretario de Salud, mostró a la adopción de nuevas ideas para renovar un discurso político que ya estaba agotado. Ello no resultaba sorprendente dada la trayectoria académica del maestro Soberón. Más aún, había sido él quien había decidido establecer el CISP precisamente para remediar la aguda escasez de evidencia científica en la formulación de las políticas públicas. Resultaba entonces lógico que él estuviera particularmente atento a utilizar el instrumento que representaban las investigaciones del CISP.

El resultado fue que el concepto de transición epidemiológica alcanzó carta de naturalización en el discurso político, en la elaboración de los diagnósticos sobre la situación de salud y en la formulación de programas gubernamentales de acción. Hoy se ha vuelto casi un lugar común que tales discursos, diagnósticos y programas hagan referencia a la transición epidemiológica. Es particularmente importante para la comunidad de este Instituto tener presente que gran parte de esa influencia se labró en sus canteras intelectuales y que uno de sus más creativos artesanos fue José Luis Bobadilla.

¿En qué consistió la aportación específica de los investigadores del CISP y luego del INSP a este tema que, como se señaló antes, fue adquiriendo cada vez mayor relevancia nacional e internacional? Revisar con detalle todos los aspectos de tal aportación rebasaría el espacio de esta conferencia. Me limitaré, por lo tanto, a señalar cinco puntos sobresalientes de lo que fue un esfuerzo sistemático por echar a andar una transición de la teoría de la transición de la salud. Además

de la documentación empírica del fenómeno en México y en América Latina, la línea de investigación que surgió del CISP pudo realizar varias aportaciones conceptuales, entre las que destacan las siguientes:

1. *Definir rigurosamente el concepto de transición no como un periodo discreto sino como un proceso continuo de cambio.* En la concepción convencional, era común ver a la transición epidemiológica como el periodo delimitado entre un momento (o “era”, como le llamaba Omran) en que predominan las enfermedades infecciosas y otro en que lo hacen los padecimientos no transmisibles. Una contribución del grupo mexicano fue concebir a la transición como un proceso constante más que un periodo cortante. Así fue posible definir a la transición como un proceso de cambio que sigue un patrón identificable en el largo plazo.⁷ En este sentido, puede decirse que no existe la transición epidemiológica por la que algunos países ya pasaron, otros están en curso y otros no han iniciado aún. Por el contrario, la salud de todas las sociedades se encuentra en transición, aunque el patrón específico todavía no pueda identificarse con claridad. Aun los países más desarrollados, que supuestamente ya “terminaron” la transición, experimentan cambios en sus patrones de salud. Por ejemplo, 15 años después del artículo de Omran, Olshansky y Ault propusieron una nueva etapa para caracterizar la continuada transformación de las condiciones de salud en los países industrializados.⁸ Concebir a la transición como proceso permite desarrollar una visión dinámica de la salud que se transforma en respuesta a cambios más amplios de carácter demográfico, económico, político, cultural, científico, tecnológico y biológico. La idea de que la transición es un proceso continuo de cambio fue bien captada por el gran poeta Juan Ramón Jiménez, quien un año después de recibir el Premio Nobel de Literatura en 1956 nos hizo ver que “la transición permanente es el estado más noble del hombre”.⁹
2. *Ampliar el concepto tradicional hacia la noción de transición de la salud.* En forma casi simultánea y aparentemente independiente a la publicación del artículo clásico de Omran, Lerner introdujo, en un trabajo inédito presentado en 1973, el concepto de “transición de la salud”.¹⁰ Esta era una noción más amplia que la de transición epidemiológica, pues incluía a las concepciones y las conductas sociales como determinantes de las condiciones de salud. Un uso semejante se aprecia en la obra

de Caldwell,¹¹ fundador de un centro de la Universidad Nacional de Australia dedicado al estudio de la transición de la salud.

Sobre la base del avance que representó la introducción de este concepto amplio, el grupo del CISP intentó su elaboración sistemática. Así, se especificó que la transición de la salud se refiere a los dos ámbitos del estudio de la salud en poblaciones: por un lado, las condiciones de salud; por el otro, la respuesta social organizada a tales condiciones, que se estructura a través del sistema de salud. En forma correspondiente a esta distinción, se postuló que la transición de la salud comprende dos procesos relacionados: por un lado, la transición epidemiológica propiamente dicha, que se refiere a la transformación de largo plazo de las condiciones de salud de una población; por el otro, la transición de la atención a la salud, que alude a los cambios en los patrones de la respuesta social organizada. En esta forma, quedó claro que el objetivo de las reformas a los sistemas de salud debería consistir en hacer compatibles las dos transiciones, de tal manera que los arreglos institucionales realmente respondan a las necesidades de la población.¹²

3. *Especificar los mecanismos de la transición epidemiológica, algunos de los cuales se confundían con la definición misma del fenómeno.* Un esfuerzo por sintetizar las principales líneas de razonamiento y de acumulación de evidencia presentes en la literatura nos llevó a identificar tres mecanismos de la transición epidemiológica: a) la disminución de la fecundidad, que determina la estructura por edades de la población; b) el cambio en los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades; y, c) el mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, que modifica las tasas de letalidad.

Esta especificación sirvió para realizar una distinción analítica entre la definición de la transición epidemiológica y los mecanismos que la generan. Tal distinción fue importante porque en varias de las primeras publicaciones sobre el tema se confundían estos dos aspectos. La confusión era especialmente notable en el caso del primer mecanismo, esto es, la disminución de la fecundidad. En efecto, tanto en su primer artículo como en una revisión subsecuente,¹³ Omran incluía a las variaciones de la fecundidad dentro de la definición de los distintos modelos de transición epidemiológica.

En realidad, el descenso de la fecundidad es un componente esencial de la transición demo-

gráfica. La evolución de esta variable influye de manera decisiva en el curso de la transición epidemiológica, pues determina la estructura por edades de la población. Al reducirse en forma sostenida la fecundidad se produce el llamado “envejecimiento” de la población, por el cual aumenta la proporción de personas en edades avanzadas. Dado que estas personas tienen mayor riesgo de sufrir padecimientos crónicos y degenerativos, aumenta también el peso de estos últimos dentro del panorama de las condiciones de salud. Este aumento sí es parte de la definición de la transición epidemiológica, pero una cosa es tal definición y otra la forma en que el fenómeno ocurre. Confundirlas impide reconocer otros mecanismos y en general dificulta la comprensión del fenómeno.

4. *Superar la visión lineal y unidireccional de la transición.* Ya hemos visto que la formulación inicial de la teoría de la transición epidemiológica postulaba una progresión inexorable de las condiciones de salud por una serie fija de etapas. Así, todas las sociedades transitarían de una etapa a otra por el mismo camino epidemiológico y hacia un destino común, aunque pudieran hacerlo en diferentes momentos y a distintas velocidades. Las investigaciones realizadas en el CISP criticaron tales postulados. En uno de los artículos más citados sobre el tema, que escribimos junto con José Luis Bobadilla, Jaime Sepúlveda y Malaquías López Cervantes,¹⁴ se demostró que no todas las experiencias transicionales siguen el mismo patrón y que las diferencias van mucho más allá de las identificadas por Omran. Así, se hizo ver que, sobre todo en los países de ingresos medios, existe un traslape considerable entre los distintos momentos de la transición y que además pueden darse movimientos en reversa –verdaderas contratransiciones.
5. *Enriquecer el análisis al considerar la heterogeneidad entre diferentes grupos dentro de un mismo país.* El mismo artículo arriba mencionado llamó la atención sobre un hecho que la mayor parte de la literatura sobre el tema había soslayado hasta entonces: la profunda desigualdad que caracteriza a la transición epidemiológica entre los grupos sociales y las regiones geográficas de un mismo país. A esta heterogeneidad la llamamos “polarización epidemiológica”. Su existencia explica gran parte del traslape de etapas y de las contratransiciones. La combinación de estos elementos determina que la experiencia transicional de los países de ingresos medios sea más compleja que la que tuvieron

en su momento los países actualmente desarrollados. Surge así lo que en el artículo ya mencionado se denominó el “modelo prolongado y polarizado” de la transición epidemiológica.¹⁴

Estas son, pues, algunas de las aportaciones que enriquecieron la formulación teórica y la verificación empírica en torno a la transición de la salud. José Luis Bobadilla consagró su enorme energía intelectual a este esfuerzo. De hecho, en el momento de su muerte trabajábamos, junto con Rafael Lozano, en la integración de un libro que habría de reunir las ideas y los hallazgos acumulados a lo largo de casi una década de colaboración que siempre contará entre los aspectos más gratificantes de mi vida.

¿Qué sigue ahora en la agenda de investigación? Claramente, todas esas aportaciones son un punto de partida y no de llegada. Será necesario profundizar el análisis comparativo entre países para determinar la extensión del modelo prolongado y polarizado. Además, habrá que mantener un proceso continuo de revisión de los cambios epidemiológicos, a fin de detectar el desarrollo de patrones emergentes que puedan ir configurando nuevos modelos, hasta ahora insospechados. Sin duda, la agenda futura deberá enfocar con mayor intensidad la segunda transición, la de la atención a la salud. Sobre todo en estos tiempos de reforma, será indispensable comprender mejor las fuerzas económicas, políticas, culturales y tecnológicas que determinan la configuración y el desempeño de los sistemas de salud. Quizás al entenderlos mejor seremos capaces de lograr una transición de la atención a la salud que realmente responda a los retos de la compleja transición epidemiológica.

Conclusión

En esta conferencia he tratado de encontrar una conexión profunda entre las transiciones que tocan la vida de las personas, las instituciones y las ideas. Esta conexión ha quedado ilustrada por la forma en que José Luis Bobadilla supo entretener su trabajo académico sobre la transición de la salud con su trabajo institucional para construir una nueva salud pública.

Es este entramado donde se va dibujando la obra de cada generación. Así, no debe extrañar que el tema de la transición de la salud nos haya atraído intelectualmente, pues a nosotros mismos nos ha tocado actuar en un entorno de transformaciones en todos los órdenes: económico, político, científico, cultural, tecnológico, demográfico y, desde luego, epidemiológico. Nuestra generación ha tenido el privilegio de vivir un momento de transición en la historia del país, cuando

los riesgos del presente van perfilando los rasgos del futuro. Esta oscilación creativa ha quedado hermosamente plasmada en la frase de René Dubos que parecería presidir los destinos del Instituto Nacional de Salud Pública:

Si bien pudiera ser confortante imaginar una vida libre de tensiones y esfuerzos en un mundo sin preocupaciones, tal cosa no pasará nunca de ser un sueño vago. El hombre no puede hallar otro paraíso sobre la tierra, pues el paraíso es un concepto estático y la vida humana un proceso dinámico. Al hombre sólo le es posible eludir los peligros si ... abandona eso que ha conferido a la condición humana su genio y su carácter único entre el resto de los seres vivos. Desde los días del hombre de las cavernas, la Tierra nunca ha sido un Jardín del Edén, sino un Valle de la Decisión, donde la adaptabilidad es una cualidad esencial para la supervivencia. La Tierra no es un lugar de descanso. El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo, sino para un proceso de crecimiento emocional, intelectual y ético que estará siempre en marcha. Crecer en el seno de los peligros es el destino del género humano, pues tal es la ley del espíritu.¹⁵

Así vivió y así sigue viviendo José Luis Bobadilla. Si realmente queremos honrar su memoria, luchemos sin descanso por consolidar este Instituto y por hacer avanzar aún más las ideas que le dieron origen. Porque en esta institución y en esas ideas se encuentra gran parte de la vida de José Luis Bobadilla y de toda la generación que hemos tenido el honor de ser sus compañeros.

Referencias

1. In Memoriam: José Luis Bobadilla Fernández. *Salud Pública Mex* 1996; 38:386-392.
2. Bobadilla JL. La mortalidad en México. En: Ortiz-Quesada F, ed. *Vida y muerte del mexicano*. Mexico, D.F.: Folios Ediciones, 1982:1:15-42.
3. Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49:509-538.
4. McNeill WH. *Plagues and peoples*. Nueva York: Anchor Books, 1976.
5. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Rosenthal J, Ruelas E. Un modelo conceptual para la investigación en salud pública. *Bol Oficina Sanit Panam* 1986;101:477-492.
6. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1994.
7. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Trans Rev* 1991;1:21-38.
8. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases. *Milbank Mem Fund Q* 1986;64:355-391.

9. Jiménez JR. La razón heroica. En: *El trabajo gustoso* (conferencias). México, D.F.: Aguilar, 1961:117-141.
10. Lerner M. Modernization and health: A model of the health transition. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la American Public Health Association; 1973 noviembre; San Francisco, California.
11. Caldwell JC. Introductory thoughts on health transition. En: Caldwell J, Findley S, Caldwell P, Santow G, Cosford W, Braid J, ed. *What we know about health transition: The cultural, social and behavioral determinants of health. Proceedings of an International Workshop*, Canberra; 1989 mayo; Canberra: Australian National University, 1990:xi-xiii.
12. Bobadilla JL, Frenk J, Lozano R, Frejka T, Stern C. The epidemiologic transition and health priorities. En: Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, ed. *Disease control priorities in developing countries*. Nueva York: Oxford University Press, 1993:51-63.
13. Omran AR. The epidemiologic transition theory. A preliminary update. *J Trop Pediatr* 1983;29:305-316.
14. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy Plann* 1989;4:29-39.
15. Dubos R. *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1975:304-305.