

* REVISTA LATINOAMERICANA DE SALUD (MEXICO)

(Original)

* REVISTA "TRABAJO Y SALUD" (PORTOVIEJO)

2:2-29, 1982

* REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(QUITO), 6(3) : 173-198, 1981

ACUMULACION ECONOMICA Y SALUD-ENFERMEDAD: *
LA MORBI-MORTALIDAD EN LA ERA DEL PETROLEO EN ECUADOR

Jaime Breilh P.**
 Edmundo Granda U.**

"... nos atormenta, no sólo el desarrollo de la producción capitalista, sino la falta de ese desarrollo. Además de las miserias modernas, nos agobia toda una serie de miserias heredadas no sólo padecemos a causa de los vivos, sino también de los muertos. Le mort saisit le vif"

La década de los 70 para el Ecuador marca el inicio de la transformación de la etapa oligárquica de su desarrollo hacia un capitalismo con rasgos más modernos. La iniciación de la explotación petrolera en 1972, posibilitó una importante ampliación de los excedentes económicos y de la tasa de acumulación de capital ocasionando notables cambios en las relaciones de producción y en las estructuras de poder de la sociedad ecuatoriana.

Las transformaciones históricas señaladas, se han expresado en hechos determinantes respecto al desarrollo de las condiciones de vida y de salud-

enfermedad de las diferentes clases sociales que participaron en el proceso de los años 70. Si se pretende relacionar el análisis de la situación epidemiológica de dichas clases en el anterior decenio, al estudio de esos hechos sociales determinantes, es necesario recurrir a una teoría científica que permita interpretar a los procesos concatenadamente y seguir la lógica de su transformación histórica. Las tendencias seculares de la salud-enfermedad se deben interpretar a la luz de la lógica global del proceso histórico de la formación social.

El presente trabajo se inicia con la caracteriza-

ción de la década anterior, señalando los "procesos críticos" ocurridos en la formación ecuatoriana en dicho decenio. Propone luego un modo de interpretación de las relaciones entre los hechos históricos más generales y las manifestaciones particulares, en la salud-enfermedad, para, en base a este planteamiento teórico, analizar el comportamiento de aspectos de la morbilidad en regiones y clases sociales del país.

LA ACUMULACION ECONOMICA EN ECUADOR: DECADA DE LOS 70.

La acumulación de capital es la fuerza motriz de toda formación capitalista, la esencia misma de la reproducción, de este modo de producción.

El proceso acumulativo tiene un efecto concentrador de los bienes y riqueza social disponibles y consecuentemente un efecto de exclusión de amplios sectores frente a dichos bienes producidos. Acumular implica invariablemente empobrecer.

En el cuadro No. 1 puede evidenciarse, por ejemplo, de qué modo crecieron las tasas de explotación de industria y minería. Así, mientras en 1966 el valor del trabajo excedente que sustrajeron los propietarios de industrias y minas fue aproximadamente 4.8 veces mayor que el valor del trabajo pagado, doce años más tarde dicha diferencia prácticamente se duplicó.

CUADRO No. 1

TASAS DE EXPLOTACION ESTIMADAS EN INDUSTRIAS Y MINERIA ECUADOR, 1966 - 1976

	SALARIOS REALES [1]	VALOR AGREGADO [2]	TASA DE EXPLOTACION ESTIMADA [2 - 1]
	Sucres = 1970 POR OBRERO MENSUALES;	Sucres = 1970 POR OBRERO MENSUALES:	1
1966	1188	6906	4.8
1967	1166	6938	5.0
1968	1129	7202	5.4
1969	1256	7612	5.1
1970	1314	8090	5.2
1971	1376	8591	5.2
1972	1430	8210	4.7
1973	1406	14699	9.5
1974	1381	19557	13.2
1975	1463	13689	8.4
1976	1557	15440	8.9
1977	-----	-----	-----
(*)1978	1611	-----	-----

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) - QUITO BASADO EN LAS ENCUESTAS DE MINERIA Y MANUFACTURA.

- (1) Salarios deflacionados utilizando índice nacional de precios.
 (2) Valores deflacionados utilizando deflactor de P.I.B. de JUNAPLA.
 (*) Valor estimado a base de datos de muestra no necesariamente representativa de expedientes de la encuesta industrial.

En el trasfondo de ese modo de acumulación económica se ubican modos de vida específicos determinados principalmente por las relaciones de propiedad de las distintas clases con los medios de producción. Esas formas de reproducción social están dadas por formas específicas de trabajar y de consumir en medio de las cuales ocurren perfiles típicos de salud-enfermedad.

No constituye la acumulación de capital un proceso uniforme sino que se caracteriza por la aparición de crisis cíclicas. Estas fases críticas obligan a violentos replanteamientos económicos de la inversión y de la utilización de la fuerza de trabajo, lo cual a su vez determina pronunciados efectos epidemiológicos.

Como se señaló anteriormente, la década de los 70 marcó, para el caso ecuatoriano, el inicio del desarrollo hacia un capitalismo con rasgos más modernos. La sociedad oligárquica, caracterizada por Cueva como una etapa de predominio de "Junkers" locales y una burguesía "compradora" en alianza con el capital monopólico primario-exportador (1), dió paso a un proceso de modernización del capital. El retraso histórico con que esta transición ocurrió en la sociedad ecuatoriana se debió según el mismo Cueva, a los efectos retardatarios que produjo

la matriz pre-capitalista en las formas de implantación del capital (2). En este sentido es sobre todo importante destacar los aspectos distintivos de la etapa oligárquica precedente, con el fin de comprender los problemas que arrastra la construcción del capitalismo en la década de los 70 y las connotaciones epidemiológicas del tipo de transición social iniciada en el país a partir del primer bienio de la década. La inserción del sector capitalista primario exportador en un contexto dominado "... por el régimen de servidumbre y un bajísimo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas; la impregnación de dicho sector de rasgos pre-capitalistas; y, su configuración como una situación de "enclave"; esto es la de "... islotes de capital monopólico incrustados en formaciones pre-capitalistas" (3) determinaron un desfase en la modernización del aparato productivo ecuatoriano y un retraso en el advenimiento de condiciones de vida "modernas" para sus masas trabajadoras y capas medias. Es seguramente por estas causas, que se retardó la transformación de las tendencias epidemiológicas del país.

La iniciación de la explotación petrolera en 1972 significó en las dimensiones de la economía ecuatoriana una importante ampliación de los excedentes económicos y de la tasa de acumulación.

NOTA: La reproducción social se realiza mediante formas especiales de producción y consumo de bienes. Si con fines explicativos se considera momentáneamente a la reproducción social bajo el capitalismo como un proceso cíclico de reproducción simple, los elementos de la oferta y demanda de bienes de producción y de consumo se mantendrán en equilibrio. Cuantitativamente esta forma simple de reproducción se expresa en la ecuación:

$$c2 = v1 + p1$$

en donde $c2$ es el capital constante empleado en la producción de bienes de consumo; $v1$ y $p1$ son el capital variable y la plusvalía vinculados a la producción de bienes de producción. Esta relación implica un equilibrio entre la inversión social en medios que se refieren para reproducir el consumo ($C2$), y la inversión necesaria para reproducir las condiciones de la producción ($v1 + p1$). De existir tal forma de reproducción, ello implicaría que los participantes en la producción gastarían todo su ingreso en el consumo y en la producción de bienes necesarios para continuar el proceso productivo, en la medida de sus necesidades de consumo.

La reproducción capitalista no se caracteriza por el equilibrio sino que se da en forma ampliada, ya que, la plusvalía (P) no solo se utiliza en el consumo suntuario de los medios de producción, sino que se emplea para acrecentar el capital constante (c) y variable (v), con lo cual, cada nuevo ciclo productivo es más amplio y se establece una espiral de acumulación. Para los propietarios de los medios de producción no se trata sólo de reemplazar los elementos utilizados en la producción en la misma escala o en escala ampliada, de lo que se trata es de reemplazar el valor del capital adelantado con la tasa usual de ganancia.

El nuevo insumo impactó la economía oligárquica y sobre la base de un incremento y diversificación de la exportación (4), dinamizó el crecimiento de los sectores industrial, comercial, financiero, de la construcción (especialmente vivienda) y de las obras públicas (5).

Frente a este proceso adquirieron "una importante gravitación los centros urbanos, con la presencia de capas burguesas industriales, comerciales y financieras asociadas al capital imperialista" (6) y la concentración acelerada de un proletariado y de una sobrepoblación relativa excedente urbanos.

La ciudad de Quito, por ejemplo, durante los años 70 creció en aproximadamente 5.000 hectáreas y copó, en el período 1972-75, el 42 por

ciento de la implantación industrial total del país, lo cual representó un crecimiento numérico equivalente al 60 por ciento del crecimiento industrial de los 14 años anteriores (7). En los años del apogeo petrolero (1972-1977) las ciudades de la Sierra recibieron una masa de inmigrantes que para 1977 llegó a constituir el 34 o/o de su población, ocupando el grupo de inmigrantes varones en edad productiva el 46 o/o de la población urbana de esa edad y sexo, para la región. La masa total de inmigrantes activos a la región urbana de la Sierra estuvo constituida en su mayor parte por asalariados y semi asalariados de baja calificación. Esto se puede inferir si se observa en el siguiente cuadro que la vasta mayoría de ellos, tanto en el grupo de hombres como de mujeres, estuvo formada por vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios y obreros no agrícolas (8).

CUADRO No. 2

PRINCIPALES GRUPOS DE OCUPACIONES EN LOS INMIGRANTES ACTIVOS DE BAJA CALIFICACION A LA REGION URBANA DE LA SIERRA

Dos principales grupos	Ecuador, 1977	
	INMIGRANTES (*) No.	O/O del total de Inmigrantes a la Región Urbana, cada sexo.
HOMBRES		
* Obreros no agrícolas, conductores de maquinaria y trabajadores asimilados.	48750	14.7
* Comerciantes, vendedores y trabajadores de los servicios.	21686	33.2
MUJERES		
* Comerciantes, vendedores y trabajadores de los servicios.	34777	44.7
* Obreros no agrícolas, conductores de maquinaria y trabajadores asimilados.	8209	10.5

(*) Inmigrantes sin instrucción, o con instrucción primaria.

FUENTE: ENCUESTA DE MIGRACION URBANA DE LA SIERRA, 1977.

En las zonas productivas de la región costera los procesos de acumulación productiva y reimplantación de fuerza de trabajo han demostrado contornos más graves debido a su desarrollo capitalista más temprano y acelerado.

La industrialización capitalista dependiente ha condicionado un crecimiento fabril "desequilibrado" con predominio de industrias para consumo suntuario y exportable, incremento de importación de bienes de equipo e intermedios. A más del drenaje de divisas que esto implica para la formación social, conlleva un proceso de desgaste laboral intenso y niveles salariales bajos, que se mantienen principalmente debido a la presencia de esa cuantiosa sobrepoblación excedente relativa.

En resumen la acumulación urbana trajo aparejadas consecuencias críticas desde el punto de vista epidemiológico: intensificación de los procesos laborales, creciente consumismo y asimilación de patrones de vida enajenantes en las capas medias y sectores proletarios más calificados; y a la vez, la concentración de masas subproletarias de inserción económica fragmentaria e inestable, sujetas a formas de consumo básico altamente privativo. Lo primero determinó el acentuamiento de las enfermedades asociadas con deterioro laboral intenso y stress, lo segundo el repunte y estancamiento de la morbimortalidad asociada con deterioros básicos, tales como las transmisibles.

No solamente las clases populares urbanas experimentaron el deterioro de su reproducción social. El acelerado proceso de urbanización se produjo a expensas de estancamiento y deformación de la producción agrícola. La descomposición de las formas productivas rurales precapitalistas produjo un mayor deterioro de las condiciones de trabajo y consumo del campesinado, tanto de aquellos trabajadores autoabastecedores que persisten en las regiones menos evolucionadas, cuanto de los pequeños agricultores vinculados a la producción mercantil simple, cuya reproducción social se ha visto crecientemente afectada por el voraz proceso de desacumulación que les impone el mercado dominado por las relaciones de capital. Por otro lado, la mayor parte de asalariados o

semiasalariados del campo han sufrido, a partir del anterior decenio, el efecto combinado de las condiciones laborales de su inserción al aparato agrícola capitalista, del impacto de sus ínfimos niveles de remuneración salarial y del desgastante trabajo familiar complementario.

La crisis de la producción de alimentos ha estado afectando no sólo a los trabajadores del campo sino que se ha proyectado al deterioro de la oferta nutricional de todo el país. El estancamiento y deformación de la producción agrícola determinó el desabastecimiento de productos de consumo popular básico e impulsó artificialmente el cultivo productivista de artículos exportables.

Indicadores nutricionales del país para el período 1968-1976 demuestran que el porcentaje de déficit per-cápita de alimentos para el consumo interno se mantuvo para la mayor parte de alimentos, e incluso se incrementó, en los productos claves para la alimentación popular, fluctuando dicho déficit alrededor del 50 por ciento per-cápita. Sólomente los productos agrícolas exportables arrojaron índices de superavit (frutas y azúcar). Algunos otros productos agrícolas y pecuarios (tales como los cárnicos y lácteos) se han orientado crecientemente, pese a sus niveles de déficit interno absoluto, hacia la industrialización exportable (9).

El desarrollo de las contradicciones de la estructura económica del país, por lo tanto, se acentúa notablemente a través de los años setenta y su avance imprimió una alta heterogeneidad a la formación social. La implantación polarizada en el espacio nacional de las unidades productivas mayores expresa el carácter concentrador del "modelo" de desarrollo y explica la heterogeneidad del aspecto epidemiológico del país, con marcados diferenciales inter e intraregionales. A su vez la pronunciada desarticulación de unos sectores productivos respecto a otros, con intercambios internos muy marginales es compatible con una economía orientada al extranjero que soporta un constante drenaje de recursos con los cua-

les se pierde gran parte de la potencialidad vital del pueblo trabajador.

Es importante destacar también el papel del Estado de la década del apogeo petrolero. Los acrecentados recursos engrosaron notablemente el presupuesto fiscal, los cuales fueron paulatinamente transferidos, sobre todo en los últimos años, al sector privado y a la inversión en el sector público, en detrimento de los rubros de gasto social no-militar (10). Según Moncada, entre agosto de 1972 y diciembre de 1978 más de 60 mil millones de sucres entraron a la caja fiscal como consecuencia de la participación del Estado en la actividad petrolera (11) y "... las transferencias de recursos del sector gubernamental al privado a través del capital extranjero con exenciones tributarias, contribuyeron a alimentar significativamente el proceso de acumulación de capital (12)."

El rápido incremento de gastos administrativos estatales conllevó al aumento de algunos rubros de importación dirigidos a la funcionalización y apoyo de la acumulación de capital. Bajo presupuestos relativamente restringidos, esto se ha conseguido a través de una paulatina cancelación del gasto social del Estado. En el campo de las políticas de salud esta situación ha condicionado el surgimiento de estrategias estatales de ahorro en lo social, como por ejemplo constituyen los programas de atención primaria y participación de la comunidad.

El pensamiento administrativo estatal interpretó que concomitante a la acumulación capitalista y el crecimiento económico, se produciría en el país una mejoría de las condiciones de vida y del perfil de salud-enfermedad de la población en general. Esta se explicaba en razón de que al ocurrir un rápido crecimiento económico las altas tasas de inversión productiva posibilitarían el incremento del producto interno bruto y la ampliación de beneficios en la población general, lo cual redundaría en un aumento del ingreso per cápita con el correspondiente mejoramiento de las condiciones de vida y en última instancia de salud. Más a pesar de que los indicadores de crecimiento económico señalaron un vertiginoso aumento de la capacidad productiva del país, pues, en "efecto la tasa media

de crecimiento del producto interno bruto (PIB) alcanzó entre 1972 y 1977 un 11 por ciento anual y esta cifra es más que el doble del promedio conseguido en la década de los años setenta" (13) y además, "el ingreso por habitante creció al 7.5 por ciento anual pasando de 7.710 sucres en 1972 a 11.000 sucres (sucres de 1970) en 1977" (14), las condiciones de bienestar social y correspondientemente de salud han sufrido un estancamiento.

El decenio petrolero contribuyó en el Ecuador a configurar más claramente la fase histórica de transición: economía capitalista atrasada, dependiente de formaciones sociales hegemónicas y con rezagos precapitalistas.

Es ese el contexto en el que se debe insertar el estudio de las formas y mediaciones bajo las cuales opera el proceso de acumulación capitalista frente a las condiciones de trabajo y subsistencia de las clases sociales y sus fracciones. Debe especificarse el significado epidemiológico de: la descomposición de las formas de producción agrícola de autosubsistencia; del proceso de capitalización y asalariamiento que se ha dado en las unidades agro-pecuarias mayores; del persistente proceso de desacumulación a que se exponen la pequeña burguesía agrícola, comercial y artesanal en su desventajosa participación en el mercado; de la formación de un proletariado urbano, cuyas fracciones menores se han incorporado a la producción moderna, pero que en su mayor proporción se han vinculado a las industrias de menor composición orgánica; y finalmente, de ese cuantioso proceso de generación-acumulación de subproletarios que conforman la masa inmigrante urbana que tanto preocupa a la "demografía oficial" y a la gestión estatal.

El complejo e interrelacionado desarrollo de los procesos antes esbozados en su relación con el comportamiento de la salud-enfermedad es la tarea crucial de la investigación epidemiológica de los hechos de la última década y requiere de la construcción de un marco interpretativo distinto al que sustenta la epidemiología descriptiva del funcionalismo.

EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO COMO OPCION METODOLOGICA

El conocimiento epidemiológico se desarrolla alrededor del esfuerzo por explicar y transformar los problemas de salud-enfermedad en su dimensión social. El objeto de estudio de la ciencia epidemiológica es, por consiguiente, la salud-enfermedad como proceso particular de una sociedad. Esto quiere decir que, mientras la clínica se concentra en los problemas que se manifiestan en la persona como proceso individual y aborda intensamente la dimensión biológica de dichos problemas, la epidemiología en cambio recurre principalmente a una metodología de carácter extensivo para estudiar grandes grupos sociales, explicando las determinaciones más profundas que operan en ellos y que traen como consecuencia aparición de perfiles o patrones típicos de salud y enfermedad que caracteriza a cada uno de esos grupos sociales.

La epidemiología, por tanto aborda los procesos reales desde un nivel de mayor integralidad y en su búsqueda científica de las determinaciones que operan en la vida social, debe recurrir necesariamente al estudio sistemático de:

- a) Los procesos estructurales de la sociedad que por hallarse en la base misma del desarrollo de la colectividad permiten explicar la aparición de condiciones particulares de vida;
- b) Los perfiles de reproducción social (producción y consumo) de los diferentes grupos socio-económicos (clase y fracciones sociales) con las correspondientes potencialidades que estos desarrollan, a partir de los bienes o valores de uso que sustentan su salud y supervivencia, y por otro lado con los riesgos, privaciones, nocividades, desgastes que deterioran a sus miembros llevándolos a enfermar y morir; y,
- c) Como resultado de la contradicción de potencialidades y fuerzas destructivas de la reproducción social de la clase aparecen **patrones típicos de salud enfermedad** de esos grupos. Es decir, las contradicciones del perfil reproducti-

vo se expresan en la contradicción entre las manifestaciones de salud y de enfermedad

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El proceso salud-enfermedad desde el punto de vista epidemiológico es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de esos riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. Por cierto, la calidad de vida a la que está expuesto cada grupo socio-económico es diferente y por tanto, es igualmente diferente su exposición a procesos de riesgo que provocan la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, así como su acceso a procesos beneficiosos o potenciadores de la salud y la vida.

Cada grupo social lleva inscrita en su condición de vida y en su correspondiente perfil de salud-enfermedad una compleja trama de procesos y formas de determinación que la investigación epidemiológica debe separar y ordenar mediante el análisis.

Existe una dimensión general formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y de relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un cierto problema epidemiológico con sus manifestaciones políticas-ideológicas. El estudio de este tipo de procesos le explica al epidemiológico cuáles son las tendencias sociales más importantes y las formas principales de organización colectiva.

La dimensión particular, que está formada por los procesos llamados de reproducción social, es decir por aquellos que establecen en relación a la manera especial de producir y consumir que realizan los grupos socio-económicos y sus acciones. La investigación de estos procesos sirve al epidemiólogo como elemento interpretativo de enlace entre los hechos y cambios estructurales y sus consecuencias individuales de salud-enfermedad, constituyendo un nivel intermedio del estudio que ex-

plica el patrón de vida del grupo como base para explicar hallazgos empíricos de enfermedad o salud en los individuos que lo componen.

La dimensión individual, formada por los procesos que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos.

Las mediciones y análisis que el epidemiólogo realiza en series de individuos, sanos y enfermos adecuadamente clasificados, constituye la información de nivel concreto empírico que se utiliza para comparar con las inferencias y predicciones que se establecen en base a los niveles anteriores del estudio. Es indispensable ahora sistematizar estos planteamientos y reunirlos mediante una categoría conceptual que es la de **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CLASE (5)** en el desarrollo de cada clase social aparecen condiciones beneficiosas y condiciones negativas que son el resultado del proceso histórico en que se han inscrito esa clase social.

Tanto las condiciones favorables, que devienen del disfrute de valores o bienes, así como las condiciones adversas, constituyen un conjunto de contradicciones que se establecen como **perfil reproductivo social de la clase**.

Cada vez que se intensifica el disfrute adecuado y suficiente de los **bienes o valores** de la clase, sea en las condiciones objetivas de existencia de la misma (clase social "en sí"), como en las expresiones subjetivas de conciencia y organización (clase social "para sí"), se desarrolla el polo salud y la supervivencia del **perfil de salud-enfermedad** de la clase, contrariamente, cada vez que se intensifican las fuerzas destructivas, desgastes, privaciones y deterioros que experimenta la clase, sea en sus condiciones objetivas, así como en sus expresiones de conciencia y organización de clase, se desarrolla el polo enfermedad y la mortalidad del perfil de salud-enfermedad de ese grupo social.

Estos dos polos de la contradicción, el perfil de salud y el de enfermedad no se dan aislados sino que se desarrollan en lucha y unidad de contrarios. En un cierto momento, lo que la investi-

gación epidemiológica nos permite captar es la expresión de esa lucha que se produce, entre los efectos saludables y potenciadores de los valores de uso a los que tienen acceso una clase durante su reproducción social y los efectos nocivos de los contravalores que impactan a sus miembros mientras se desarrolla dicha reproducción social con sus procesos interrelacionados de trabajo, consumo, y sus relaciones de distribución e intercambio.

El perfil reproductivo de una clase social está conformado por:

- Las condiciones de trabajo o modalidades de **consumo de la fuerza de trabajo**, que incluyen: el grado, la intensidad, el control de trabajo, y las características del objeto de trabajo.
- Las formas de consumo individual, derivadas para cada clase social de su inserción específica en la producción y de las relaciones sociales que enfrenta. El contenido y la cuantía de los bienes que consumen y las privaciones, desgastes, deterioros que experimentan más frecuentemente los trabajadores de una clase social y sus dependientes, son también determinantes epidemiológicos fundamentales que se expresan en dos dimensiones: tiempo disponible para la reposición; y, dimensión espacial que atañe las características de los espacios de consumo, intercambio y gestión en los que se efectúa el consumo de los miembros de una clase.
- También en la esfera de la **circulación o del mercado** se dan procesos de expoliación que afectan a la reproducción social de las clases económicamente más débiles que participan en el intercambio de bienes. El perfil reproductivo incluye las relaciones de intercambio y sus efectos sobre la calidad de vida de los miembros de las clases afectadas.

En circunstancias óptimas la aplicación de la categoría propuesta al análisis de las condiciones epidemiológicas de la década del "boom" petrolero, debería abordar con suficiente detalle y rigor los aspectos particulares e interrelaciones de todos y cada uno los procesos socio-epidemiológicos

involucrados, así como las correspondientes determinaciones que se expresan en hechos biológicos tangibles. Más, tanto en términos de la extensión así como de la profundidad, ese análisis más severo y completo no está al alcance del presente trabajo, lo que se intenta reconstruir con los antecedentes históricos y conceptuales expuestos, así como con las constataciones epidemiológicas más puntuales que se presentan a continuación, son las relaciones socio-epidemiológicas básicas que sustenten indagaciones más cuidadosas, las cuales permiten desmitificar el "milagro de progreso capitalista" y la "bondad intrínseca" de la explotación petrolera.

Parece ser indispensable transcribir al lenguaje epidemiológico, el de la lucha popular que se ha pronunciado por el descontento ante las promesas de realización y bienestar social que se han disipado. El "oro negro" aparece entonces más que como un recurso natural que se ofreció explotar para bien del pueblo ecuatoriano y su salud, como un instrumento clave que contribuyó a acelerar la explotación social y la enfermedad.

ACUMULACION DE CAPITAL Y LA TRANSFORMACION DE LOS PERFILES EPIDEMIOLOGICOS

La sociedad ecuatoriana en la década del apogeo petrolero comenzó a mostrar tendencias epidemiológicas contrastantes que seguramente serán reconocidas más tarde como la expresión anticipada de nuevas crisis de la salud: por un lado, la persistencia de altos niveles de morbi-mortalidad por infecciosas, nutricionales y otros procesos asociados con el deterioro del consumo básico y formas atrasadas de desgaste laboral; y por otro el acelerado incremento de procesos vinculados con el "stress" y los impactos laborales modernos.

Los procesos estructurales y superestructurales que conforman ese modo de acumulación dependiente y atrasado, combinan una acelerada "modernización" productiva y del consumo de algunas clases, capas y fracciones sociales, con un estancamiento o aun regresión de las condiciones laborales y de consumo básico de otras. La acumulación

en los polos modernos se da a expensas del estancamiento y marginación productiva de amplios sectores, y estos procesos se combinan de manera intrincada en el espacio nacional. Aunque ese entrelazamiento de formas productivas y clases sociales dificulta la identificación de tendencias epidemiológicas más nítidas y diferenciadas, sin embargo, es factible utilizar la información oficial y los resultados de algunas investigaciones para iniciar la reconstrucción científica de las tendencias epidemiológicas ocurridas en los años setenta y sus profundas implicaciones sociales y políticas.

El Deterioro en el Consumo y Las Tendencias Generales de la Mortalidad Infantil y de la Niñez.

En términos generales una de las expresiones de la capacidad de una formación social como el Ecuador para modificar de manera significativa los componentes más "crudos" o básicos del riesgo social en salud, es decir aquellos que se originan en el deterioro de las formas simples de consumo y en las formas más atrasadas de desgastes en el trabajo (i.e. sea este trabajo en unidades productivas o domésticas) es el cambio de la estructura de la mortalidad.

Dicho cambio, a la par que implica una disminución del número absoluto global de defunciones conlleva un viraje de la composición porcentual de las muertes hacia las que por convención se denominan "Crónicas". Es decir, bajo un régimen social como el del Ecuador, se esperarí que con el crecimiento económico y una mínima redistribución del ingreso se produzca una disminución drástica de esos procesos epidemiológicos asociados con las más severas carencias en el perfil de vida de las familias, produciéndose concomitantemente un repunte de la participación porcentual de las defunciones asociadas con las condiciones de vida llamadas "modernas" y con elementos epidemiológicos de mayor dificultad para su tratamiento.

Una de las expresiones más claras de la declinación de la mortalidad de regímenes de produc-

ción "modernos" suele ser la reducción regular, sin mayores oscilaciones ni rezagos de los índices de mortalidad temprana, tanto generales como específicos, relacionados con enfermedades por deterioro en las formas básicas de reproducción social.

Desde este primer punto de vista la tendencia de la mortalidad parece no adaptarse a un óptimo patrón de progreso de salud puesto que, la estructura porcentual de la mortalidad para los grupos de 0-14 años mantiene niveles de estancamiento.

Si se mira la composición de la mortalidad que se indica en el cuadro 3, se comprueba un incremento de la participación porcentual de los grupos de causas de impacto o deterioro social más directo. Es así como, porcentualmente, dichas entidades en los siete años del período elevaron su participación en las defunciones totales del 61,7 o/o a 68,8 o/o en 1975 hasta abarcar en 1977 el 85,1 o/o de las muertes de 0-14 años. Además durante el lapso, se produjo un considerable incremento de la participación de las enfermedades infecciosas que no se vacunan, las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.

La constatación de un estancamiento relativo de la composición de la mortalidad de los niños preocupa sobre manera porque se produce en un período en el que la notable inyección de recursos provenientes de la explotación petrolera, y el vertiginoso ascenso de los indicadores de productividad y crecimiento económicos hacían esperar una mejoría de igual ritmo en la situación de los niños del país. Sin embargo, las pruebas del estancamiento y aun regresión de los niveles de salud siguen demostrando consistencia. Si se compara, por ejemplo, las diez principales causas de mortalidad infantil para comienzos de la década petrolera, con las que observó en 1977, se puede constatar que son las mismas enfermedades las que siguen cobrando el mayor tributo de mortalidad en este grupo etario de alta susceptibilidad. Aunque el número de muertes ha declinado discretamente, en cambio las causas principales permanecen prácticamente estacionarias, si se considera la extensión del período y las nuevas posibilidades potenciales del país duran-

te el mismo. El efecto retardador que produce la matriz precapitalista ecuatoriana sobre la que se asienta el sector capitalista impide, como habíamos indicado en páginas anteriores, una más acelerada "modernización" de las condiciones de vida de las mayorías y posiblemente entorpece la "modernización" de las tendencias epidemiológicas.

En el país no se han producido cambios de verdadera trascendencia social ni un auténtico cambio de la calidad de vida de las mayorías poblacionales. Por lo contrario, en algunos sectores se ha producido un franco retroceso en la capacidad para acceder a los bienes materiales culturales. Entonces, es difícil esperar una disminución consistente de aquellas causas de mortalidad que por estar firmemente asociadas con los deterioros sociales, no admiten para su prevención y tratamiento la implementación de medidas de bajo costo, restringidas a los servicios de salud. Como lo han comprobado algunos estudios (16, 17, 18, 19) muy poca influencia ha podido ejercer la prestación aislada de servicios curativos, de prevención nutricional, inmunoprofilaxis y de recuperación local de ambiente ante la reducción de enfermedades de impacto social (i.e infecciosas-especialmente las que no se vacunan, etc.), mientras no se establece una base de desarrollo integral socio-económico.

El proceso de acumulación de capital produjo en el campesinado profundos trastornos en su ya sobretrabajado perfil reproductivo y también generó su efecto en las numerosas clases y fracciones asalariadas, inscritas en las unidades productivas más atrasadas y con niveles de remuneración más bajos.

Los niveles de remuneración, aun los que se expresan en indicadores promediales como el salario mínimo vital, pueden utilizarse en estudios de tendencia como indicadores de la variación de la calidad de los medios de subsistencia a los que acceden los sectores poblacionales más vastos. En los datos agregados nacionales, las fluctuaciones de los salarios mínimos reales son indicativas de la capacidad de los grupos asalariados, de gran parte de los subasalariados y de buena porción de los empleados de bajo nivel para adquirir los medios de

CUADRO No. 3
COMPARACION DE LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD TOTAL Y DE
NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS SEGUN TIPOS DE CAUSAS SELECCIONADAS
ECUADOR, 1970 - 1975 - 1977

TIPOS DE CAUSA		DEFUNCIONES 1970			DEFUNCIONES 1975			DEFUNCIONES 1977		
GRUPOS GENERALES	GRUPOS PARTICULARES	TOTAL EDADES	0-14 AÑOS	Composición	TOTAL EDADES	0-14 AÑOS	Composición	TOTAL EDADES	0-14 AÑOS	Composición
Enfermedades por deterioro en formas más simples de producción	Infecciones que se vacunan. (1)	6344	5229	15.3	3404	2184	8.4	4962	3693	14.5
	Infecciones que no se vacunan. (2)	1645	13371	39.2	16084	13149	50.5	18061	15072	59.4
	Avitaminosis otras deficiencias nutricionales y anemias. (3)	2078	1250	3.7	2428	1432	5.5	2276	1514	6.0
Enfermedades por deterioro en formas de reproducción social más amplia.	Leucemia (4)	129	47	0.1	131	41	0.2	124	41	0.2
	Accidentes y violencias (5)	3856	920	2.7	4476	1011	3.9	3937	1139	4.5
	Otras asociadas con stress (6)	4866	219	0.6	7471	96	0.4	7590	129	0.5
SUBTOTAL GRUPOS SELECCIONADOS		33518	21036	61.7	33794	17913	68.8	36950	21588	85.1
MORTALIDAD TOTAL ANUAL		60495	34076	100.0	50053	26028	100.0	59150	25372	100.0

NOTAS:

(1) Tbc (6 - 10); difteria (16); tétanos (20) sarampión (25)

(2) Tifoidea y paratifoidea (2 - 5); enteritis diarreicas (5); disentería bacilar y amebiasis (4); respiratorias agudas (89) influenza (90); neumonías (92); bronquitis (95)

(3) Código 65 y 67

(4) Código 59

(5) Código 138 a 150

(6) Diabetes (64); mentales (69 - 71); isquemia cardíaca (83); úlcera péptica (98); cerebrovasculares (85); cirrosis hepática (102); enfermedades hipertensivas (82); corazón, otras (84).

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) - Quito.

consumo. Como dichos grupos copan más del 70 por ciento de la población del país, arrojan la mayor parte de las defunciones infantiles puede analizarse, por ejemplo, la asociación entre el ingreso monetario mínimo vital y el comportamiento de sensibles indicadores de salud como la mortalidad infantil.

El salario mínimo vital real no mejoró en la década. Más bien en algunos años cayó bajo los niveles encontrados en 1970. Con el salario mínimo en esos niveles, la capacidad de consumo de los rubros mencionados se ha mantenido, lógicamente, por debajo de los requerimientos mínimos de subsistencia. En 1978, cuando el salario mínimo vital más compensaciones era de S/. 2.181,3 la Junta Nacional de Planificación expresaba que "hay que resaltar el hecho de que el gasto mensual necesario para la familia obrera, calculado en S/, 8.000, represente el monto indispensable para mantener una familia en las condiciones estipuladas en la defi-

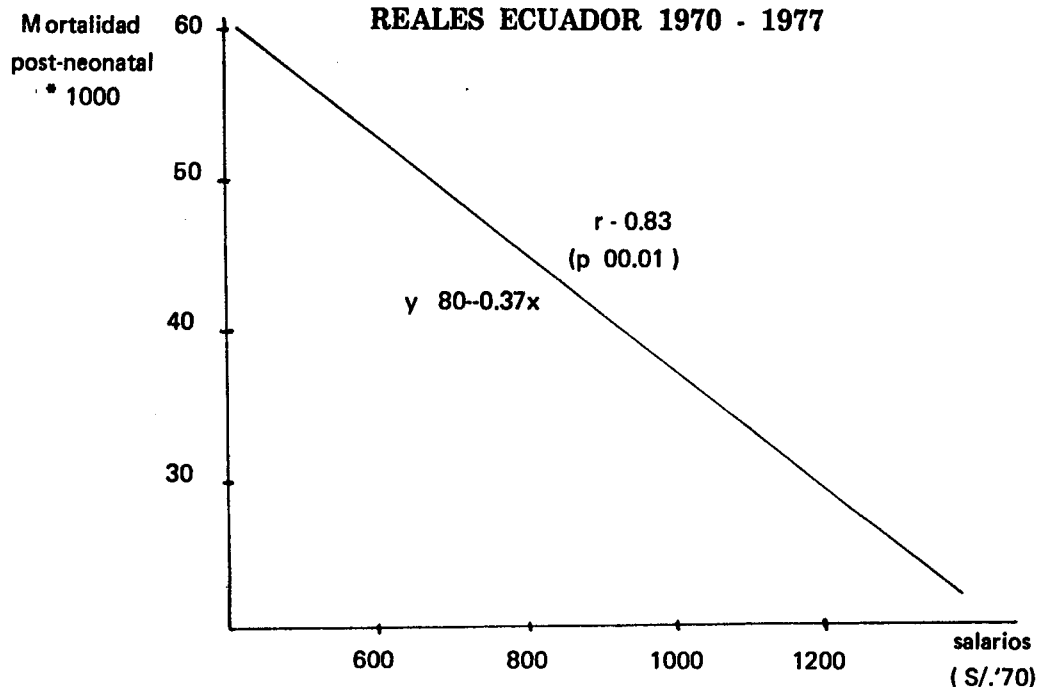
nición de salario mínimo vital, es decir dentro de los límites que impone la subsistencia elemental y las aspiraciones de un obrero para mantener una estabilidad familiar y una vida decorosa" (20) -A las privaciones severas en el ámbito del consumo se sumó, en los sectores más atrasados, un marcado desgaste en la esfera del trabajo. En lo que hace referencia a los sectores semiasalariados, las condiciones han sido aún peores. La década de los 70 se caracterizó por incrementar aún más la población de desocupados: desde 1970 a 1976 creció su número en 16.0 o/o (21).

El proceso de acumulación se expresó entonces en profundos trastornos de perfil reproductivo de los grupos populares, con amplias repercusiones sobre el consumo de las mayorías y sobre los perfiles de salud enfermedad de la población. Esta última aseveración puede apoyarse, en evidencias empíricas como la siguiente:

El análisis de la asociación entre el salario real

GRAFICO No. 1

REGRESION DE LA MORTALIDAD POST-NEONATAL SOBRE SALARIOS REALES ECUADOR 1970 - 1977



FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Quito.

y los índices de mortalidad post-neonatal arroja datos de interés. En efecto en el siguiente gráfico se observa la dispersión de dichos índices (i.e. de niños mayores de 28 días hasta menores de 11 meses) respecto a los salarios reales para el período 1970-1977. Los cálculos de correlación demuestran que las dos variables se asocian con firmeza demostrando un índice de correlación negativa de 0.83, significativo en $p < 0.01$; es decir que los incrementos de salario durante el período se corresponden significativamente a disminuciones promediales de la mortalidad infantil. Ver gráfico No. 1 (22).

La asociación de la variable explicativa de la situación socio-económica (eg. salarios reales, índice de precios, índice de escolarización) respecto a la variable dependiente mortalidad infantil en una regresión múltiple, arrojó para el período 1970-77 un coeficiente de correlación múltiple ($r = 0.934$). Aún cuando se requeriría afinar los datos para un estudio preciso de la variación, sin embargo parece ser que la mortalidad infantil actúa, en el terreno de los referentes empíricos, como proceso dependiente de los procesos explicativos antes mencionados. (23).

CUADRO No. 4

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD TEMPRANA EN ECUADOR 1965-1977

MORTALIDAD TEMPRANA

(TASAS X 1.000 N.V.)

AÑO	PRECOZ (7 días)	NEONATAL (28 días)	POST NEO- NATAL (1-11 meses)	INFANTIL (12 meses)
1965	16.6	35.6	57.4	93.0
1966	15.6	34.7	55.7	90.4
1967	14.1	32.3	55.0	87.0
1968	13.0	30.4	55.7	86.1
1969	12.6	29.7	61.3	91.0
1970	11.1	25.6	50.9	76.6
1971	11.5	26.1	52.4	78.5
1972	10.3	24.4	57.5	81.9
1973	9.4	23.0	52.8	78.8
1974	8.3	20.7	49.5	70.2
1975	(6.3) 7.3	(18.2) 21.0	(39.4) 45.0	(57.6) 66.4
1976	(7.5) 9.0	(17.3) 20.4	(42.9) 51.7	(60.2) 72.1
1977	(7.0) 9.0	(15.6) 19.6	(39.8) 50.9	(55.4) 70.9
REDUCCION o/o DE 1970 a 1976	-32.4 o/o	-32.4 o/o	-15.7 o/o	-21.4 o/o

a) Cifras entre paréntesis corresponden a la anterior definición de nacido vivo y a la tendencia 1964-1974.

BASADO EN: DIVISION NACIONAL DE ESTADISTICA - INDICADORES DE SALUD: Quito
MINISTERIO DE SALUD 1979.

El análisis de los componentes de la mortalidad infantil en el Ecuador arroja otros datos interesantes. Se debe recordar que desde fines de los años 40, se consideró a la mortalidad infantil como uno de los indicadores más importantes de salud. Las entidades oficiales e incluso algunas firmas privadas, incorporaron este indicador entre sus medidas de bienestar y capacidad de consumo. Por consiguiente, es usual que se compare el grado de desarrollo del sistema de salud de los países, contrastando las tasas de mortalidad infantil. En este sentido, se ha afirmado reiteradamente por parte de ciertos sectores de los servicios de salud, que el Ecuador mantiene un vigoroso desarrollo de sus servicios expresado en la declinación de las tasas de mortalidad infantil, que a su vez dicho descenso demuestra una mejoría de las condiciones de vida.

Si bien se puede aceptar que en promedio esa reducción se ha producido, en cambio un análisis más depurado de la eficacia lograda ante el riesgo de morir de los menores de un año (28.8 o/o de

las muertes totales del país) oscurece un tanto esta imagen de progreso general que confieren los promedios.

En primer lugar es importante considerar la evolución de la mortalidad infantil y sus componentes durante los últimos tres quinquenios. Si se mira los datos del cuadro No. 4 se puede comprobar la gran diferencia existente entre el ritmo de reducción de la mortalidad precoz (i.e. de menores de 7 días; y de la mortalidad postneonatal (i.e. de 1 a 11 meses).

Desde comienzo de la década hasta 1976, la mortalidad precoz se redujo el doble que la postneonatal, lo cual en términos epidemiológicos significa que el país consiguió mejorar la atención de los niños cercana al parto con medidas institucionales, pero logró en escala mucho menor modificar las condiciones de vida de los niños y sus familias.

El contraste se torna aun más convincente si se compara la reducción de la mortalidad infantil en el país respecto a la que fue lograda en el mismo

CUADRO No. 5

COMPARACION DE LAS TENDENCIAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE ECUADOR Y CUBA DE 1970 a 1976

COMPONENTE DE MORTALIDAD

AÑO	INFANTIL	PRECOZ	NEONATAL	POST-NEO — NATAL
CUBA				
1970	38.7	18.2	23.5	15.2
1976	22.8	12.3	14.6	8.2
Reducción	41.4 o/o	32.7 o/o	37.9 o/o	46.1 o/o
ECUADOR				
1970	76.6	11.1	25.6	50.9
1976	60.2	7.5	17.3	42.9
Reducción	21.4 o/o	32.4 o/o	32.4 o/o	16.7 o/o (1)

NOTA: (1) CORRESPONDE A UNA REDUCCION PORCENTUAL MENOR QUE LA CIFRA MAS BAJA LOGRADA POR LA REGION CUBANA DE MENORES CONDICIONES DE SALUS

período por un país de organización social distinta como Cuba. Ver cuadro No. 5.

El cuadro demuestra que los dos países redujeron muy similarmente la mortalidad precoz, en cambio frente al componente postneonatal, hondamente determinado por las condiciones sociales en que se desenvuelve la vida de los niños de ese grupo etario, el Ecuador cubrió apenas la tercera parte del logro cubano. La eficacia diferente de los dos tipos de sociedad, sin que implique el que la cubana haya logrado aún condiciones óptimas para sus niños, denota el incuestionable peso de la determinación social sobre los perfiles epidemiológicos infantiles y la importancia del cambio de las formas de reproducción social en el mejoramiento de las condiciones de salud.

Las diferencias cobran mayor relieve si es que se considera no sólo las reducciones porcentuales sino el hecho de que se produce ante niveles de dificultad diversa, ya que es más difícil para un país reducir la mortalidad mientras menor es la misma.

En resumidas cuentas la información disponible, pese a sus limitaciones, pone en evidencia algunas contradicciones. Por ejemplo, un indicador "socialmente sensible" como la mortalidad infantil mostró índices nacionales que tendieron a disminuir, resultando lábiles a las discretas mejoras de la "calidad de vida" que produjeron las mínimas elevaciones salariales, sin embargo, las tendencias de las tasas de morbilidad y mortalidad correspondientes a los procesos más frecuentes, aparentemente no expresaron ese mismo tipo de mejoría.

Enfermedades tales como las enteritis y diarreas, respiratorias agudas (neumonías, bronquitis) y la mayor parte de las infecciones que no se vacunan, siguen ocasionando altos niveles de mortalidad, ya que su transformación epidemiológica requeriría de cambios más profundos y amplios en el perfil de vida de los grupos sociales. Aunque debe reconocerse las limitaciones del enfoque documental y las inconsistencias de la información oficial, puede sin embargo desentrañarse algunas tendencias generales mediante el análisis de las cifras reportadas. Se observa, por ejemplo, que mientras la prevalencia de mortalidad infantil por infecciones de tratamiento más puntual y barato (las que se vacunan) disminuyó de 1970-1977 en promedio 47.4 o/o, en cambio las infecciones que no se va-

cunaron incrementaron sus índices en un promedio del 11 o/o. Si bien la mortalidad infantil general disminuyó durante ese período en 27.7 o/o, al interior de ese promedio se manifiestan tendencias contrapuestas como las que se expuso.

Considerando el mismo período (1971-1977), la variación porcentual de la mortalidad para los grupos de escolares y adolescentes no fue tampoco satisfactoria y, aún cuando parte del incremento de la mortalidad registrada se debe a la mayor proporción de inscripción de esas causas bajo diagnóstico, no deja de preocupar la lenta mejoría o aún empeoramiento de la mortalidad en dichos grupos. En escolares persiste la gradiente entre enfermedades que se vacunan y que no se vacunan, así como un incremento de los índices en las nutricionales, accidentes y violencias. En el grupo de adolescentes y jóvenes se tornó especialmente llamativa la tendencia al incremento en entidades tales como: la leucemia, úlcera, suicidio, y de modo general el mínimo porcentaje de disminución de la mortalidad global del grupo, que alcanzó apenas al 3 o/o.

Las condiciones de vida que impone el modelo de desarrollo económico ecuatoriano, sobre todo a nivel urbano y cada vez más ampliamente a nivel rural, determina la aparición de patrones conflictivos y "stressantes", resquebrajamiento de la vida social con clara tendencia a la privatización y creciente disminución del sentido de solidaridad, deterioro de la calidad de vida de población adulta sujeta a desgaste físico-mental por los cambios ocurridos en el proceso de trabajo (aumento de intensidad y cambio de ritmo, incremento de inseguridad y accidentabilidad, etc), y el creciente abandono (absoluto y relativo) de la vida mental de los niños. En ese contexto se establece un paulatino descenso de la capacidad creativa y el aumento de exposición a influencias culturales alienantes, vehiculizadas por los medios de comunicación de masas y reforzadas en la dimensión jurídico-institucional.

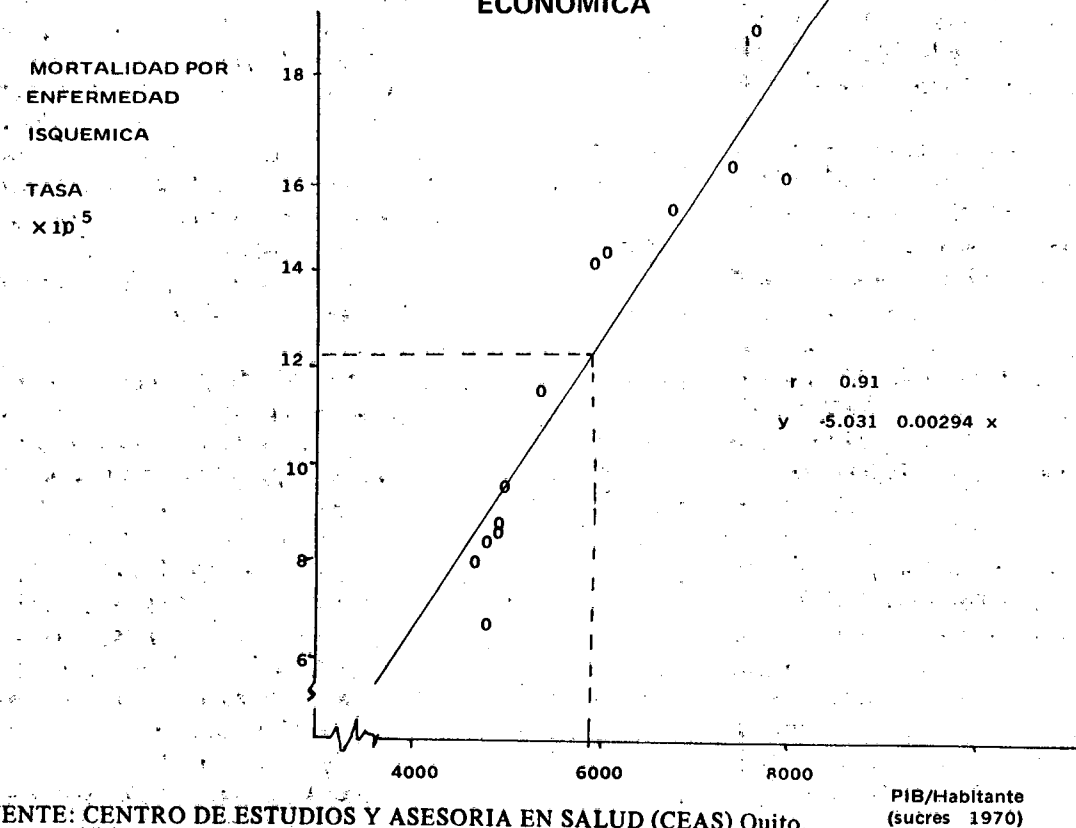
La aceleración económica implica, para amplios sectores el aumento de riesgos relacionados con el deterioro de las formas de trabajar y consumir. Al revisar por ejemplo, la asociación entre las variaciones de los índices de enfermedades isquémicas

del corazón y los niveles de productividad económica, medidos a través del producto interno bruto por habitante, se puede encontrar conforme lo demuestra el gráfico No. 2, que a medida que aumenta la productividad se incrementan, en igual forma los índices de mortalidad por isquémicas. Los

cálculos de correlación demuestran que esas dos variables se asociaron con firmeza mostrando un índice de correlación positivo de 0.91 significativo en $P < 0.01$.

Al observar el comportamiento de las tasas por 100.000 habitantes de egresos hospitalarios por

GRAFICO No. 2
REGRESION DE LOS INDICES DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON
CON PRODUCTIVIDAD ECONOMICA



FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Quito.

trastornos psíquicos, a pesar de que describen tan sólo una limitada parte del verdadero problema, se confirma que desde 1970 hasta 1975 se incrementaron de 0.44 a 1.78, confirmando en esta forma el aumento de trastornos psiquiátricos institucionalizados.

Las clases sociales están variablemente expuestas a las consecuencias de esa sobrecarga tensional que acompaña a las jornadas de trabajo y el tiempo

po libre en las formaciones capitalistas.

La deformación e intensificación de la jornada laboral se proyecta a la deformación y deterioro del tiempo libre por medio de mecanismos diferentes, cualitativa y cuantitativamente, para cada una de las clases sociales.

El capitalismo monopolístico penetra en todas las instancias de la vida social; atrapa y reorganiza lucrativamente todo lo que puede serle útil para

acrecentar su necesidad insaciable de ganancia. Ni las formas básicas de consumo como la alimentación y el vestido escapan la deformación consumista, peor aún las formas de reposición ampliada como la recreación y las actividades culturales.

En un estudio realizado a fines de la década petrolera por la División Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (24) se demuestra el grado de impacto que la crisis socio-familiar y la deformación cultural han llegado a producir en los colegiales del sector urbano. Los resultados de dicho estudio, obtenidos en la muestra de 4109 jóvenes evidencian el consumo de drogas en 13.1 o/o de los mismos, encontrándose que en el 23.6 o/o de los casos el consumo se asoció con conflictos familiares y afectivos y que en el 14.1 o/o de ellos, se relacionó con situaciones laborales o económicas conflictivas, es decir cerca del 40 o/o del consumo se asoció con situaciones derivadas del deterioro social y familiar de la era "moderna".

La Acumulación Diferencial de las Regiones Sociales del Ecuador y la Morbi-Mortalidad.

El proceso de desarrollo capitalista del Ecuador, concentrador y excluyente, acentuó durante la década de los años 70 las diferencias económico-sociales en las distintas zonas del país. La transformación de las fuerzas productivas y la acumulación diferenciales, permitieron la conformación de espacios socio-económicos "modernos" o de notorio desarrollo capitalista, zonas con marcados rezagos pre-capitalistas, y espacios de "transición".

Los perfiles típicos de reproducción social de las clases varían entre regiones socio-económicas y varían también en similar forma los perfiles de salud-enfermedad.

Por ejemplo, la variación entre provincias de los niveles de mortalidad materna reportados para el período 1972-1977 en el país es notable. Provincias de mayor desarrollo capitalista como Guayas y Pichincha sufrieron un incremento de la mortalidad materna equivalente al 10.7 o/o, provincias tales como Chimborazo y Cañar de menor desarrollo capitalista incrementaron también su mortalidad materna pero apenas en 1.9 o/o; las provincias en "transición, tales como Manabí y Tungu-

raña lograron una disminución promedial de 24.2 o/o.

Hacia ese mismo tipo de conclusiones apuntan los resultados del estudio de los diferenciales entre los índices de aborto. En efecto, una investigación realizada por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito, sobre aborto hospitalario por grupos de provincias clasificadas según su grado de desarrollo capitalista, encontró que en las provincias de mayor desarrollo, el índice promedio de aborto por mil embarazos fue de 75 en 1968 y alcanzó a 88 en 1977. En las provincias de menor desarrollo capitalista los índices variaron desde 15.5 en 1968 hasta 27.7 aborto por mil embarazadas en 1977; mientras que las provincias en "transición" presentaron índices intermedios que fluctuaron entre 24.9 y 36.3 en los mismos años. A pesar de que las estadísticas hospitalarias no incluyen un gran número de abortos que se realizan en ambiente extrahospitalario, sin embargo, con los datos disponibles se puede afirmar que los diferenciales encontrados en el estudio son notorios, los que no se deben a oferta diferencial de servicio sino a que "el avance de la estructura productiva de la Formación Social Ecuatoriana, su impacto en la transformación de los procesos de reproducción social (general y familiar) y el cambio de formas ideológicas, determina en ciertas regiones, clases y capas de nuestra sociedad, la necesidad objetiva de producir el aborto, no tanto en términos absolutos de una respuesta a la miseria, sino más bien como consecuencia de los requerimientos de las clases sociales para adaptarse a patrones de trabajo que impone el contexto urbano de la sociedad (i.e. dependencia de un ingreso monetario fijo cuya decreciente capacidad relativa para suplir las necesidades cada vez más complejas de consumo es evidente; desvalorización o imposibilidad de ejercicio del trabajo familiar, especialmente del niño; mayores necesidades de calificación de la fuerza de trabajo; necesidad de mayor movilización de esa fuerza de trabajo para subsistir; y en general, el predominio de formas de privatización y competencia, en medio de las cuales la familia media de menor número de miembros tiene mejores posibilidades de racionalizar sus limitados recursos). El recurso al aborto se viabiliza por la ruptura, en esas regio-

nes y en dichos grupos, con los moldes ideológicos propios de épocas anteriores y el paulatino alejamiento con respecto a formas de control ideológico institucional. El proceso mentado determina el incremento de la incidencia de aborto provocado, sea como fracaso de las medidas anticonceptivas o como involuntario producto en medio de relaciones menos restringidas y más frecuentes" (25).

Entonces, en las provincias en donde prevalecen formas productivas precapitalistas, se infiere que los niveles de aborto tienen que ser menores que en las provincias en donde predominan formas productivas modernas.

El estudio de la mortalidad por causas asociadas con stress permite ratificar la existencia de los diferenciales antes discutidos. El Centro de Estudios y Asesoría en Salud(26) en un trabajo sobre trastornos asociados con stress (hipertensión arterial, isquémicas del corazón, úlcera péptica, suicidio, homicidio) encontró tasas por 100.000 habitantes que varían entre 49 en las provincias de mayor desarrollo capitalista, 31 para las provincias en "transición" y 25 para las de menor desarrollo capitalista.

Los índices diferentes por zonas, se explican en razón de que "las condiciones de stress se concentran fundamentalmente alrededor de la vida urbana y alrededor del desarrollo capitalista, ya que por razones históricas ese es el contexto en que se dan las formas de trabajo más desgastantes, ritmos de actividad más acelerados, y las privaciones más drásticas frente a la opulencia de otras clases urbanas. La inserción en relaciones sociales de asalariamiento y la dependencia respecto a un sueldo insuficiente acelera la ruptura de las formas solidarias de comportamiento y el resquebrajamiento de la familia extensa. A lo anterior se suma el efecto de los mensajes transmitidos por medio de los sistemas de comunicación social"(27).

Contradicciones de la Acumulación Económica: Clases Sociales y Diferenciales de Morbi-Mortalidad.

Si bien el proceso de desarrollo capitalista

ocasiona la segregación del espacio nacional conformando zonas de mayor desarrollo capitalista y zonas de menor desarrollo, al interior de esos espacios se mantiene la contradicción entre la acumulación de riqueza por parte de unas clases y la exclusión de otras respecto al disfrute de los bienes producidos.

Es lógico suponer que los espacios se conforman en función de las clases que en ellos desarrollan su proceso de producción y el análisis intraregional de las consecuencias del proceso acumulativo exige mirar al interior de lo que sucede con las clases sociales y sus fracciones. En el conocimiento de que uno de los grupos etarios cuya salud es más sensible al deterioro de las condiciones básicas de reproducción social y cuyas condiciones epidemiológicas reflejan sensiblemente las contradicciones socio económicas, se implementó en Quito una investigación sobre las variaciones de la mortalidad infantil entre las zonas socialmente típicas de la ciudad y al interior de las mismas, las variaciones de la mortalidad infantil según clases sociales(28).

Durante 1977 la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos varió en la ciudad entre 20.1 para las zonas tipo I (donde vive la burguesía capas medias altas en mayor porcentaje, y empleados manuales sobre todo de servicios), y 108.4 para las zonas tipo IV de la ciudad (alto porcentaje de semi-proletariado y sub-proletariado y moderado porcentaje de pequeña burguesía y capas medias bajas). En igual forma, la estructura de mortalidad presentó diferenciales notorios; mientras en las zonas I se observó una tasa de mortalidad de 9.9 por mil, por infecciosas que no se vacunan, en cambio en las zonas tipo IV se observó una tasa de 79.0 por mil; 1.1 para avitaminosis y nutricionales en las primeras y 5.8 en las segundas. Sólomente las tasas por infecciosas que se vacunan no presentaron diferenciales importantes: 1.1 por mil en las zonas tipo I y 1.3 por mil para las zonas tipo IV.

El contraste entre las pronunciadas diferencias de mortalidad por "causas" que no se vacunan y la reducción de los diferenciales por "causas" que

se vacunan permite nuevamente inferir que el capitalismo atrasado sólo consigue abatir significativamente los altos índices de enfermedades que responden a medidas específicas de menos costo para el Estado. Cuestión que en gran medida se explica por ese "congestionamiento o acumulación de contradicciones" que tratan de palear los gobiernos de las sociedades capitalistas latinoamericanas en las épocas de crisis y que, como lo explica Agustín Cueva(29) en medio de una estructura heterogénea, del drenaje de excedente económico hacia los países imperialistas y de la ausencia de un espacio nacional consolidado se ven forzados a adoptar medidas coyunturales de legitimización o coersión.

En el caso de las acciones de salud, el Estado Ecuatoriano de la década petrolera tuvo a su alcance presupuestos relativamente incrementados y consiguió financiar la formación de un Ministerio de Salud que logró extender limitadamente un sistema de medidas preventivas como la vacunación, que aunque llegó a cubrir a menos del

50 o/o de la población expuesta, se sumó al efecto de los incrementos salariales mínimos de la época para producir una discreta mejoría de los índices de enfermedades de curso epidemiológico más simple. Mientras tanto, las entidades que exigen cambios más profundos y que implicarían erogaciones presupuestarias muy altas a ese Estado con tareas sobrecargadas, no sólo que mostraron estancamiento sino aún incremento de sus índices.

Como se mostró anteriormente, en las áreas urbanas del país no se ha logrado abatir, ni siquiera controlar, la crítica situación de salud. En las zonas más amplias del espacio urbano todavía no ha concluído ni la fase más primitiva de las tres que, según Berlinguer (30) componen el proceso histórico de urbanización capitalista. Así por ejemplo, para 1977 la capital del país que absorbió buena parte de los fondos para desarrollo de infraestructura, mostraba índices alarmantes de déficit. De las viviendas existentes el 41 o/o fueron de condición física defici-

CUADRO No. 6

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD POR INFECCIOSAS EN LA MORBILIDAD SINDROMICA TOTAL, SEGUN CLASES SOCIALES

Quito, Urbano 1980

Clases y Capas	o/o
Empresarios	40.0
Capas medias altas	64.0
Capas medias medias	78.8
Capas medias bajas	78.8
Asalariados	80.0
Semi-Asalariados	58.1
TOTAL CLASES	67.6

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Quito.

taria, el 42 o/o no tuvieron instalación de agua potable, el 41 o/o carecieron de servicios higiénicos, todo eso sin contar las zonas de "asentamiento espontáneo marginal". Estas condiciones forman parte del perfil de vida de las clases sociales mayoritarias en contraste con la situación de las clases empresariales y capas medias altas. Así se explica como, mientras en las zonas residenciales (tipo I) de cada 100 casos de enfermedad el 53.4 o/o corresponden a infecciones gastrointestinales y respiratorias, mientras que en las zonas populares (tipo IV) dichas enfermedades copan el 75 o/o de la morbilidad (31). Cuando se observa los contrastes de morbilidad por clases sociales se constata, por ejemplo, que los padecimientos básicos ocupan niveles mucho más bajos en las clases empresarial y alta, como lo demuestra el cuadro No. 6

Aún cuando la técnica utilizada no logró discriminar a satisfacción los umbrales distintos

de sensibilidad a la enfermedad por clases, sin embargo, arrojó diferenciales que seguramente se agrandarían al incorporar una técnica más rigurosa.

Volviendo la mirada al comportamiento de la mortalidad infantil, se ha podido confirmar la existencia de contrastes abismales en la situación de salud de los grupos sociales. En efecto, fue posible utilizar un sistema computarizado de enlace de expedientes (32) para demostrar el comportamiento distinto de la mortalidad en menores de un año de diferentes clases sociales.

Los conglomerados se lograron reconstruir reagrupando los casos individuales en grupos a través de los datos disponibles en los expedientes y obteniendo una clasificación social que permitiera separar las defunciones de niños que hubieran estado expuestos a similares perfiles reproductivos de clase (33).

CUADRO No. 7

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN CONGLOMERADO SOCIAL Y TIPOS DE ZONA URBANA Quito, 1977

Tasas x 1000 n.v.

CONGLOMERADOS	ZONAS*			
	I	II	III	IV
Empresarios e Industriales	0.0	0.0	0.0	0.0
Capas medias Trabajadores	35.2	24.1	26.1	17.4
Manuales	23.3	55.9	74.1	128.5
TOTAL	20.1	42.0	53.5	108.4

*ZONAS I Residencial suntuaria III Residencial pobre
II Residencial media IV Residencial espontanea

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Quito.

Llama la atención la existencia de marcados diferenciales entre las tasas de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos entre los diferentes conglomerados. La tasa del conglomerado bajo correspondió a 76.9 por mil, la misma que superó a la tasa promedial de 1977 de Quito urbano (57.8 por mil); la del conglomerado medio fue de 26.1 por mil; y, la del conglomerado alto, 0.0 por mil (error standar no mayor de 1.8 por mil).

Al analizar la variación de la mortalidad según conglomerados y por zonas sociales de la ciudad se demuestra las abismales distancias que separan los niveles de mortalidad de unos grupos sociales respecto a otros (ver Cuadro No. 7) y además se pone en evidencia el hecho de que mientras en el conglomerado social alto, la gradiente por zonas de la ciudad es nula y en el conglomerado medio no es significativa en cambio los "saltos" que experimentan las tasas por conglomerado bajo de una zona a otra, revisten caracteres de gravedad. Dicho de otro modo, el incremento de las tasas totales de una zona no parece afectar la mortalidad de los niños de inserción alta y media, en cambio la labilidad de los niños de las clases populares frente a los cambios de contexto habitacional es muy grande.

La distribución de mortalidad de menores de un año según la causa inmediata de muerte arroja también datos que señalan la disparidad de los logros, en el sector urbano.

El estudio sustituyó la definición de causa de muerte por causa **inmediata de muerte** y agupo las causas de acuerdo a deterioros básicos y amplios estos últimos que se producen como consecuencia de procesos epidemiológicos ligados menos directamente a esas privaciones básicas (34).

Se pudo establecer que las enfermedades relacionadas con impacto básico presentaron una tasa (43.5 por mil) considerablemente mayor que la ocasionada por enfermedades asociadas con impacto amplio (14.3 por mil). Pero lo que es más importante, el efecto de las condiciones sociales se evidenció claramente en el grupo de impacto

básico. Esto es así porque en el conglomerado bajo se encuentra muy alto número de defunciones por enfermedades de impacto básico, al punto que la tasa correspondiente (61.4 por mil) quintuplica a la tasa de conglomerado medio (12.8 por mil). y es inmensamente mayor que la del conglomerado alto (0.0 por mil). Dichos diferenciales no son tan marcados en las enfermedades de impacto amplio, en donde la tasa del grupo social más depauperado (17.0 por mil) apenas rebasa el intervalo de confianza para la diferencia con el conglomerado medio (11.1 por mil).

El estudio sobre "Determinantes Estructurales del Aborto Hospitalario", ejecutado por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Quito, que fue ya mentado, tuvo una segunda parte dirigida al análisis del comportamiento del aborto hospitalario por clase social, lo cual se realizó a través de un diseño retrospectivo.

Las hipótesis de este trabajo plantearon que el aborto no ocurre tanto en términos absolutos de una respuesta a la miseria, sino más bien como consecuencia de los requerimientos de las clases y capas sociales para adaptarse a los patrones de trabajo y consumo que impone el proceso de acumulación capitalista. Sería más alto en las clases que sufren transformaciones más aceleradas, por depender de ingreso monetario fijo (salarios con sueldos bajos), sin posibilidades significativas de autoabastecimiento que los proteja de rápidos incrementos de los precios del mercado, y sin posibilidad de incorporar efectivamente el trabajo familiar. En estas clases el trabajo materno de carácter asalariado o semi-asalariado impacta negativamente sobre la procreación. Las tasas de aborto serían más bajas en aquellas clases de mayor capacidad de asimilación ante la crisis social, cuya reproducción pudiera recompensarse relativamente (por depender de ingresos generados por una forma de producción cuyo incremento relativo o absoluto, puede suplir el alza general de costos) y cuyas familias pudieran incorporar sus miembros, incluso niños, al trabajo. La labor productiva materna, por tratarse fundamentalmente de un tipo de trabajo familiar, no impide la procreación.

En base a lo expuesto, las clases de mayor riesgo relativo según las hipótesis debían ser las capas medias y proletarias, mientras que las de menor riesgo relativo debían estar representadas por la pequeña burguesía y el subproletariado (no se incluyó a la burguesía por limitaciones propias del estudio).

De este modo, la medición de la conducta

abortiva podía ser asumida como un indicador del perfil de vida de las clases y fracciones sociales y de su respuesta distinta a la crisis social. Como puede constatarse, en el cuadro No. 8 existe una variación significativa del riesgo relativo para aborto en las 2317 pacientes observadas.

CUADRO No. 8

RIESGO RELATIVO DE ABORTO SEGUN CLASES Y FRACCIONES SOCIALES EN ESTUDIO DE 2317 PACIENTES

Clases y Fracciones	Pacientes		Riesgo Relativo de los grupos res- pecto a la clase y fracción de me- nor riesgo.
	Casos	Testigos	
Pequeños Productores	162	206	1.0
* Artesanos	102	143	(1.0)
* P. agricultores	26	30	(1.2)
* Comerciantes	34	33	(1.4)
Sub-Asalariados	375	410	1.2
Asalariados	225	188	1.5
Capas Medias	370	339	1.4
* Empleados privados	96	108	(1.2)
* Empleados públicos	197	172	(1.6)
* Soldados Policías	51	40	(1.8)
* No-Activos	10	5	(2.8)
* Profesionales Indep.	23	9	(3.6)

NOTA: La significación de los índices de riesgo se explica en el informe completo.

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Quito.

Aun cuando se puede argumentar razonablemente que los índices de riesgo son bajos, sin embargo es muy importante notar como su gradiente concuerda con las hipótesis sociales.

CONCLUSIONES:

En resumidas cuentas el análisis epidemiológico del proceso ecuatoriano en la década del auge petrolero ilustra acerca de las graves contradicciones que entraña la acumulación económica y disipa la idea de progreso que se pretende adscribir al avance productivista.

Las condiciones de salud-enfermedad constituyen una síntesis del desarrollo económico, político e ideológico de una sociedad. Nuestra formación social ecuatoriana con su proceso de consolidación de formas más avanzadas de producción capitalista ha determinado la aparición de aspectos de progreso social y simultáneamente ha desencadenado inmensos procesos de deterioro social. Por ésto algunas enfermedades tienden a declinar, aunque lo hacen diferencialmente, y otras tienden a recrudecer. Esa hibridación de "mejoría" y "destrucción" de la salud expresa las contradicciones del progreso capitalista. Lo que enferma y mata no es el progreso sino el modo capitalista de progresar.

Como se ha comenzado a demostrar en este estudio la situación de salud de los trabajadores, de los subempleados y de las capas medias del país se deterioró globalmente durante la época del apogeo petrolero, contradiciendo las afirmaciones falaces que desde los sectores empresarial y oficial han pretendido atribuir al país una imagen irrestricta de progreso.

Ante esa crisis social, donde se mezclan las larvas del pasado semifeudal con los nuevos impactos del productivismo, surgen posiciones "radicales" que enfilan el mayor peso de su crítica hacia las instituciones del Estado responsables de la salud o hacia la Universidad o gremios donde se forman y organizan los profesionales. Sin negar que el Estado en nuestro tipo de sociedad es el gran mediador y coordinador de la dominación

de clase y que siempre existe una capa de profesionales empresarios que se han insertado en el aparato voraz de lucro capitalista, sin embargo no se encuentra en estos sectores la raíz de la crisis de la salud. Ese enfoque distorsionado, que en la Medicina cobró especial vigor con las tesis de desmedicalización y lucha anti-institucional de Iván Illich, tiene su más importante sustento teórico en la fenomenología. Esa visión fenomenológica, tan en boga en el pensamiento socio-médico contemporáneo que "... al reducir y confirmar todos los acontecimientos sociales a la motivación, a la experiencia inmediata y al consenso de la comunidad lleva a negar la existencia de los fenómenos estructurales y a concentrarse en la experiencia cotidiana en la cual los individuos se encuentran e interactúan en términos de símbolos arbitrarios y significados convencionales"(35); Tras el aparente progresismo del acercamiento a esas expresiones de la cotidianeidad popular, a las organizaciones "no formales del pueblo" y de la crítica radical a las instituciones médicas se ubica solapadamente una estrategia distractora frente a las causas esenciales de los problemas de la salud que nacen incuestionadamente en el terreno de la explotación económica y la dominación política.

La desviación del cuestionamiento hacia una supuesta iatrogenia médico-institucional se empata con una tesis de recuperación de los más simples recursos de la "comunidad" del poder reivindicativo de lo cultural y étnico para desde el "folklor" y la "raza" generar una contracorriente popular de transformación social y de la salud.

Es evidente que ningún pensamiento objetivo democrático desconoce la importancia de la cotidianeidad popular, de lo antropológico, de lo étnico, pero centrar en esas instancias lo medular de los problemas del pueblo campesino, de los subasalarios urbanos, de los trabajadores, es confundir un elemento de valor táctico para la organización con un principio de análisis histórico, y equivale a hacer el juego a los sutiles mecanismos de hegemonía y coerción que implementan los representantes más lucidos del imperialismo.

Desafortunadamente todo este tipo de manifestaciones ha calado hondo en las políticas y programas actuales de salud, la extensión de cobertura de los servicios a base de atención primaria de la salud y participación popular lleva el sello de la desmecalización, restringe el uso de los recursos más calificados, y a bajo costo pretende paliar los efectos de la crisis social, reemplazando un sistema barato y restringido para "pobres".

Complementariamente a lo anterior están apareciendo en los últimos años instituciones voluntaristas de estudio médico-social que han optado, conciente o inconcientemente, por la línea illichiana de desmedicalización y rescate de lo "popular".

NOTAS DE AUTOR:

- (1) CUEVA, A.- El desarrollo del capitalismo en América Latina-México, Siglo XXI, 1979, pp. 144.
- (2) Ibid, pp. 108.
- (3) Ibid, pp. 108.
- (4) Según José Moncada "las exportaciones del orden de los 190 millones de dólares en 1970, pasaron a más de 1.300 millones en 1977. MONCADA J.- La Economía Ecuatoriana en el Siglo XX-Quito, Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Central, 1980.
- (5) El presupuesto del gobierno central, pasó de 5.000 millones de sucres en 1970 a 27.000 millones en 1977.
- (6) Ibid. pp. 62.
- (7) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD.- Determinantes de la Morbilidad en Quito Urbano - Quito, 1981.
- (8) INEC.- Encuesta de Migración Urbana de la Sierra-Quito, 1977.
- (9) JUNAPLA.- Ecuador: El problema nutricional -Quito, 1978.
- (10) Proceso descrito por Agustín Cueva como de "cancelación del Estado benefactor".
- (11) Moncada, J. op. cit. pp.65.
- (12) Ibid pp. 68.
- (13) INFORME SEMANAL DE LA ECONOMIA DEL ECUADOR Y DEL MUNDO.- Edición No. 1, Septiembre de 1979. pp. 6.
- (14) Ibid pp. 7.
- (15) El perfil epidemiológico como categoría que expresa las contradicciones de la salud-enfermedad y explica el "perfil reproductivo" de cada clase social, así como su "perfil de salud

Si alguna conclusión cabe destacar como producto de este trabajo es la necesidad de recuperar para el avance de la lucha por la salud las tesis de nuestro pueblo organizado, de los movimientos democráticos que han denunciado reiteradamente las relaciones entre los problemas sociales que trajo el petrolerismo capitalista con gran parte de la morbi-mortalidad de los niños, mujeres y hombres ecuatorianos.

Cuando se constata los males sufridos por las mayorías del país durante el apogeo petrolero, cobra fuerza admonitoria el pensamiento de Benjamín Carrión que llamó al petróleo la sangre del diablo, del demonio imperialista.

- enfermedad" ha sido planteado en: BREILH, J. EPIDEMIOLOGIA: Economía, Medicina y Política Quito-Editorial Universitaria, 1979, pp. 216-220.
- (16) Mckweon, T.- The Role Of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis ? - London, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- (17) LAUREL, C. y col.- Enfermedad y desarrollo: Análisis Sociológico de la Morbilidad en dos Pueblos Mexicanos - Revista Mexicana de Ciencias Políticas, 84; 131-158, 1977.
- (18) MENENDEZ, E.- Poder, Estratificación y Salud-México, Ediciones de la Casa Chata, 1981.
- (19) DELARUE, F.- Salud e Infección: Auge y Decadencia de las Vacunas.- México, Editorial Nueva Imagen, 1980.
- (20) JUNAPLAN.- La inflación y los salarios en el Ecuador-Quito, 1978.
- (21) JUNAPLA.- La integración de las variables sociales a la planificación del desarrollo, nuevas perspectivas.- Lima, segunda Conferencia de Ministros de Planificación, 1978.
- (22) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD.- Mortalidad Infantil Diferencial en el Area Urbana de Quito.- Quito, 1981.
- (23) Ibid, pp. 64-65.
- (24) DIVISION NACIONAL DE SALUD MENTAL Consumo de Drogas en la Población Colegial de Quito.- Quito, Ministerio de Salud Pública, 1982.
- (25) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD Y CURSO DE POSTGRADO EN GINECO-OBSTETRICIA.- Determinantes Estructurales del Aborto Hospitalario.- Quito, 1981.
- (26) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS).- Avances del Estudio sobre

- Salud Mental en Quito- Quito 1980.
- (27) CAMPAÑA, A.- BREILH, J. GRANDA, E.- Esquema para los Lineamientos del Plan de Salud Mental.- Quito, 1980.
- (28) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Mortalidad Infantil Diferencial en el Areal Urbana de Quito.
- (29) CUEVA, A.- El Esatado Latinoamericano en la Crisis del Capitalismo. La Habana, Ponencia al II Congreso de Economistas del Tercer Mundo 1981.
- (30) BERLINGUER, G.- Malaria Urbana.- Madrid, Editorial Villalar 1978. pp. 107-112.
- (31) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD.- Determinantes de Morbilidad Urbana en Quito.- Op Cit.
- (32) CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD.- Mortalidad Infantil Diferencial en el Area Urbana de Quito. Op Cit.
- (33) El conglomerado "alto" estuvo conformado por empresarios e industriales; el conglomerado "medio" por técnicos profesionales, militares, policías, comerciantes, contratistas, agricultores y empleados manuales, todos ellos con educación superior media; y, el conglomerado "bajo" por empleados manuales, agricultores, comerciantes, contratistas, militares, y policías, todos ellos analfabetos o que poseen educación primaria.
- (34) Deterioro Básico: infecciosas que se vacunan; infecciosas que no se vacunan, avitaminosis; deficiencias nutricionales, anemias. Deterioro Amplio: resto de causas.
- (35) GARCIA, J.- Comunicación personal.

BIBLIOGRAFIA

- MENENDEZ, E. - Poder, Estratificación y Salud México, Ediciones de la Casa Chata, 1981.
- DELARUE, E. - Salud e Infección o Auge y Decadencia de las Vacunas México, Editorial Nueva Imagen, 1980.
- JUNAPLA. - La Inflación y los Salarios en el Ecuador - Quito, 1978.
- CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIAS EN SALUD. - Mortalidad Infantil Diferencial en el Area Urbana de Quito - Quito 1981.
- JUNAPLA. - La Integración de las Variables Sociales en la Planificación del Desarrollo.
- Nuevas Perspectivas - Lima, Segunda Conferencia de Ministros de Planificación, 1978.*
- DIVISION NACIONAL DE SALUD MENTAL.- Consumo de Drogas en la Población Colegial de Quito - Quito, Ministerio de Salud Pública 1982.
- CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS) Y CURSO DE POSTGRADO EN GINECO-OBSTETRICIA. - Determinantes Estructurales del Aborto Hospitalario - Quito 1981.
- CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS).- Avances del Estudio sobre Salud Mental en Quito - Quito, 1980.
- CAMPAÑA, A. BREILH, J y GRANDA, E.- Esquema para los Lineamientos del Plan de Salud Mental - Quito, 1980.
- CUEVA, A. El estado Latinoamericano en la Crisis del Capitalismo La Habana, Ponencia al II Congreso de Economistas del Tercer Mundo, 1981.
- CUEVA, A.- El Desarrollo del Capitalismo en América Latina - México, Siglo XXI, 1979.
- MONCADA, J. La Economía Ecuatoriana en el Siglo XX - Quito, Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Central, 1980.
- CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD. - Determinantes de la Morbilidad en Quito Urbano - Quito, 1981.
- INEC. - Encuesta de Migración Urbana de la Sierra - Quito, 1977.
- JUNAPLA. - Ecuador: El Problema Nutricional - Quito, 1978.
- INFORME SEMANAL DE LA ECONOMIA DEL ECUADOR Y DEL MUNDO - Edición No. 1 Septiembre de 1979, pp. 6.

- BREILH, J. - *Epidemiología: Economía, Medicina y Política* - Editorial Universitaria, 1979.
- MCKWEON, T. - *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* - London The Unffield Provincial Trust, 1976.
- LAURELL, C, y Col. - *Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de la Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos* - *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, 84: 131-158, 1977.
- BERLINGUER, G. - *Malaria Urbana-Madrid*, Editorial Villamar, 1978.

- GARCIA, J. - *Consideraciones sobre el Marco Teórico de la Educación Médica Ponencia Oficial de la XII Conferencia de Facultades y Escuela de Medicina de América Latina*, 1982, pp. 4.

- * **Ponencia ante el II Seminario Internacional de Estudios Avanzados en Medicina, Social, México 1981. - Original publicado en la Rev. Latinoam de Salud (México).**
- ** **Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador e Investigadores del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito.**