



Aceleración global y despojo en Ecuador

**El retroceso del derecho a la salud
en la era neoliberal**

**Jaime Breilh Paz y Miño
Ylonka Tillería Muñoz**

ACELERACIÓN GLOBAL Y DESPOJO EN ECUADOR

EL RETROCESO DEL DERECHO A LA SALUD
EN LA ERA NEOLIBERAL

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, SEDE ECUADOR
Toledo N22-80 • Apartado postal: 17-12-569 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) del 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
E-mail: uasb@uasb.edu.ec • <http://www.uasb.edu.ec>

EDICIONES ABYA-YALA
Av. 12 de Octubre 1430 y Wilson • Apartado postal: 17-12-719 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 256 2633, 250 6247 • Fax: (593 2) 250 6255
E-mail: editorial@abyayala.org • <http://www.abayayala.org>

Jaime Breilh Paz y Miño
Ylonka Tillería Muñoz

ACELERACIÓN GLOBAL Y DESPOJO EN ECUADOR

EL RETROCESO DEL DERECHO A LA SALUD
EN LA ERA NEOLIBERAL



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



Quito, abril 2009

Reconocimiento

Los autores expresan el reconocimiento a la Red de Conocimiento sobre Globalización y Salud –*Globalization Knowledge Network*– por su apoyo, y, especialmente, a los Doctores Ron Labonte y Ted Schrecker de la Universidad de Ottawa por sus valiosos comentarios y orientadoras discusiones.

Agradecimientos

Los autores agradecen las orientaciones y comentarios brindados al proyecto por nuestros colegas de la Universidad Andina Simón Bolívar: Carlos Larrea y Juan Fernando Terán, quienes con su experiencia e información nos permitieron enriquecer las fuentes de investigación requeridas.

Agradecemos igualmente el apoyo brindado por Juan Gabriel Piñeros estudiante del Doctorado Interfacultades de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia; su importante y desinteresada colaboración, así como su calidad humana, comprometen nuestro afecto y gratitud.

Aceleración global y despojo en Ecuador El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal

Jaime Breilh Paz y Miño

Ylonka Tillería Muñoz

Primera edición:

Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala

Quito, abril 2009

Coordinación editorial: Quinche Ortiz

Diseño gráfico y armado: Ediciones Abya-Yala

Cubierta: María José Breilh

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar: 9978-19-218-4

ISBN Ediciones Abya-Yala: 9978-22-812-8

Índice

Prefacio | 9

A manera de introducción

Entender el disenso actual sobre la salud pública en Ecuador | 17

PARTE I

ACELERACIÓN DE LA ECONOMÍA Y RETROCESO DE LA VIDA | 23

Aceleración, despojo y *shock* | 28

El *sumak kawsay* y la desmedicalización de la salud | 32

Procesos y categorías clave para estudiar
los determinantes sociales de la salud | 40

La perspectiva latinoamericana: una metodología integral | 41

El desafío urgente de recuperar
el derecho a la salud | 47

PARTE II

EL DESPOJO Y LA ACELERACIÓN GLOBAL EN ECUADOR | 51

Aceleración global y la profundización de la inequidad y exclusión en Ecuador desde 1985 | 54

El ajuste y sus principales etapas | 54

Crecimiento económico no es igual a desarrollo humano | 59

El sombrío panorama social de la “bonanza” | 62

Desestructuración de las pequeñas economías campesinas | 73

Desregulación del trabajo y flexibilización laboral | 78

Globalización neoliberal y pérdida de soportes colectivos | 85

Los mecanismos agroindustriales de la comunidad y la familia | 88

Privatización y deterioro de lo público en salud | 92

El ajuste general y el ajuste en salud:
dos dimensiones de la misma estrategia | 97

El estilo Banco Mundial y pérdidas en salud | 99

Regímenes internacionales: otro mecanismo
para consolidar las privatizaciones en salud | 103

La modernización de los males: la privatización
del agua en Guayaquil y “electrosmog” en Quito | 107

La privatización del servicio de agua en Guayaquil | 111

Electrocontaminación privada en Quito | 113

Se acentúa desigualdad en la distribución de recursos | 116

La precarización de las condiciones laborales | 117

El AUS como mecanismo de privatización,
inequidad y retroceso público | 119

El AUS en Guayaquil | 121

La nueva cara del hambre:
globalización cultural y modos malsanos de comer | 122

PARTE III

DETERIORO EPIDEMIOLÓGICO

Y ECOLÓGICO EN LA ACELERACIÓN GLOBAL | 129

Recapitulación | 132

Casos ilustrativos del impacto en América Latina | 138

Deterioro de espacios urbanos y rurales:
las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) | 138

Mercantilización y monopolio del deporte:
hegemonía y daño a la salud | 145

Las epidemias posmodernas de la nueva
tecnología al servicio del lucro:
dopaje genético y nanotecnología | 149

Enfermedades producidas por exigencia
de imagen en el consumismo: anorexia y tanorexia | 151

El caso ecuatoriano: retroceso de la salud
en los años neoliberales 1990-2007 | 152

La mortalidad general e infantil
en años anteriores y durante el neoliberalismo | 155

La mortalidad materna y el aborto inducido
en los años del ajuste estructural | 159

Acumulación de fuentes infectivas
y patrones de transmisión infecciosa | 161

Deterioro del modo de vivir,
sufrimiento mental y accidentes domésticos | 166

Alto costo social, en salud y ambiente
en la “nueva ruralidad” agroempresarial: la floricultura | 170

Reflexión final: desafíos hacia el pleno derecho a la salud | 183

Bibliografía | 191

Prefacio

Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal es un estudio de aparición muy oportuna y de lectura obligada para quienes requieran conocer la situación de salud en los años de oro del ajuste estructural.

Transcurridas dos décadas de la economía neoliberal, de las agresivas políticas del ajuste y de la hegemonía de una contrarreforma conservadora, dos investigadores de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, penetran en los mecanismos de la aceleración concentradora y el despojo, empleando la ciencia como una herramienta crítica y explicando con datos de la realidad, las devastadoras consecuencias de las políticas bancomundialistas en la salud humana y el ambiente. Una voz de alerta para quienes trabajan hoy por un proyecto alternativo.

En la hora presente, la sociedad ecuatoriana afronta mucho más que los peligros de la debacle de un sistema económico, pues los centros rectores de la economía mundial, para recomponer los mecanismos de acumulación fallidos, necesitan no sólo transferir los costos de la crisis a las clases medias y a los sectores más pobres, sino recomponer igualmente su debilitada hegemonía mediante operaciones políticas y culturales. Las huellas de esas operaciones dejarán evidencias en salud.

Las preguntas que debemos hacernos ahora son: ¿quién va a pagar los costos del *crash* empresarial? ¿Será que las empresas van a apoyar una sali-

da a través de un nuevo pacto social equitativo?, ¿o será que simplemente buscarán dar continuidad, bajo nuevo ropaje, a los mecanismos de los años de oro del neoliberalismo? Lo que suceda con el bienestar y la salud de nuestros pueblos va a depender de la línea que termine imponiéndose para financiar la salida de la crisis, que esperemos no sea, como históricamente ha sucedido, la imposición a los pueblos del Tercer Mundo del pago de las cuentas de los poderes del llamado Primer Mundo y el pago de los pueblos de la deuda que los capitales de esos países adquirieron.

Ante una amenaza de esa magnitud, cualquier proyecto alternativo que busque un desarrollo humano integral y un modo saludable de vivir debe pensarse estratégicamente en confrontación al escenario histórico de una crisis que se nos vuelve a imponer desde fuera. El reto es impedir que se privaticen las ganancias y se socialicen las pérdidas, acumulando fuerzas para arrancar una negociación en la que no se pierdan todas las conquistas logradas mediante nuestra derrota al neoliberalismo.

Como en toda crisis económico-social, el *shock* de Wall Street nos expone a una compleja disyuntiva: para los neoliberales como Milton Friedman, la crisis estará siendo trabajada como una oportunidad estratégica del gran capital para apretar el acelerador y profundizar el despojo. Dado que ya no les será factible imponernos sin resistencia un mecanismo como el de la deuda, una vía en esa dirección, por ejemplo, sería castigar los precios de nuestros recursos, golpeando nuestro acceso a divisas y abaratando el pago de la deuda para que sus propios pueblos las paguen. Por su lado, los grupos empresariales más moderados la asumirán seguramente como una alerta que exige huir del fundamentalismo, y procurarán aplicar, en la medida de lo posible, medidas neokeynesianas y mecanismos de sustentabilidad ambiental. Finalmente, nosotros, los pueblos afectados, asumiremos el momento como una crisis de hegemonía, que abre mayores fisuras en la estructura de dominación y nos podría permitir avanzar, a condición de que trabajemos con ideas claras y organización.

En cualquier caso, el llamado sector salud con seguridad desempeñará un papel importante en los movimientos estratégicos que se implementen desde distintas perspectivas; de ahí la importancia de comprender adecuadamente sus problemas, desafíos y condiciones de vigencia.

En la mira de las grandes empresas, sin importar mayormente la persistencia de marcadas desigualdades, estará la capacidad de los servicios curativos para garantizar la reproducción de la fracción activa de la fuerza de tra-

bajo que requieren y para legitimar ante los estratos sociales excluidos las bondades del sistema. Claro está, los empresarios neoliberales seguirán buscando montar el negocio de la salud en los propios servicios y los seguros privados.

Los grupos empresariales moderados y los cuadros tecnocráticos convencionales empujarán correctivos en la inequidad de los programas de salud y ampliaciones en la cobertura de los estratos más pobres; es decir, reparto mejor pero de lo mismo, siempre dentro de las limitaciones de una caja fiscal primordialmente organizada para servir las necesidades del aparato productivo.

Mientras que, desde la perspectiva social y ciudadana, una transformación profunda de la salud sólo podrá construirse desde una visión totalmente renovada del derecho a la salud y una visión innovadora de la prevención y la práctica, que comprenda los procesos determinantes de la salud y que se discuta en el seno de las organizaciones sociales con sus cuadros técnicos. Cuestión harto difícil y que demandará una intensa movilización, sobre todo si se cumplen los pronósticos de una crisis fiscal; en cuyo caso habrá que negociar los derechos irrenunciables hasta que puedan implementarse pasos de más largo aliento para financiar completamente los derechos establecidos en la nueva Constitución, como la nacionalización de nuestros recursos estratégicos.

En virtud de esa disyuntiva es que puede aquilatarse la importancia de esta nueva publicación del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Pues constituye un aporte para la evaluación crítica de una situación extremadamente grave y de los complejos desafíos que se presentan en la actual coyuntura; construido desde un marco conceptual integral, no medicalizado, que nos permite reflexionar acerca de algunos hechos claves que requieren un esclarecimiento ciudadano o social.

En primer lugar, el estudio procura demostrar que, a pesar de las limitaciones de información, se produjo un consistente deterioro de la salud durante el período de oro del neoliberalismo (1990-2006) realizando al menos un perfil aproximativo sobre la base de los indicadores convencionales disponibles en el momento. En segundo lugar, busca alertar a la conciencia nacional sobre el papel jugado por el Banco Mundial en esa época de retroceso del derecho a la salud, con el fin de prevenirnos ante toda forma de continuismo que obstaculice nuestro avance y pretenda reproducirse en la nueva etapa que vive el país. Y, finalmente, busca hacer visible el riesgo a futu-

ro de que se reduzca el horizonte de la gestión en salud. Un desenlace inevitable si persiste el marco regresivo de esa cultura sanitaria funcionalista forjada bajo la égida del Banco Mundial y si se sigue pensando que la tarea en salud se reduce a la mera inversión en servicios curativos, olvidando que el buen vivir integral sólo es factible con transformaciones profundas del modo de vivir que garanticen una vida soberana, digna e integralmente saludable. Se torna ahora, más que nunca, imprescindible promover cambios y regulaciones estrictas en los centros de trabajo, en los espacios donde desarrollan su vida los consumidores y en sus relaciones con los ecosistemas, conquistas que sólo podrán consolidarse mediante la movilización de pueblos organizados y conscientes, y el apoyo de técnicos con un pensamiento crítico.

Para la salud colectiva la falta de una estrategia para afrontar las grandes amenazas que proyectan su sombra hacia el futuro es tan o más grave que la ausencia de servicios curativos. Es así que en el horizonte actual parece ser que las empresas buscarán apalancarse y recomponer sus tasas de ganancia mediante mecanismos que conllevan un serio peligro para la salud y los ecosistemas. Con seguridad algunos capitales afectados por la crisis buscarán recuperar sus pérdidas acrecentando sus inversiones en ramas seguras como los monopolios de alimentos vitales, las semillas, los productos genéticamente modificados, el agua y el monopolio de los recursos genómicos. ¿Cómo no percibir, por ejemplo, que en la encrucijada actual, serán los agrocombustibles una línea preeminente de la energía y de la actividad agraria? ¿Cómo no percatarse que en las urgencias de diversos sectores seguramente constará la tentación de implementar, sin reales precauciones, un agresivo modelo extractivista y agrotecnológico?

Y entonces, hay que preguntarse: ¿qué sucederá con la salud de las poblaciones urbanas y rurales si se desatan todos aquellos procesos; si las empresas e instituciones continúan desafiando los principios éticos, el derecho a la salud y las normas de sustentabilidad ecológica? ¿Qué consecuencias masivas para la salud se provocarán si se multiplican las inversiones sin el fortalecimiento paralelo de normas, recursos suficientes y realmente eficaces para la protección de la vida humana y los ecosistemas?

Nos preocupa además que una problemática tan compleja se expanda justamente cuando se observa una debilidad del pensamiento crítico ecuatoriano y, correspondientemente, la ausencia de un verdadero proyecto histórico emancipador; al menos en salud se observa la manifiesta debilidad de un

proyecto realmente alternativo. Y todo esto en un horizonte confuso de las organizaciones sociales –tanto las históricas como las más recientes–, siendo una expresión preocupante la desarticulación y desfase de las distintas miradas sociales.

Al margen de cualquier pretensión academicista, el presente trabajo se ofrece como un buen pretexto para la reflexión acerca de la otra salud posible y una sistematización de las amenazas que se proyectan en el horizonte.

El trabajo que entregamos pretende ser una reafirmación de esa “memoria que funda el mañana” y guía nuestros pasos para evitarnos cometer los errores del pasado.

Los autores

Nuestros más antiguos nos enseñaron que la celebración de la memoria es también una celebración del mañana. Ellos nos dijeron que la memoria no es voltear la cara y el corazón al pasado, no es un recuerdo estéril en que había risas o lágrimas.

La memoria, nos dijeron, es una de las siete guías que el corazón humano tiene para andar sus pasos. Las otras seis son: la verdad, la vergüenza, la consecuencia, la honestidad, el respeto a uno mismo y al otro, y el amor.

Por eso, dicen, la memoria funda siempre el mañana.

Subcomandante Marcos, 2001.

Invisible violencia del mercado: la diversidad es enemiga de la rentabilidad, y la uniformidad manda. La producción en serie, en escala gigantesca, impone en todas partes sus obligatorias pautas de consumo. Esta dictadura de la uniformización obligatoria es más devastadora que cualquier dictadura del partido único: impone, en el mundo entero, un modo de vida que reproduce a los seres humanos como fotocopias del consumidor ejemplar.

Eduardo Galeano, *El imperio del consumo*, 2008.

A manera de introducción

Entender el disenso actual sobre la salud pública en Ecuador

La lectura sobre la realidad social puede hacerse desde distintas perspectivas –paradigmas– que condensan las formas de pensar y explicar los hechos, así como las creencias y valores que guían el pensamiento.

La epistemología aplicada al conocimiento científico ha demostrado que aun las ideas de disciplinas técnicas, aparentemente ceñidas a un pensamiento “objetivo”, son profundamente influidas por el clima cultural e ideológico dominante¹ y pasan a formar parte sea de visiones hegemónicas ligadas a las estructuras de poder o de una mirada crítica y liberadora.

Al contrario de lo que suele pensarse, los paradigmas y modelos científicos no son meramente el resultado del libre albedrío de especialistas y de decisiones técnicas autónomas, sino de la interrelación de las ideas y operaciones individuales de dichos especialistas, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos que rigen cada sociedad y sus instituciones, y las dinámicas de la estructura de poder que presiona sobre el conocimiento. Esta compleja determinación marca poderosamente el desarrollo de las ciencias de la salud que vienen a ser “[...] al igual que otras operaciones que manejan símbolos,

1 Desde los ensayos de Michel Foucault (*Las palabras y las cosas*, México, Siglo XXI, 1978) hasta los estudios más recientes del venezolano Alejandro Moreno (*El aro y la trama*, Caracas, Centro de Investigaciones Populares, 1995), hasta los análisis más recientes de Edgar Morin (*Ciência com consciência*, Río de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996) o de Boaventura Santos (*Introdução a uma ciência posmoderna*, Porto, Afrontamento, 1995).

una expresión transformada, subordinada, transfigurada y a veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad”.²

No debe sorprendernos entonces la constatación de disensos científicos y de desencuentros entre las miradas de técnicos situados en distintas orillas de la trama política de una sociedad. En campos como los de la salud pública —y su *brazo diagnóstico* que es la epidemiología— o de las ciencias del ambiente, aquellos disensos se tornan especialmente ostensibles, dado que sus hallazgos son un termómetro para conocer el grado de protección de la vida y el bienestar de sus poblaciones, aspectos esenciales para juzgar la calidad de gestión y el éxito de sus proveedores económicos y políticos.

En América Latina con frecuencia se hacen públicos este tipo de desencuentros científicos, que son especialmente visibles cuando se trata de temas que anteponen los intereses empresariales o institucionales a los de comunidades afectadas por proyectos económicos o por ciertas políticas oficiales. Pero también en países del mundo desarrollado, la prensa y las publicaciones especializadas evidencian una creciente preocupación por ese tipo de debates en el campo de la salud, que si bien implican valoraciones técnicas, reflejan inequívocamente las tendencias sociales y políticas de sus actores.

Así por ejemplo, ha merecido gran atención en años recientes una publicación de científicos europeos³ que, ante la acumulación en el viejo continente de discrepancias acerca de los impactos de proyectos económicos y las políticas sobre la salud y el ambiente, decidieron sistematizar y evaluar los disensos ocurridos en los diez últimos años para extraer lecciones básicas para el futuro. En síntesis, los científicos europeos consultados explican con lujo de ejemplos la distorsión de los argumentos “oficiales” y confirman el claro desfase entre los modelos científicos y técnicos que ellos aplican respecto a la visión de grandes colectividades humanas afectadas; reafirman además la pérdida de orientación de las políticas públicas de la salud, así como los efectos negativos de la mirada que pretende imponerse para disipar las responsabilidades de las empresas, otorgando preeminencia a las justificaciones surgidas de los escritorios de los técnicos y contrariando los argumentos y testimonios de poblaciones enteras.

2 Pierre Bourdieu, *O poder simbólico*, Río de Janeiro, Bertrand Brasil, 1998.

3 Ângela Guimãraes y Sofia Guedes, edit., *Interfase between Science and Society*, Chippenham, Greenleaf, 2006.

Los autores ponen en tela de juicio un modelo de toma de decisiones de carácter vertical, supuestamente “basado en la ciencia”, que pretende minimizar o silenciar las opiniones de investigadores y expertos ligados a dichas colectividades, pero que, en sentido estricto, termina reforzando una visión unilateral que en innumerables oportunidades lleva a tomar decisiones políticas erradas, admitiendo inversiones y proyectos económicos nocivos para la salud colectiva.

En países como Ecuador, que ocupan un sitio periférico en el orden internacional, el fenómeno que se explica más adelante y al que hemos preferido denominar como *aceleración global*, ocurre en el marco del neoliberalismo económico y de la contrarreforma ideológica del neoconservadurismo. Se trata de una mayor celeridad de los grandes negocios y flujos económicos que ha desencadenado, a la par de mecanismos de desarrollo desigual, procesos de exclusión y pérdida de derechos, con deterioro de la calidad de vida en las ciudades y en el campo, y el consiguiente retroceso en el derecho a la salud. Siendo paradójico que precisamente cuando más se necesita un pensamiento científico objetivo y soberano para evaluar los pros y contras de esa tendencia, se observa un debilitamiento del rol crítico de las universidades y centros de pensamiento, con el resurgimiento de un *neofuncionalismo*⁴ en los espacios técnicos.

Ubicándose en ese panorama social y cultural de los disensos, el presente estudio busca incidir sobre un debate científico especial, de enorme importancia y actualidad para la salud. Un debate que surge de posiciones contrarias respecto a la siguiente interrogante: ¿La salud pública del Ecuador, bajo las políticas de ajuste neoliberal más agresivas –período 1990-2006–, siguió una tendencia “normal”, similar respecto a la inercia del crecimiento económico de la década anterior; o por el contrario, sufrió un retroceso y deterioro? Es decir, ¿las políticas del sector salud y afines del país, durante los años de gestión orientada por la lógica del Banco Mundial, se sustentaron en criterios técnicos, independientes de las estrategias de privatización y contrarreforma neoliberal aplicadas esos años?, ¿o fueron más bien un instrumento de regresión del quehacer público y de pérdidas en el derecho a la salud?

Algunos técnicos del país directa o indirectamente ligados a la gestión pública de esos años, sobre todo aquéllos sustentados en los presupuestos de

4 Neofuncionalismo, porque recupera la noción ahistórica del análisis sistémico de Talcott Parsons y su estructural funcionalismo; teoría que coloca a la estabilidad y el equilibrio como base de las funciones sociales.

los proyectos del Banco Mundial, sostienen que las políticas y la realidad de los programas y servicios de salud de esos 15 años muestran la imagen positiva de una modernización necesaria. En la orilla contraria, quienes hemos denunciado persistentemente las tendencias regresivas que han acompañado la era neoliberal, con su retroceso del derecho a la salud sostenemos que los mecanismos privatizadores y la mercantilización velada de los servicios y programas públicos empeoró la inequidad y desencadenó procesos de pérdida de dicho derecho; engordando a la par, una abultada e ilegítima deuda externa en el campo de la salud.

El argumento central o hipótesis que desarrolla el presente ensayo es, por consiguiente, que en Ecuador los mecanismos de aceleración de una economía concentradora y excluyente, centrada en el beneficio y sobreprotección de los grandes negocios, con el correspondiente despojo de recursos vitales para la vida, generaron formas de pérdida o retroceso del derecho a la salud y un desmantelamiento de las protecciones institucionales. Esto se expresa en indicadores del período 1990-2006 que denotan no solamente el deterioro de los servicios y programas de salud, sino el menoscabo de las condiciones generales de vida (reproducción social) y, contrariamente a los informes y predicciones de los gobiernos de la época, un freno o deterioro de los indicadores de salud, especialmente de aquéllos más sensibles a la crisis social.

Es necesario aclarar que nuestro argumento no se reduce a un cuestionamiento moralista de la gestión pública de dicho período –y de sus mandos medios–, pues si bien algunos funcionarios usufructuaron de privilegios en la era bancomundialista, no es menos cierto que muchos técnicos y gestores fueron también víctimas de dichas políticas, las cuales terminaron desfigurando su formación humanista y colocando su experiencia técnica al servicio de un proyecto de reforma privatizadora. En casos como el que aquí debatimos, la pregunta natural es: ¿por qué muchos técnicos que viven de un sueldo del Estado, que se autodefinen como “servidores públicos” y que no son en muchos casos personas deshonestas, terminan con frecuencia sirviendo a los intereses de los poderosos? La respuesta que suele darse a esta vieja inquietud es la corrupción. Pero enmarcar la conducta tendenciosa de los miembros del aparato de gobierno exclusivamente en el campo ético sería desconocer la compleja trama de presiones e influencias que convierten a los gobiernos en instrumentos del empresariado y de los grandes negocios. El Estado, y su aparato ejecutivo que es el gobierno, responde a una agenda impuesta por el poder, y esa agenda es producto de ideas y operaciones técnicas, concebidas en un ambiente cultural y político construido, consciente o

inconscientemente, para reproducir las relaciones sociales dominantes. Por eso, incluso en campos técnicos, aparentemente desligados de los debates directos de la política, reducir la miopía de los servidores públicos respecto a las necesidades colectivas a un simple problema ético puede impedirnos comprender la trama más profunda de determinaciones que operan en el Estado, aun sobre el pensamiento científico.

El argumento del presente estudio se hilvana a lo largo de los distintos capítulos. Primero, la indispensable aclaración de categorías que son centrales para la comprensión de una problemática compleja. En principio, aclarar el propio concepto de salud, con sus determinantes, enfatizando en la necesidad de asumir una comprensión integral del mismo como requisito fundamental para desentrañar aquello que los escritos e informes oficiales de esa época no dicen o distorsionan. En función de aquello, explicar el papel nocivo de la aceleración económica global, la monopolización y el despojo de bienes estratégicos para la salud, así como los mecanismos de empobrecimiento y desestructuración de las pequeñas economías. Razonando epidemiológicamente, se trata de poner en evidencia algunos signos del deterioro de los modos de vivir de amplias colectividades urbanas y rurales, como resultado de los mecanismos de la aceleración y el despojo. Correlativamente a lo anterior, se reúnen algunas evidencias sobre el deterioro de la salud humana y los ecosistemas para, finalmente, sentar las conclusiones más urgentes sobre este desafortunado período de nuestra historia social y sanitaria.

Pensar en los mecanismos y daños de la gestión neoliberal es un recurso vital para orientar los más importantes replanteamientos en campos como la economía, la inclusión social, la salud y el ambiente, e iniciar un camino cierto hacia la democratización profunda y una sociedad de auténtico buen vivir. Dar cabida a este debate en la hora actual es igualmente importante, para orientar el papel de la investigación y de los profesionales de la salud en defensa y promoción de la vida.

PARTE I

ACELERACIÓN DE LA ECONOMÍA Y RETROCESO DE LA VIDA

La aceleración del ritmo de reproducción del capital en la economía global guarda estrecha relación con el deterioro de la vida en nuestro planeta y con la disminución de las tasas de reproducción de la vida y la salud en países como el Ecuador. En el mundo y la sociedad actuales, mientras más rápido se reproducen las inversiones y ganancias, menos espacio y recursos van quedando para la vida en la tierra.

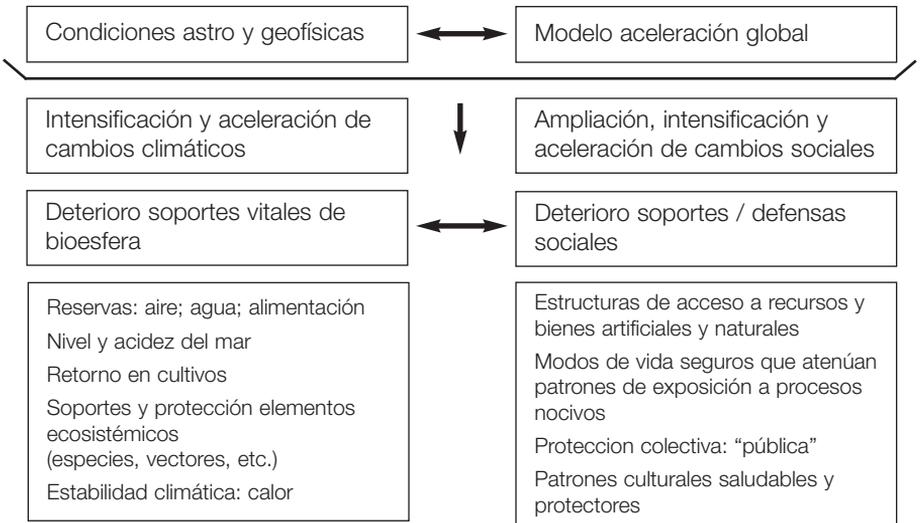
Con la vuelta de milenio no es que haya cambiado la naturaleza del sistema económico que rige en el mundo, sino que se han acelerado sus procesos, acortándose los ciclos de reproducción del capital, lamentablemente mediante mecanismos que han desatado no solamente devastadores cambios climáticos planetarios y destrucción de los ecosistemas, sino procesos globales de restricción estructural de las condiciones que se requieren para la reproducción de la vida y la salud.

No solamente la vida natural del planeta ha sido colocada al borde de una catástrofe por un sistema económico-social diametralmente opuesto a todo principio de sustentabilidad, sino que éste ha desencadenado también un masivo deterioro de la reproducción social y de los modos de vivir que determinan la salud. En otras palabras se ha instalado una co-determinación social/natural del impacto de los cambios globales sobre la salud.

Si es que puede usarse la noción de *calentamiento climático* para sintetizar la peligrosa tendencia de incremento de la temperatura física, que está

provocando fenómenos nocivos para la vida como la disminución de glaciares, menor retorno en cultivos, mortalidad por desnutrición, estrés por calor, incremento de enfermedades vectoriales, elevación del nivel del mar y acidificación marina, que afectan los ecosistemas,⁵ podríamos emplear la metáfora de un *calentamiento social* para sintetizar un conjunto de procesos histórico sociales de pérdida de derechos, explotación, exposición a peligros, empobrecimiento y exclusión, que son aún más devastadores y que provocan un descalabro de la biocapacidad en todo el orbe, con una destrucción del vivir saludable. En países como Ecuador, el calentamiento social es tan o más grave para la salud que el calentamiento climático y están estrechamente vinculados. Y, lamentablemente, las políticas económicas, del campo social y de salud de los años de oro del neoliberalismo reciente en Ecuador han abonado a ese calentamiento.

Figura 1
Cambio global: naturaleza y sociedad



En la figura 1 se delinea la relación entre los cambios naturales y los sociales, como dos dimensiones de un problema complejo. Los cambios de

5 World Health Organization-WHO, *Climate Change and Human Health: Risks and Responses*, Ginebra, Stern Report, 2006.

la naturaleza como las reservas bióticas, las características del agua marina, los soportes ecosistémicos de la vida, las fluctuaciones térmicas, contribuyen a los cambios sociales y, a la vez, dependen o son influidos por éstos. La figura modela el hecho de que los fenómenos naturales son en realidad natural-sociales y que los fenómenos sociales son sociales-naturales. La aceleración histórica bajo el sistema de acumulación de capital implica un peligro reforzamiento mutuo entre los cambios climáticos y ecosistémicos nocivos y el deterioro de los soportes sociales de la vida.

En el centro de esa espiral el vértigo de la producción, el culto a la competitividad y la celeridad de las operaciones económicas, van de la mano con la religión del consumo. La velocidad de flujos y operaciones que incrementa la rentabilidad es la justificación y fin de todo, pero la circulación y venta de mercancías es el requisito para completar el ciclo de la economía. Entonces, la lógica imperante es extraer, producir y distribuir, para generar productos que se puedan consumir. Las empresas no pueden cerrar el círculo de su inversión, si las masas no consumen los productos. La circulación de mercancías es clave y, mientras más alta la tasa de producción, más debe crecer y mantenerse el consumo. No importa si una parte sustancial de los productos pronto se descartan o desechan. La clave es consumir para mantener con vida la acumulación económica.

La irracionalidad de ese ciclo interminable está en la base de los problemas de salud y contaminación. El caso de los Estados Unidos esclarece el desquicio entre economía, salud y ambiente. Ese país con apenas 5% de la población del mundo consume el 30% de los productos y arroja al planeta el 40% de los desperdicios. En ese modelo económico, diseñado para concentrar velozmente los beneficios y socializar los daños, no es factible que los ejes económicos de extracción y producción se realicen con cuidados especiales para la vida y la naturaleza; y tampoco es posible que se instituya una distribución y un consumo equitativos y saludables. Es, por el contrario, un ciclo enfermizo de celeridad que incrementa el lucro y asegura la competitividad, extrayendo materias primas, drenando y agotando recursos, y contaminando la naturaleza.

Todo aquello bajo el empleo de tecnologías eficientes para la contabilidad de las empresas, aunque profundamente ineficientes respecto a la gran contabilidad de la salud y el ambiente. De ese modo a la par de la acumulación económica se acumulan procesos peligrosos para la vida; se distribuyen las mercancías, pero se externalizan sus costos para que las empresas incre-

menten su productividad; se induce masivamente el consumo, pero no pensando en el buen vivir de la gente, en el valor de uso de los bienes, sino en su valor de cambio para las empresas; cuestión que implica aun la irracionalidad de diseñar los productos planificando su obsolescencia, o creando condiciones para que la gente perciba su obsolescencia y se lance a comprar nuevos modelos, aunque los anteriores sean perfectamente útiles, y en todo ese proceso se acelera también el consumo de energía, bosques y vida. Y como si todo eso no fuera poco, al final de ese ciclo nocivo, se llega a la producción masiva de desechos.⁶

Un sistema doblemente perverso si lo miramos desde cualquier perspectiva, pero más aún si lo hacemos desde el punto de vista de quienes formamos la ciudadanía, el pueblo llano. El consumo permanente de los bienes que nos ofrece la maquinaria empresarial lo reclamamos todos como un derecho, aun los que nos creemos más conscientes, como base de nuestro bienestar; y lo que es peor, como fundamento actual de nuestra identidad. Y de ahí se abren dos grandes vías de alienación y sufrimiento humano. Por un lado, los de clase media, los que tenemos una capacidad de compra, nos lanzamos al consumo y de esa manera contribuimos a apretar el acelerador de una economía que nos destruye. Paradoja que nos recuerda el estremecedor caso del criminal cibernético de un *thriller* reciente (“El rastro oculto” de Gregory Hoblit), que expuso a sus víctimas mediante una página de Internet, e instaló un dispositivo que incrementaba la dosis letal según el conteo de visitantes de su siniestro portal. Todos a medida de nuestros ingresos participamos de esta gran fiesta del consumo global, que no tienen beneficiarios realmente, pero que satisface los apetitos de la rentabilidad empresarial. Por otro lado, la masa empobrecida que no puede acceder al vértigo del consumo, especialmente los jóvenes, al verse marginados se lanzan a engrosar las filas de la violencia delincuencia, y abonan por esa otra vía, la acumulación de inseguridad y pérdida de salud colectiva.

Aceleración, despojo y *shock*

La globalización marca una nueva forma supranacional de capitalismo posibilitada porque “la producción y reproducción de tecnologías cambia las

6 Annie Leonard, “Story of Stuff”, www.storyofstuff.com, consultado en 2008.

anteriores relaciones de espacio-tiempo [...] esto no sólo permite al capital, bienes y trabajo estar en muchos lugares al mismo tiempo sino también asegura que la experiencia afectiva de los seres humanos, de espacio y de tiempo se altere radicalmente”.⁷ La celeridad global tiene en su base tres mecanismos estructurales que, a lo largo de las últimas décadas han elevado las tasas de reproducción del capital, pero han acortado las tasas de reproducción de la vida y de la salud: a) la recomposición en redes del aparato productivo; b) la incorporación de una nueva base tecnológica para el aceleramiento productivo, con la instantaneidad de los flujos ligados a la economía;⁸ y c) la implementación de estrategias fundamentalistas en el control de los bienes estratégicos y del mercado.^{9, 10} Mediante esos engranajes, en las sociedades inscritas en la aceleración global y especialmente en aquéllas como la China, donde la prisa económica alcanza niveles vertiginosos, se ha sometido la vida humana y la naturaleza a la apabullante tecnología de explotación. Basta mirar los balances en la salud pública en los indicadores sociales y ambientales del gigante asiático para comprender el enorme poder destructivo sobre la salud del modelo acelerado que impulsa a la “locomotora china”.^{11, 12}

Y en el caso de América Latina, a los procesos de aceleración descritos se añaden fenómenos políticos y estructurales que agudizan los problemas. Debido a la crisis de acumulación experimentada por la economía de Estados Unidos, el problema se debió resolver mediante una agresiva presión para un verdadero *despojo* de los recursos vitales de las economías subalternas (*i.e.* energía, comunicaciones, recursos financieros, tierra, agua y la riqueza

7 Alastair Davidson, “Globalización y hegemonía”, en Dora Kanoussi, comp., *Hegemonía, Estado y sociedad civil en la globalización*, México, Plaza y Valdés, 2001, p. 121.

8 En el capitalismo tardío el manejo global de los medios de producción monopolizados y de alta tecnología, y su operación eficiente, se viabilizan gracias a la instantaneidad con que los flujos del sistema económico pueden realizarse sobre la base técnica de la comunicación digital, la teleinformática y los hipermedia.

9 Manuel Castells, *The Information Age: Economy, Society and Culture*, Oxford, Blackwell, 1996.

10 Franz Hinkelammert, *Los derechos humanos en la globalización*, San José, Departamento Ecuaméxico de Investigaciones, 1997.

11 Edmundo Fayán, “El desastre ecológico chino”, en *El inconformista digital*, 21 de agosto de 2006, <http://www.elinconformistadigital.com/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1632>.

12 Octavio Gómez, “Grave deterioro de la salud del pueblo chino”, en *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública de México*, vol. 46, No. 5, sep.-oct., Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004, p. 492.

genómica de la biodiversidad), logrado mediante mecanismos fraudulentos y agresivos que recuerdan los períodos de acumulación primitiva.¹³ De ahí que, siendo la salud un proceso indisolublemente ligado al disfrute de dichos bienes, la globalización neoliberal ha desencadenado, también por esa vía, un serio impacto en la salud de los más amplios sectores sociales y pueblos.

Figura 2

Desastre ecológico y humano del modelo chino de aceleración

- 70% de su sistema hídrico contaminado; y en amplias zonas ya hay dificultades para obtener agua. (*World Bank*, 1997)
- En China, 90% de la población rural y 60% de la población urbana carece de seguro de salud. (*Economist*, 2004)
- Algunos padecimientos ya controlados han reaparecido: tuberculosis, hepatitis B y el sarampión. (*Gómez, S.P. de México*, 2004)
- Los hospitales han tenido que recurrir a la provisión de servicios pagos para poder subsistir, lo que hace aún más difícil que los pobres y las personas de clase media baja puedan recibir atención de salud o servicios preventivos. A pesar de que la situación económica de China ha experimentado una mejoría en los últimos 30 años. (*Gómez, S.P. de México*, 2004)

En medio de esa lógica predatoria, las estrategias de expoliación han alcanzado formas inimaginables. Los teóricos de la Escuela de Chicago, con Friedman a la cabeza, llegaron al punto de formular el “tratamiento de choque” económico, es decir, el aprovechamiento de las crisis sociales masivas y hasta de los desastres de origen natural, para ablandar la voluntad de los pueblos y facilitar la penetración de medidas extremas de ajuste.¹⁴ La demolición de los derechos económicos, sociales y culturales; la subasta en baratillo de los servicios públicos; la penetración de la cultura del despojo y la competencia, a la par que fueron acelerando los ciclos de explotación económica, fueron ahogando los espacios para la vida y la salud.

Desde el punto de vista de la salud, es importante notar por tanto, que en el marco de la economía globalizada se aceleran no solamente los flujos

13 David Harvey, *The New Imperialism*, Oxford, The Oxford University Press, 2003.

14 Naomi Klein, *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*, Buenos Aires, Paidós, 2008.

de capital e información económica, sino que se han desencadenado mayores flujos de población laboral en ríos interminables de emigración bajo condiciones muchas veces precarias, exposición a modos de vida malsanos y hasta globalización del propio sector salud (modelos, personal, bienes y servicios). Son mecanismos que acumulan efectos y vulneran, especialmente, los frágiles sistemas de salud de los países dependientes. Y para agravar más aún estas tendencias está el problema de la liberalización del comercio y servicios. Así por ejemplo, el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (GATS por su nombre en inglés), impulsado por la Organización Mundial de Comercio (OMC), ha desencadenado la multiplicación de acuerdos internacionales suscritos al margen de estudios serios sobre las repercusiones negativas que dichos acuerdos tienen frente a la salud. Los ministerios de Salud de nuestros países con frecuencia están muy poco informados acerca de tales repercusiones. Mientras más privatizadas están las políticas de salud de un país, y dada la ausencia de regulaciones constitucionales y legales que protejan las políticas y programas relativos al derecho a la salud, es mayor el peligro de impactos devastadores de los acuerdos globales, con la reducción del espacio de política y mecanismos soberanos de la gestión en salud.^{15, 16}

A todo lo anterior se añade el hecho de que, a pesar de que el sistema capitalista globalizado se sustenta en un intercambio instantáneo de información, capitales y comunicación cultural, mantiene la mayor paradoja en la era de la información y la tecnología: la derrota del conocimiento por la información, generada por el vaciamiento de las categorías y los datos, la construcción fetichista de la información y la descomunitarización del saber.¹⁷ Esta es una de las razones por las que en los espacios donde se toman las decisiones o en muchas universidades con programas de salud existe una desinformación impresionante sobre los verdaderos determinantes de la salud y sobre las amenazas que la aceleración global proyecta sobre la vigencia del derecho a la salud. Todo eso sucede a pesar de que en los servicios y foros

15 Chantal Blouin, Nick Drager y Richard Smith, edit., *International Trade Health Services and the GATS*, Washington DC, The World Bank, 2006.

16 Labonte, Ronald, et al., *Towards Health Equitable Globalisation: Final report to the Commission on Social Determinants of Health*, Ottawa, Globalisation Knowledge Network, 2007.

17 Jaime Breilh, "Derrota del conocimiento por la información", en *Ciencia e Saúde Coletiva*, vol. 5, No. 1, Río de Janeiro, SciELO Public Health, 2000, p. 99-114.

de salud se destaca permanentemente la importancia de una “medicina basada en evidencias” o de “políticas basadas en evidencias”.

El *sumak kawsay* y la desmedicalización de la salud

Para recuperar una vía de desarrollo humano real y abrir un campo fértil para la salud profunda, no es suficiente entonces, apelar solamente a un mejor reparto de bienes y servicios básicos; esa tarea hay que hacerla, pero si persiste la misma esencia social, poco se podrá lograr sólo repartiendo mejor los servicios curativos. Para que los hospitales y unidades asistenciales no caminen contracorriente tenemos, casi como prerrequisito, que cambiar el modelo de desarrollo, para posibilitar un cambio de los modos de vivir —crear en definitiva condiciones para el *sumak kawsay*— lo cual requiere, entre otras cosas comprender que el sistema económico actual es un callejón sin salida, del que hace parte la lógica de las grandes empresas con su miopía suicida, pero también el pueblo llano por el limitado desarrollo de su conciencia sobre la salud, que no siempre ayuda a levantar una conducción colectiva adecuada de las políticas y el respectivo control social.

Hay que empezar una gran campaña de reeducación, incluso de reconstrucción de identidad para superar la lógica que se nos ha impuesto, y el consumismo que rige los modos de vivir. En otras palabras, tenemos que preguntarnos: ¿en medio de esa hélice de irracionalidad, desperdicio, destrucción, inseguridad y contaminación, en qué situación queda el “buen vivir”? ¿Qué efectividad puede tener un sistema de salud si debe enfrentarse a esa espiral de acumulación de efectos dañinos y negación sistemática de la vida?

Obviamente que la construcción de una salida y respuestas no es una tarea de economistas solamente, sino que constituye un desafío para un trabajo interdisciplinario e intercultural, en medio del cual la salud colectiva —o salud pública como se la ha conocido convencionalmente— no se reduce a curar y, peor aún, a un asunto dejado a la lógica tradicional de la medicina curativa. Los recursos hospitalarios y asistenciales son importantes y necesarios, pero para complementar y no para sustituir un sistema nacional de prevención en los campos del trabajo, del consumo y del ambiente.

Es urgente por todo lo dicho desmedicalizar el debate, la planificación y los programas de salud; sólo así podremos redefinir y combinar acertadamente los componentes preventivos y curativos; sólo así seremos capaces de superar el molde actual de la salud en el sector público y poner límites a las

empresas que manejan el negocio de los servicios de salud privados, sea en hospitales o en otro tipo de empresas. La maquinaria económica diseñada en la era neoliberal produce masivamente enfermedad; induce lógicas sociales y modos de vivir malsanos; profundiza la inequidad en todas sus expresiones y, con eso, acumula los grandes males de la época: enfermedades por toxicidad; cáncer y trastornos mentales. No se llega, por tanto, a la transformación de la salud repartiendo mejor lo mismo; es necesario romper los moldes del “mal vivir”, recuperar las actividades humanas como el trabajo, el consumo, la creación cultural y la recreación... espacios, condiciones y medios que permitan el “buen vivir”, es decir, los modos de vivir saludables.

Frente al reto enunciado, es urgente que los centros de investigación y el sistema nacional de salud redoblen esfuerzos para dilucidar cuáles son los mecanismos más nocivos de la sociedad actual, incluyendo aquéllos que se han magnificado con la aceleración económica y la monopolización radical. Para hacerlo, deben actualizar su mirada desde un paradigma innovado y nutrido por todos los saberes, y extender a todos los escenarios la comprensión de la profunda unidad e interdependencia que existe entre la naturaleza y la sociedad, entre lo social y lo biológico como matrices de nuestros modos de vida y de salud.

La naturaleza y la sociedad forman entonces una unidad inseparable. Los problemas de la naturaleza deben ser tratados a partir de sus raíces sociales y, del mismo modo, los problemas sociales deben comprenderse como parte de la vida en la madre naturaleza. Protección de la naturaleza y protección de la vida social y humana se presuponen entre sí.

Lamentablemente el pensamiento positivista moderno, incubado en el seno de la Ilustración europea, al romper la unidad entre el mundo natural y el mundo humano social, instauró la separación entre la naturaleza y el ser humano. La madre tierra quedó así convertida en un mundo de objetos a ser dominados para el progreso económico, y el ser humano pasó a pensarse a sí mismo como el dueño y señor de la naturaleza.

El hecho de que se haya impuesto esa cosmovisión antropocéntrica y la noción de la naturaleza como un objeto económico ligado a la extracción y acumulación de riqueza, hace parte de un complejo proceso de dominación histórica y colonización cultural –tema de gran importancia, pero cuya explicación exhaustiva no es posible desarrollar aquí. Cabe apenas señalar para los fines de este trabajo, que esas formas de razonar reproducen la pérdida de sentido de la vida social que nos ha impuesto la sociedad de mercado. Un

concepto de civilización que se ha impuesto a pesar de las voces de alerta y del raciocinio superior de las cosmovisiones de los pueblos originarios y del pensamiento crítico de la modernidad.

Para el caso de la salud y sus problemas, ese mismo tipo de pensamiento positivista que hemos cuestionado reprodujo la falsa ruptura entre lo social y lo biológico, pese a que la investigación contemporánea sobre el cuerpo y sus funciones ha reforzado la evidencia de que el desarrollo de la vida del ser humano no está determinada por procesos puramente biológicos e individuales, y que fenómenos como la salud, son tan sociales como biológicos.

Y cuando afirmamos que la salud y la vida son procesos sociales, o socialmente determinados, no nos estamos refiriendo sólo a fenómenos puntuales como las transformaciones artificiales que ha logrado la ingeniería genética, ni tampoco a la reciente aparición de la llamada “biología sintética” que ha construido íntegramente el genoma de ciertos organismos como la bacteria *mycoplasma genitalium*,¹⁸ sino que aludimos a esa extendida o masiva artificialización y modificación de la naturaleza y de los seres humanos que produce el desarrollo social en sí mismo y que condiciona el modo de vivir y morir de las poblaciones humanas, su genoma, y sus prototipos biológicos.

Es decir, las sociedades al operar su reproducción, mediante sus sistemas productivos, sus industrias, sus modos de operar frente a la naturaleza en actividades como las agrarias y las industrias urbanas, mediante su transformación de los ecosistemas, del curso y calidad de las aguas con diversos fines, y por medio de la estructuración de patrones de vida en los seres humanos, provocan transformaciones profundas en dichos modos de vivir y, a través de éstos, de las características que definen los patrones de exposición a la enfermedad, y los soportes o procesos protectores con que dichos grupos la enfrentan.

Y en ese sentido hay daños para la vida que podríamos denominar “clásicos” como los patrones de trabajo malsanos, sea en las minas, en las fábricas o en las plantaciones, o la expansión de espacios insalubres, contaminados e infectivos en las ciudades y en las comunidades rurales, pero que son ahora apenas una parte del problema. Pero las grandes corporaciones y las

18 Jocelyn Kaiser, “DNA Sequencing: A Plan to Capture Human Diversity in 1000 Genomes Science”, en *Science/AAAS. Scientific research, news and career information*, No. 5.862, vol. 319, p. 395, 25 de enero de 2008, <http://www.sciencemag.org/cgi/content/summary/319/5862/395>.

universidades que acompañan su apetito económico buscan otros mecanismos de aceleración del lucro mediante monopolización de campos y alta tecnología. Como se verá más adelante, la mercantilización del deporte es un gran ejemplo de cómo hasta las actividades naturalmente ligadas al desarrollo de la vida y la salud pueden desnaturalizarse y tornarse malsanas cuando se inscriben en la lógica de la compra-venta y de la aceleración del lucro.

Desafortunadamente, la constatación de que la vida y la salud son procesos socialmente determinados tardó en reconocerse en las esferas médicas, notablemente influidas por el determinismo biológico, y en aquéllas donde los tomadores de decisiones sobre la salud están sujetos a un pensamiento reduccionista de la salud pública.

Por fortuna, a pesar de la notable influencia de dicho determinismo, la visión integral que se le contrapone se ha multiplicado en crecientes sectores de la academia y también en espacios del pensamiento ancestral progresista, que coinciden en destacar la profunda interrelación entre todas las formas de vida con la madre naturaleza, y que coinciden también en colocar el “buen vivir” como base de la salud. Experiencias como el debate intercultural de la nueva Constitución del Ecuador, con la participación de miembros de universidades, entidades gubernamentales, organizaciones sociales e indígenas, han puesto en evidencia el sorprendente paralelismo de las nociones indígenas del buen vivir o *sumak kawsay*, con la noción del modo de vida saludable lanzada en los años 70 por investigadores del movimiento latinoamericano de la epidemiología crítica. Esta coincidencia es una demostración palpante del profundo nexo que une muchas veces el pensamiento académico crítico, con la visión integral de la sabiduría indígena.

Nuestra adopción del concepto modo de vida surgió de la necesidad vital de distinguir los procesos estructurados del modo de vivir, característico de los distintos grupos de una sociedad, respecto de los estilos de vida personales y familiares, que obedecen al libre albedrío de las personas, en cambio, la sabiduría indígena, forjada en el marco de una lógica de vivir comunitario, y de una cosmovisión que coloca la vida y la subsistencia de la comuna en el centro otorga preeminencia a la noción del vivir en comunidad (*kawsay*), y la une a la noción de lo bueno, protector, bello, agradable o placentero (*sumak*). “[...] la importante coincidencia entre el sentido autárquico y protector del *sumak kawsay* indígena, empata adecuadamente con el sentido emancipador y preventivo del *modo de vida* de la epidemiología crítica. Las dos visiones comparten la necesaria preeminencia del bien común, de la

vida colectiva y de la relación armoniosa con la naturaleza, sobre la lógica e intereses privados que los coartan y deterioran”.^{19, 20}

La construcción intercultural de un modo de vivir saludable debe nutrirse de esas dos vertientes de vida y salud: por un lado, de los conocimientos progresistas de las ciencias sociales, políticas y de la salud colectiva; y por otro lado, de los conocimientos ancestrales y populares sobre el manejo armonioso de la naturaleza, de los ritmos de vida, y de las formas de espiritualidad pausadas, sustanciosas y responsables, que no pueden construirse en el seno de una sociedad acelerada, desigual y competitiva. En definitiva, proclamamos la necesidad de un gran movimiento para poner las cosas en orden, y revertir la lógica perjudicial que coloca una economía malsana por encima de la vida, en una espiral interminable de productivismo, competitividad, desperdicio, profunda inequidad y creciente pérdida de posibilidades para la salud humana y los ecosistemas.

De ahí surge la necesidad de comprender el condicionamiento de lo social sobre la salud, y la interdependencia entre lo espiritual, lo social y lo biológico. En América Latina ese reconocimiento se ha construido en décadas con la experiencia académica y de los pueblos. En la vertiente académica surgió con fuerza desde fines de los 70 –contracorriente respecto al mundo científico del Norte–, pues varios núcleos de investigación de países como Brasil, Ecuador y México rompieron lazos con la hegemonía médica del positivismo y comenzaron a explorar científicamente la relación: sociedad, naturaleza y salud.²¹ En la vertiente ancestral, la centenaria experiencia de los pueblos en su defensa de modos de vida ligados a la naturaleza como madre de la vida y no como fuente de codicia les permitió desarrollar no sólo sofis-

19 Jaime Breilh, “*Sumak kawsay ¿en versión light?*”, en diario *El Telégrafo*, Guayaquil, 7 de julio de 2008, p. 11.

20 Jaime Breilh, “¿Riesgo o determinación: de qué estamos hablando? Hacia una perspectiva emancipadora de los Determinantes Sociales de la Salud”, conferencia dictada en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, México, 29 de septiembre-3 de octubre de 2008.

21 Un verdadero movimiento científico académico, en el que dicho sea de paso, investigadores ecuatorianos han desempeñado un papel protagónico, alrededor de la determinación social de la salud, la inequidad, la interrelación biosocial. Con la formación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en 1985, se consolidaron espacios académicos en los que esa problemática fue central, y cuya producción científica ha cobrado creciente visibilidad ahora también en el Norte académico, comenzando a ser citada por reconocidos investigadores, demandada en bibliotecas de las más importantes universidades y reseñada en prestigiosas revistas británicas como *The Lancet* o, más recientemente, *International Journal of Epidemiology*.

ticados conocimientos, que son ahora de enorme utilidad para repensar el desarrollo, sino formas de espiritualidad que junto a otras que se desprenden del mundo mestizo, permiten ahora avizorar con más claridad una visión de lo que sería una salud integral.^{22, 23}

El presente estudio, enfocado en el impacto de la aceleración global sobre la salud entre los años 1990 y 2005, se inspira en ese movimiento intercultural emancipador y en el reto de “[...] la construcción colectiva de un nuevo contrato social de convivencia entre los diversos”²⁴ hacia el buen vivir. Se inscribe en el marco de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana e interpreta la salud de nuestras colectividades y de sus integrantes como resultado de un complejo conjunto de determinaciones que rebasan los fenómenos meramente biológicos e individuales y que no puede entenderse desde el estrecho marco de la medicina hegemónica.

La salud se asume como un fenómeno socio-eco-biológico que requiere para su estudio de herramientas de las ciencias sociales, como de las ciencias naturales, así como de la vertiente emancipadora de la filosofía y conocimiento ancestrales; esto quiere decir que, a pesar de que la aparición de trastornos físicos y mentales o de condiciones saludables se expresa en los cuerpos y mentes de individuos, no por eso la salud es exclusivamente un proceso individual y meramente psicobiológico, y peor aun un problema de enfermedades. Para implementar una mirada integral en el conocimiento de la salud es necesario comprender que sus características y desarrollo no se definen exclusivamente en el orden individual, y que aun los fenómenos físicos y psíquicos que ocurren en el fenotipo de las personas, así como en su genoma, guardan una profunda relación con los fenómenos del orden social y socio natural.²⁵

22 Alberto Taxo, *Sanación, filosofía y cosmogonía de los pueblos indígenas*, conferencia dictada en el Módulo 7 de la Maestría en Salud con Enfoque de Ecosistemas de la Universidad de Bolívar, Guaranda, 27 de abril de 2007.

23 Marcelo Quizhpe, ponencia presentada ante el Simposio sobre Conocimiento, Interculturalidad, Salud y Naturaleza, en el Módulo 7 de la Maestría en Salud con Enfoque de Ecosistemas de la Universidad de Bolívar, Guaranda, 30 de abril de 2007.

24 Galo Ramón, “¿Pluralidad o interculturalidad en la Constitución?”, Quito, documento inédito, marzo de 2008.

25 Para estudiar los aportes de la medicina social latinoamericana en este campo pueden consultarse sistemas de información como el de Howard Waitzkin y la Biblioteca de la Universidad de Nuevo México, que han trabajado esa rica producción y ha destacado como clásicos de esa línea las producciones de Laurell (México); Almeida Filho (Brasil); Samaja (Argentina) y Breilh (Ecuador).

La investigación de la determinación social de lo biológico ha producido evidencias importantes incluso en terrenos académicos como el de la genética, que fueron un bastión del determinismo biológico. Por fortuna, esa lectura lineal de los códigos de transmisión hereditaria de las características del fenotipo humano ha sufrido serios cuestionamientos. Desde trabajos clásicos como el de Gould,²⁶ que demostraron la determinación social de los rasgos raciales y sexuales, pasando por las fundamentales contribuciones de Lewontin, Rose y Kamin,²⁷ que anunciaron dicha determinación en el despliegue y efectivación de las normas de reacción genética, hasta contribuciones más recientes como las de Gluckman²⁸ que demuestran la poderosa influencia de las tempranas condiciones de vida sobre la llamada “plasticidad del desarrollo” y la aparición ulterior de enfermedades crónicas; que producen una modulación de las expresiones de los genes mediada en gran parte por procesos epigenéticos como la metilación del ADN y la modificación de la histona, corroborando así la explicación de los antes citados Lewontin y colegas, de que el epigenoma –cambios reversibles de ADN que hace que unos genes se expresen o no dependiendo de condiciones exteriores– y el genoma, siguen influenciando el fenotipo de las personas y su sensibilidad a ciertos factores ambientales y enfermedades consecuentes.²⁹

Es decir, la relación sociobiológica se da en diferentes dimensiones de la realidad y mediante diversos mecanismos estrechamente conectados con los “determinantes sociales de la salud”. Esta relación se reproduce permanentemente en los procesos o patrones colectivos grupales que corresponden a los modos de vida de las distintas clases y grupos sociales, con sus modos propios de trabajar, sus patrones de consumo, sus experiencias lúdicas, sus moldes culturales y sus relaciones espacio ambientales, reproducen el conjunto de condiciones donde se desenvuelve la vida de las personas, y tienen un peso determinante sobre las posibilidades y situaciones reales de su salud. En otras palabras, la vida individual, los procesos individuales que corresponden a los estilos de vida posibles en las personas, tanto biológicos como

26 Stephen Gould, *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Antoni Bosch, 1984.

27 Richard Lewontin, *et al.*, *Not in Our Genes*, New York, Pantheon Books, 1984.

28 Gluckman, Peter, *et al.*, “Effect of in Utero and Early-Life Conditions on Adult Health and Disease”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, No. 1, Massachusetts, Massachusetts Medical Society, 2008, p. 61-73.

29 Plasticidad del desarrollo (*developmental plasticity*) es la habilidad de un organismo para desarrollarse en diversas direcciones según determinaciones ambientales.

psicológicos, junto con las decisiones que por libre albedrío asumimos las personas y que marcan nuestra salud, se mueven siempre en el marco de las determinaciones más amplias de la vida colectiva, de la vida estructurada en grupo y de acuerdo a las posibilidades que otorga una situación de clase, con sus realidades culturales y políticas.

La *determinación social de la salud*, es por consiguiente un proceso multidimensional y esencialmente colectivo. En su más amplia dimensión corresponde a los procesos generales de la sociedad que condicionan la lógica global bajo la que se mueve la vida social en su conjunto, con sus políticas e instituciones y la contribución de sus grandes patrones culturales. Y en este nivel más amplio de la determinación, es el sistema de acumulación económica el que opera como la gran lógica que determina los modos de vida colectivos en distintas poblaciones, las posibilidades generales que ofrece una sociedad frente a la calidad de vida y la salud de las distintas colectividades y de sus individuos.

Debemos empezar estudiando entonces la *aceleración global* como determinante de la salud en la dimensión general de la sociedad. Es a este nivel que se explican las fuerzas motoras del cambio de ritmo que ha experimentado la acumulación de capital con la vuelta de milenio y que ha provocado un giro profundo de los patrones de vida, no sólo en el sentido de acentuar ciertas formas malsanas de vivir, sino en el de provocar una pérdida creciente del control soberano de la sociedad y de los grupos sobre la vida y su contenido. En efecto, la rápida expansión de modos malsanos de vivir –o de sobrevivir– bajo la extrema lógica productivista y mercantil del capitalismo neoliberal global –llamado salvaje o perverso por algunos–, tensiona los procesos sociales determinantes y deteriora la salud, como lo evidencia la investigación de los perfiles de salud en América Latina desde los años 80.³⁰ En las décadas de la globalización se ha producido un deterioro de los modos de trabajar, un menoscabo o “modernización” malsana de la calidad del consumo (alimentos, agua, vivienda, empleo del ocio, actividad física/deporte, ambiente); al mismo tiempo, se han desmantelado los soportes sociales, políticos e institucionales que los colectivos y las personas requieren para su protección social y el cuidado de su vida, y todo aquello ha coincidido con la imposición de ciertas formas culturales que terminan incrementando la vulnerabilidad social.

30 Centro de Estudios y Asesoría en Salud-CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005.

Procesos y categorías clave para estudiar los determinantes sociales de la salud

La formación de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)³¹ en 2005 ha contribuido a colocar en la palestra mundial e institucionalizar la pregunta científica que el movimiento latinoamericano de la medicina social planteó desde fines de los 70: ¿cómo se da la determinación social de la salud?

Luego de años de predominio de una concepción lineal y reduccionista, sobre todo en la comunidad académica y técnica, se ha vuelto a la necesidad de explicar las contradicciones y paradojas de la salud en un mundo de creciente inversión y tecnología, dando paso a una actitud más sensata y objetiva que reconoce la urgencia de investigar, bajo un modelo integral y creativo, la forma en que la salud es socialmente determinada.

No hay una comprensión única y uniforme sobre la determinación social, y las explicaciones oficiales distan mucho de asumir la profundidad e integralidad de los modelos interpretativos desarrollados en la medicina social de América Latina, pero por lo menos en el panorama internacional y en varios escenarios académicos y técnicos del Norte, la propuesta de la OMS ha contribuido a ampliar las posibilidades de una visión más completa acerca de los graves problemas de salud que agobian a la humanidad. Como es propio de épocas de inconformidad social ante la inequidad, se aviva la inquietud de los trabajadores intelectuales, investigadores y dirigentes, y se multiplican debates acerca de esta temática, a los dos lados del Atlántico.

Claro que los núcleos latinoamericanos nunca estuvieron solos ante el desafío de transformar los paradigmas de la salud. De hecho, en diversas publicaciones y libros de la medicina social se han documentado valiosos trabajos del pensamiento crítico europeo y norteamericano que inspiraron y orientaron la tarea en esta parte del mundo. De ahí que, por ejemplo, trabajos recientes como los de la epidemiología crítica catalana,³² se inscriben en una talentosa y vanguardista tradición intelectual del pensamiento europeo crítico sobre la salud. Desde esta perspectiva se denuncia también las incon-

31 En inglés se denomina World Commission on Social Determinants of Health-WHO, y fue formada en 2005.

32 Joan Benach y Carlos Muntaner, *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, El Viejo Topo, 2005.

sistencias de la ideología biomédica dominante que sigue sosteniendo, contra las evidencias científicas, que son las “causas genéticas” y “elecciones personales” las que explican la salud y las diferencias de ésta entre distintos grupos, en lugar de comprender que la salud colectiva no es la suma de elecciones y realidades personales, sino que son “[...] los múltiples condicionantes y necesidades sociales los que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de cada sector de la sociedad”.³³

La perspectiva latinoamericana: una metodología integral

La necesidad de afrontar la creciente inequidad, la irrefrenable mercantilización de los bienes y servicios relacionados con el bienestar y la salud, la falta de sensibilidad social de la estructura de poder tanto en los niveles nacional como internacional y la necesidad de confrontar el permanente drenaje de recursos vitales que experimentan las sociedades de la periferia del sistema de mercado, han provocado una intensificación del trabajo intelectual y de la organización alrededor de la temática de derechos humanos, desarrollo y salud en América Latina. La lucha por el derecho a la salud activó también escenarios de intenso debate sobre la salud habiéndose propuesto importantes modelos interpretativos para los cuales han sido centrales las categorías de reproducción social e inequidad. Mucha de esta literatura ha sido discutida en congresos regionales convocados por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y empiezan a ser sistematizados por bases de datos internacionales como la del sistema SciELO³⁴ y el Programa de Investigación sobre la Medicina Social de América Latina coordinado por la Universidad de Nuevo México.³⁵

Como hemos explicado, varios centros latinoamericanos de investigación y docencia publicaron desde los años 70 hasta la actualidad materiales esclarecedores sobre esta discusión crucial en la salud contemporánea, ofreciendo contribuciones importantes al debate epistemológico y metodológico

33 *Ibíd.*

34 SciELO, *Scientific Electronic Library Online-Brasil*, <http://www.scielo.br/>.

35 Latin American Social Medicine, <http://hsc.unm.edu/lasm/>

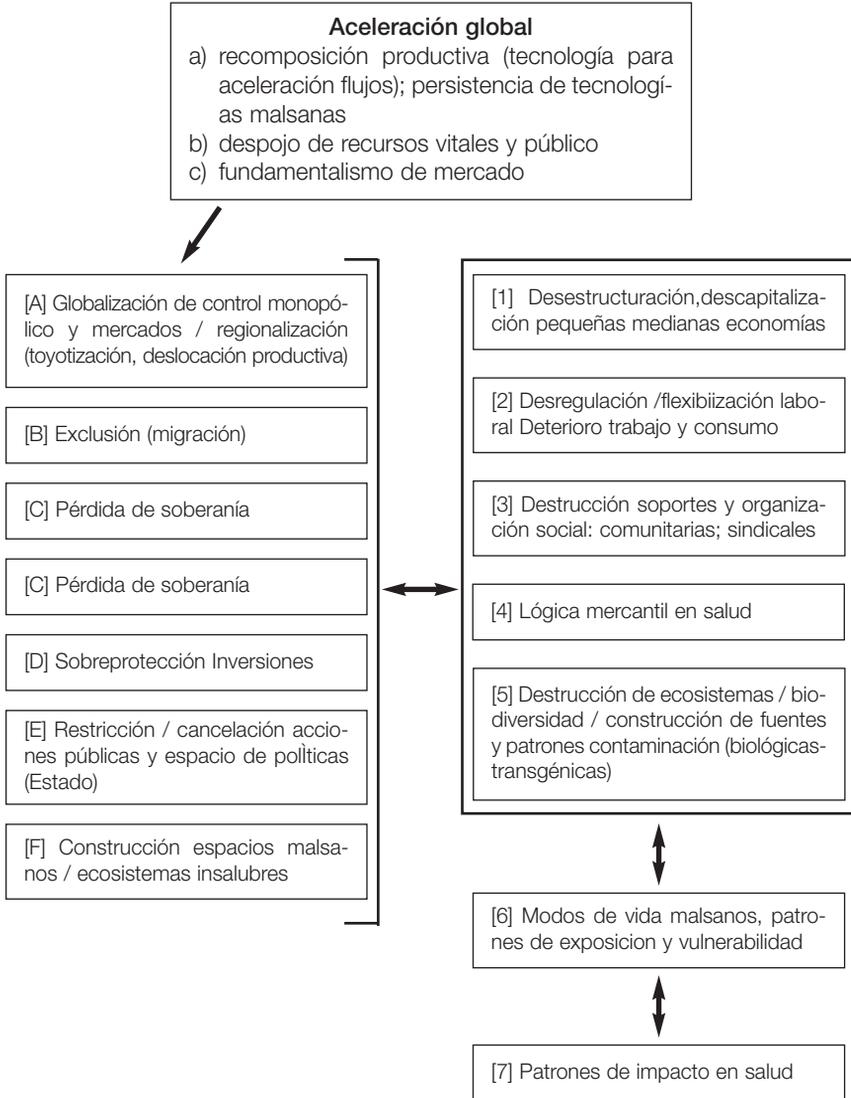
acerca de cómo es determinada la salud, publicándose penetrantes modelos sobre la interpretación del fenómeno.^{36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44}

Así es que un valor agregado del presente estudio es aplicar la noción de determinantes sociales de la salud, desde una perspectiva latinoamericana, al análisis del impacto de la aceleración global.

Un sustento conceptual importante del presente trabajo son las recientes contribuciones a la investigación de la globalización y salud planteadas por Labonte y Schrecker,⁴⁵ y modificadas por F. Diderichsen, T. Evans y M. Whitehead⁴⁶ como parte de la Red de Conocimiento sobre Globalización y Salud, coordinada por Ron Labonte (Universidad de Ottawa) y Jaime Breilh (Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).

- 36 Cristina Laurell, “Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social”, en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, San José, Organización Panamericana de la Salud, 1977, p. 79-97.
- 37 Jaime Breilh, *Epidemiología: economía, medicina y política*, Quito, Universidad Central del Ecuador, 1979, 1a. ed.; Santo Domingo, Universidad Autónoma de Santo Domingo / Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 1981, 2a. ed.; México DF, Fontamara, 1986, 3a. ed.; 1988, 4a. ed.; 1989, 5a. ed.; Sao Paulo, UNESP-HUCITEC, 1991, 6a. ed., trad. al portugués; Santo Domingo, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2009, 7a. ed.
- 38 Cristina Laurell, “Salud y trabajo: los enfoques teóricos”, en Saúl Franco, *et al.*, *Debates en medicina social*, Quito, OPS / Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1991, p. 249-339.
- 39 Naomar Almeida Filho, *Epidemiologia sem numeros: uma introdução crítica a ciência epidemiologica*, Sao Paulo, Campus, 1987.
- 40 Juan Samaja, “Epistemología y epidemiología”, ponencia presentada ante el Congreso Brasileño de Epidemiología, Campinas, marzo de 1992.
- 41 Jaime Breilh, *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*, Quito, CEAS, 1994 (1995, 2a. ed.; 1997, 3a. ed.).
- 42 Juan Samaja, *Epistemología y metodología*, Buenos Aires, EUDEBA, 1996.
- 43 Naomar Almeida Filho, *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar, 2000.
- 44 Jaime Breilh, *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar, 2003 (ed. trad. al portugués, Río de Janeiro, FIOCRUZ, 2006).
- 45 Ronald Labonte y Ted Schrecker, *Globalization and Social Determinants of Health: Analytic and Estrategic Review Paper, On Behalf of the Globalization Knowledge*, Ottawa, Institute of Population Health Network-University of Ottawa, 2005.
- 46 Timothy Evans, Finn Diderichsen y Margaret Whitehead, “The Social Basis of Disparities in Health”, en M. Evans, T. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth, edit., *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action*, Nueva York, Harvard University, 2001, p. 12-23.

Figura 3
Modelo: aceleración global y salud en América Latina



La figura destaca las principales dimensiones del análisis, vías de determinación y categorías analíticas que el presente trabajo articulará, arre-

glándolas de acuerdo al modelo de la epidemiología crítica.⁴⁷ En la porción superior se muestran las *categorías centrales*; hacia la izquierda aparecen los *principales procesos determinantes* [A-F], los cuales interactúan con los *procesos mediadores generales* [1-5] que aparecen hacia la derecha del modelo; también en la figura se muestran los *modos de vida malsanos, patrones de exposición y vulnerabilidad y soportes de clase* que son generados bajo esas condiciones [6]; y finalmente, los *patrones de impacto en la salud* que son generados en ese contexto.

De acuerdo con el modelo establecido,⁴⁸ no sólo se deben enfocar los impactos destructivos de la aceleración global sino los llamados procesos protectores, soportes o patrones proactivos que los contrarrestan, y que se tornan más factibles durante la gestión de gobiernos progresistas u organizaciones sociales.

Es en medio de esa trama de determinaciones que se deben comprender las evidencias e indicadores de la salud colectiva en Ecuador en el período 1990-2005. Por todas esas vías se lesionaron los derechos en salud de amplias poblaciones, se perdieron recursos institucionales y se reprodujeron las tendencias de enfermedad y muerte.

Cabe añadir que el modelo de acumulación descrito incorpora en su trasfondo un modelo de energía, inviable y destructivo, que constituye en sí mismo una amenaza para la salud y la naturaleza. Hasta décadas recientes la avanzada del desarrollo productivo se ubicó principalmente en el espacio urbano industrial, asumiendo como matriz energética el petróleo. Así por ejemplo, el Ecuador al disponer de considerables reservas del crudo, ha sostenido una economía centrada en la venta y utilización de hidrocarburos.

La experiencia de esta fase ha sido nefasta y tiene en el juicio por daños humanos y ambientales entablado por las comunidades de la Amazonía ecuatoriana contra Chevron-Texaco, su más rotunda evidencia. Pero es cierto también que en nuestro país, al igual que en el resto de sociedades de mercado, se torna ahora cada vez más difícil y costoso mantener ese modelo de producción con su matriz energética, dado que esa fuente de energía no renovable está llegando a sus límites en el mundo y ha merecido un creciente cuestionamiento. Las grandes corporaciones transnacionales y las potencias se han lanzado a la búsqueda agresiva de un esquema pospetrolero en el que este recurso cada vez

47 Basado en el modelo de determinación social de la salud propuesto por uno de los autores en dos principales publicaciones: a) Jaime Breilh, *Epidemiología: política...*, op. cit., y b) Jaime Breilh, *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar, 2003 (2004, y ed. trad. al portugués, Río de Janeiro, FIOCRUZ, 2006).

48 Jaime Breilh, *Epidemiología crítica...*, op. cit.

más escaso pueda ser substituido por otras fuentes energéticas, para mantener la misma lógica de una economía extractivista y consumista.

Desde el punto de vista de este ensayo sobre los impactos de la aceleración global sobre la salud, interesa destacar que la fuente alterna que se ha expandido como alternativa es la de los agrocombustibles en grandes territorios de producción de caña, palma, maíz, etc. Esta salida energética, aunque ha sido descrita como una vía “limpia”, también compromete a la vida humana y a la naturaleza, al estar pensada e implementada como negocio y no como una respuesta segura y sustentable para la humanidad. Es decir, en la lógica de la acumulación acelerada, no hay cabida para métodos e itinerarios técnicos que protejan la vida humana y la naturaleza, sino que, luego de las promesas y estudios de impacto ambiental, termina imponiéndose una aplicación de técnicas y mecanismos que sólo buscan asegurar la rentabilidad a cualquier costo. Lo que cuenta es aplicar un substituto eficiente para la matriz energética petrolera. La agroenergía (agrocombustibles) resulta ser la solución más rentable; base de un modelo agrario-energético centrado en el monopolio de la agroindustria y en la ingeniería genética.⁴⁹

Lo dicho se vincula a los fines del presente análisis porque permite comprender las implicaciones para la salud y el ambiente de una agroindustria en expansión incontrolada. Efectivamente, en los congresos y foros de investigación se siguen acumulando evidencias preocupantes sobre el masivo impacto de estos inmensos monocultivos frente a la destrucción de la biodiversidad, a la expansión del uso de agrotóxicos y a la aplicación de procesos de trabajo altamente peligrosos para la salud de las masas de trabajadores agroindustriales. Tal vez el ejemplo más sorprendente del grado de peligrosidad de la nueva tecnología constituye la aparición de la muerte por fatiga de los trabajadores en los cañaverales del Brasil que ha pasado a ser conocida como *karoshi* tropical, por su semejanza con la muerte por fatiga extrema en el trabajo descrita originalmente en el Japón. En el caso de la producción de agrocombustibles en el Brasil, lo que empieza a sugerir la investigación es que dichas muertes de trabajadores se producen debido al sistema de pago al peso por caña cortada en cultivos genéticamente modificados que posibilitan un alto ritmo de corte.⁵⁰

49 Sur Global, *Geopolítica de los agrocombustibles*, Quito, Red por una América Latina Libre de Transgénicos, 2007.

50 Maria Moraes Silva, *et al.*, “Do karoshi no Japão à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado”, en *Revista Nera*, No. 8, año 9, junio, Río de Janeiro, Núcleo de Estudios Investigaciones y Proyectos de Reforma Agraria-Departamento de Geografía de la Facultad de Ciencias y Tecnología-Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, 2006, p. 74-108.

Cuadro 1
Cambio de modelo agrario, la matriz energética y los retos de la nutrición

Perspectiva	Modelo urbano industrial	Sociedad del agronegocio	Respuestas a la crisis alimentaria
Matriz energética	Combustión fósil Era petrolera	Agrocombustibles Era pospetrolera	Respuestas tecnológicas
Tipo de agricultura	Plantaciones agroexportadoras	Monopolio de industrias de la alimentación Biotecnología (ingeniería genética)	Mercantilización de la naturaleza: - Comercio de carbono
Relación urbano rural	Integración de las plantaciones agroexportadoras con la economía hacendaria tradicional Comunidades agrícolas y sus pequeños productores alimentan el mercado interno.	Apropiación de la tierras marginales donde se realiza la producción alimentaria para el mercado interno: - Desestructuración y descapitalización de las economías agrícolas pequeñas y familiares - Extrema concentración de tierra y agua Exclusión de pequeños productores campesinos Redistribución territorial: desplazamiento de cultivos alimentarios y elevación de precios de alimentos Aceleración de la migración interna y urbanización Creciente distancia desde zonas productoras y consumidoras de alimentos.	- Servicios ambientales - Falsa certificación verde.

El desafío urgente de recuperar el derecho a la salud

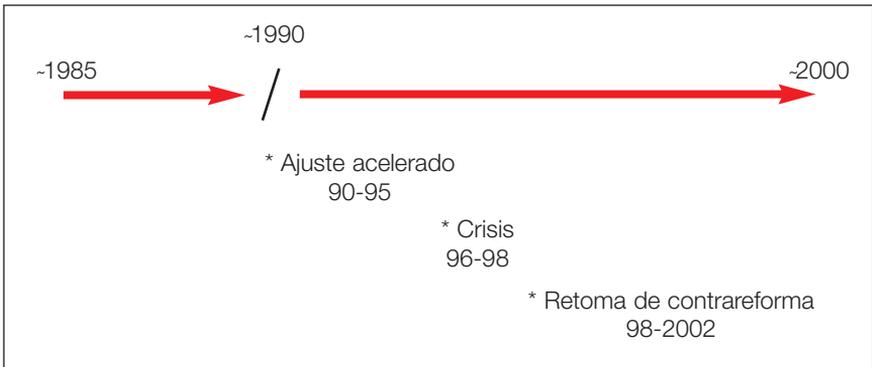
No es posible ni coherente formular un nuevo proyecto nacional para la salud sólo pensando en reparar los retrocesos causados en el acceso a los servicios curativos por los regímenes neoliberales. Es necesario dedicar iguales énfasis y recursos a la comprensión de los determinantes profundos que hemos enunciado y analizar las repercusiones para la vida ocasionadas por el despojo de nuestros recursos; es indispensable innovar, sobre dicha base de conocimiento, las normas y regulaciones para operar sobre aquellos mecanismos estructurales que definen el derecho a la salud y las posibilidades de un modo de vivir saludable.

En las décadas previas al Consenso de Washington, la presencia de un Estado débilmente protector y de modestas políticas de protección social, por lo menos sostuvieron, aunque bajo grandes limitaciones, la noción del derecho a la salud como una clara responsabilidad pública y el respeto a conquistas como las de la seguridad social. En ese tiempo, el modelo médico –privatizador y comercial– que hegemonizó la salud, no tuvo cabida en la gestión pública. Fue así porqué en dicha etapa anterior al neoliberalismo, si bien hubo evidentes deficiencias en los servicios del Estado, al menos se concedió al gran público los beneficios de la seguridad social para una quinta parte de la población asalariada y la cobertura gratuita del Estado para la población marginal.

De ningún modo ese esquema fue suficiente ni justo, pero por lo menos el discurso y la práctica respetaron el derecho teórico a los servicios básicos de la salud y seguridad social. Sin embargo, con el giro a la globalización neoliberal, se montaron desde fines de los años 80 políticas dirigidas a desmantelar esos pocos avances que se habían logrado en el país en el acceso a las prestaciones públicas, restringiendo la inversión social y focalizando los exiguos presupuestos remanentes en programas de salud que estaban pensados, más que como una respuesta al derecho a la salud, como un instrumento de legitimación del modelo privatizador. El discurso empresarial multiplicado por los medios y la política neoliberal encabezada especialmente por los municipios de las ciudades más grandes, repetía la receta del Banco Mundial de que, para situarnos en el mundo de una acelerada globalización y para tener riqueza que repartir, debíamos terminar con el supuesto lastre de ese Estado protector, e introducir los programas de salud en la lógica mercantil.

Esa penetración de la racionalidad empresarial fue viabilizada directa o indirectamente en nuestro país, como lo dijéramos antes, aun por profesionales y técnicos autodefinidos como progresistas que cayeron en la seducción o en las redes de influencia de la política del Banco Mundial y empezaron a difundir en documentos técnicos, cursos y medios la supuesta necesidad de pasar de la ineficiencia de un Estado definido como obeso, a una gestión “eficiente”, bajo la lógica de una gerencia social donde la población derechohabiente dejó de ser tal, para convertirse en “clientela”, y donde los débiles servicios públicos gratuitos pasaron al llamado régimen de autogestión y cobro.

Figura 4
Años críticos del ajuste neoliberal en salud (Ecuador)



Lo que estos técnicos, bien o mal intencionados, nunca comprendieron es que tras sus planes de lograr una eficiencia puertas adentro, lo que estaba sucediendo es un giro en varias formas para la penetración de la lógica neoliberal y la conversión del derecho a la salud en una mercancía. Y como se verá más adelante, el ajuste en el sector asistencial de la salud no era el único retroceso en los derechos. Al mismo tiempo se provocaron otras transformaciones que desmantelaban las políticas sociales en sectores claves, como fue el caso de la desregulación y flexibilización laboral o el desmontaje de los recursos agrarios y cultivos claves para la soberanía y seguridad alimentaria, empujados bajo las recomendaciones del llamado Informe Withaker, que buscaba someternos a la producción agrícola de los Estados Unidos.⁵¹

51 M.D. Whitaker, *Políticas agrarias en el Ecuador: evaluación 1990-1996*, Quito, Ministerio de Agricultura y Ganadería, 1998.

Ese tipo de informes y maniobras fueron la antesala de la ofensiva de los TLC que vendría más tarde. Si a eso sumamos el hecho de que, por ese mismo tiempo el Gobierno del Ecuador nos desafilaba de la OPEP, desmontaba los mecanismos de regulación de nuestro sistema financiero mediante la Ley General de Bancos y afectaba los derechos sociales y ambientales, mediante las llamadas Leyes Trole –que entre otras cosas favorecían la expansión de una minería inconsulta e irresponsable–, podemos comprender porque en los años 90 arrancaron los movimientos más peligrosos para el derecho a la salud pública del país (ver figura 4).

En el campo específico de los servicios de salud, el discurso de la gerencia y el eficientismo, la conversión de los derechos adquiridos en mercancía, y la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de los bienes y servicios de los que depende la salud, configuraron una bien orquestada ofensiva neoliberal, cuyo efecto neto fue la desprotección de la vida humana y de los ecosistemas. Por esa vía se provocó a lo largo de nuestro país, como en otros de Latinoamérica, un deterioro aún mayor de la salud de los trabajadores del campo y la ciudad, así como de los estratos más vulnerables de la clase media, de los pequeños productores y autónomos.

Como se verá en la Parte II, en definitiva fueron ciertas políticas y regulaciones internacionales –como los acuerdos o tratados internacionales incluido el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios, GATS por su sigla en inglés–, y leyes neoliberales concebidas para consolidar el despojo de recursos, la pérdida de derechos y la expansión de propiedades y privilegios para las empresas, las que avivaron la generación de abismales desigualdades y discriminaciones, instaurando obstáculos estructurales para la salud. Esa herencia opera como un pesado lastre para la gestión pública actual y no podrá superarse con meras políticas redistributivas, sino con una transformación de los determinantes sociales implicados.

En esa medida, este estudio pretende ser una herramienta para sistematizar los procesos más críticos generados por la contrarreforma de los años 1990-2005, en referencia a los cuales hay que comprender la realidad sanitaria actual y replantearse el sistema de salud. Un esfuerzo que, como podrá colegirse, no simplemente llena un vacío de conocimiento técnico, sino que penetra en un campo de análisis indispensable ahora que los movimientos sociales reclama cambios de fondo.

Para constituir un nuevo modelo de salud debemos fundar ideas y prácticas renovadas, y eso no es sólo un decir. Una sociedad saludable no puede

construirse si persiste la lógica del liberalismo económico. En primer lugar, hay que superar esa lógica, derrotar y dismantlar las políticas y regulaciones emitidas. Complementariamente, tenemos que ir hacia un dismantamiento del modelo médico hegemónico, pues no sólo desnaturaliza la práctica debido a su carácter mercantil o lucrativo, sino que es técnicamente obsoleto, pues desperdicia los adelantos tecnológicos y los conocimientos de una amplia gama de disciplinas científicas, pues los enfoca como herramientas comerciales y privadas, en lugar de su potencial colectivo como instrumentos del bien común.

De forma paralela tenemos que derrotar el funcionalismo de la vieja salud pública que la ha denigrado y desfigurado hasta convertirla en un permisivo instrumento de la lógica del poder; y debemos ventilar el sistema de salud, abriéndolo a los aportes de los otros saberes y a las eficaces y eficientes herramientas del control y monitoreo social.

La mayoría de compatriotas anhela esa transformación y una diversidad de organizaciones sociales y académicas han alimentado con propuestas muy creativas e informadas el reciente debate constitucional y la elaboración de la nueva Constitución ahora vigente. Esas formulaciones llenas de originalidad y conocimiento de causa condensan las aspiraciones y vías para el cambio hacia un modo de vivir saludable y para la corrección de las mayores distorsiones e inequidades de nuestra realidad en salud.

En los próximos años, toda esa energía social volcada hacia el proceso constituyente y la aprobación de la Constitución que ahora nos rige, no es más que el punto de partida o plataforma base, que podrá sustentar una etapa de conquistas sociales, a condición de que el pueblo organizado persista en su movilización por el proyecto de ese otro país posible. De aquí en adelante, debemos persistir en el desafío que todos nos impusimos para movilizar las fuerzas sociales y recursos técnicos indispensables para consolidar la conquista básica de una sociedad regida por la conducción público social y por leyes que consoliden, viabilicen y enriquezcan el potencial de esa energía colectiva.

PARTE II

EL DESPOJO Y LA ACELERACIÓN GLOBAL EN ECUADOR

En la parte primera hemos explicado que el problema de la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad ni a los padecimientos de personas aisladas de su contexto social. En correspondencia, establecimos como premisa básica del estudio, la de que no es suficiente mostrar estadísticas sobre enfermedad y mortalidad, ni sólo describir el deterioro de las tasas de cobertura de servicios curativos, sino que hay que explicar la correlación de estos indicadores con los determinantes sociales generados por el impacto del modelo económico neoliberal y de sus políticas.

Dada la importancia de dicho giro conceptual dedicamos la primera parte a la explicación de un nuevo paradigma de la salud. Una visión que rompe la linealidad del pensamiento predominante, permitiéndonos comprender la multidimensionalidad de la problemática, y su dependencia respecto a los modos de vivir colectivos; que se deterioraron más rápidamente entre 1990 y 2005, tanto en las ciudades como en el campo (*i.e.* patrones y relaciones laborales, de consumo, condiciones culturales y soportes político-organizativos).

Correspondientemente, argumentamos en la primera parte que una visión integral del derecho a la salud depende de la vigencia de otros derechos fundamentales que sustentan el vivir saludable, como son: los derechos al trabajo y consumo dignos y saludables; la soberanía alimentaria; el derecho al agua; el derecho a una identidad cultural de autoafirmación; el derecho a ambientes saludables; y el derecho a organizarse y participar para conducir y controlar la vigencia de todos los bienes y derechos de la salud.

Una vez aclaradas las bases conceptuales de la presente investigación, podemos exponer en esta segunda parte los diferentes mecanismos de deterioro social a los que aludimos anteriormente, con las evidencias más llamativas acerca de: las políticas de ajuste que incidieron sobre los procesos de concentración/exclusión de riqueza; el menoscabo de las condiciones de trabajo y la disponibilidad de empleo; la desestructuración de las pequeñas economías urbanas y rurales; la pérdida de soportes organizativos y gremiales; las diversas formas de privatización y mercantilización de los servicios públicos; y, en definitiva, la instauración y expansión de los fundamentos sociales para la multiplicación de modos de vivir malsanos.

Nos interesa en definitiva poner de relieve las reformas impulsadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial desde la década de los 80 en el Ecuador, especialmente aquéllas que catapultaron un plan de apertura económica y aceleración, que incluyó cambios estructurales muy negativos para la salud colectiva; sobreprotección de las inversiones y retroceso en los derechos sociales; fomento de mecanismos del mercado como vías para el acceso a los bienes de la salud, y cancelación gradual de las responsabilidades sociales del Estado; todo lo cual fue minando paulatinamente la salud pública en el país.

Aceleración global y profundización de la inequidad y exclusión en Ecuador desde 1985

El ajuste y sus principales etapas

A partir de la década de los 90, frente al nuevo paradigma socioeconómico, el país adoptó los lineamientos del Consenso de Washington e implementó reformas importantes como: la reforma tributaria y apertura comercial; en 1992, reducción arancelaria, y en 1994-95, la reforma sobre liberalización financiera. De allí que durante la primera etapa entre 1996 y 2002,⁵² el país se concentró en poner en marcha el andamiaje neoliberal.

Así lo detalla un Informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el que se distinguen dos etapas entre 1990 y 2002: la etapa de reformas y la etapa de crisis. El documento analiza los momentos más favora-

52 Banco Interamericano de Desarrollo, "Evaluación del programa país 1990-2002", Washington DC, Oficina de Evaluación y Supervisión-Banco Interamericano de Desarrollo, 9 de julio de 2004.

bles, así como los períodos de descarrilamiento fiscal para la aplicación del modelo en el país:

La primera etapa, entre 1990 y 1995, estuvo marcada por un accidentado, y en algunas circunstancias acelerado, proceso de reforma y ajuste estructural. Éste se inició bajo la presidencia de Rodrigo Borja con los auspicios del Fondo Monetario Internacional y continuó durante casi toda la presidencia de Sixto Durán Ballén, quien le imprimió velocidad y convicción, promoviendo la aprobación de varias leyes de reforma, pero chocando con el fracaso de plebiscitos dirigidos a profundizar su implementación.

La segunda etapa, entre 1996 y 2002, estuvo marcada por crisis políticas y económicas, que llevaron a discontinuar la reforma como proceso. El conflicto con Perú en 1995, derivó en un descarrilamiento de la disciplina fiscal y el retroceso de una serie de reformas, bajo el argumento de resguardar la seguridad nacional [...] Con la elección de Jamil Mahuad en 1998 se retomó brevemente el proceso de reforma. La etapa culminó con la presidencia de Gustavo Noboa, quien formalizó la dolarización y buscó normalizar las relaciones con los acreedores internacionales, logrando la refinanciación de la deuda externa en 2001 e impulsar la construcción del Oleoducto de Crudos Pesados (OCP); dando paso en 2003 a la elección de Lucio Gutiérrez como presidente constitucional.⁵³

En efecto, para inducir y condicionar sus políticas, y forzar un endeudamiento intencionado, el Banco Mundial preparó para nuestro país desde comienzos de los 90 una llamada Estrategia de Asistencia al País (“*Country Assistance Strategy*”-CAS) que fue remozándose en distintas etapas, hasta arribar a la versión denominada “CAS 2003-2006 para Ecuador”,⁵⁴ que consolidó las reglas para las políticas de ajuste estructural y para los créditos otorgados (beneficiando al sector privado, vía subsidios e incentivos económicos, reducción de sueldos y salarios, supresión de subsidios a los servicios y necesidades básicas).

Empujado por los recursos crediticios y técnicos de las operaciones bancomundialistas, el proceso de modernización neoliberal del Estado en el Ecuador despegó en la década de los noventa (ver figura 5). Fue el gobierno

53 Según el Informe del Banco Interamericano de Desarrollo (2004), entre 1990 y 2002, el BID aprobó préstamos a Ecuador por US \$ 1.856 millones repartidos en 41 programas a lo largo de los tres ciclos de programación (1990-1993, 1994-1996 y 2000-2002), además de un período de transición entre 1997 y 1999.

54 World Bank, “Ecuador Country Assistance Strategy”, en <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/ECUADOREXTN/0,menuPK:325129~pagePK:141132~piPK:141105~theSitePK:325116,00.html>.

Figura 5

Ecuador: hitos de regresión jurídica e institucional (1990-200)

- 1990 (*Rodrigo Borja*): Ley de Reforma Arancelaria y de Régimen de Maquila y Contratación a Tiempo Parcial.
- 1992 (*Sixto Durán*): desafiación de OPEP.
- 1993 (*Sixto Durán*): Ley de Modernización del Estado que abrió paso a las privatizaciones y la prestación de servicios públicos a cargo del Consejo Nacional de Modernización y la prestación de servicios públicos en el sector privado. La “desmonopolización”, libre competencia y la delegación de servicios del sector público, así como la enajenación de la participación del Estado en las empresas estatales que no forman parte de las áreas de explotación económica reservadas al Estado o de las mixtas son algunas de las consecuencias de la ejecución de esta ley.
- 1994 (*Sixto Durán*): Ley General de Instituciones del Sistema Financiero que desmonta los mecanismos de regulación.
- 1994 (*Sixto Durán*): Ley Desarrollo Agropecuario con la privatización de tierras comunales, así como la venta de tierras estatales y la libre importación insumos.
- 2000 (*Jamil Mahuad*): Ley para la Transformación Económica del Ecuador (Trole I) y la Ley para la Promoción de la Inversión y Participación Ciudadana (Trole II). Este paquete de leyes instituye la dolarización, promueve la privatización de las empresas estatales, favorece la inversión extranjera, flexibiliza el mercado laboral y facilita la expansión de una minería inconsulta e irresponsable.

de Sixto Durán Ballén (1992-1996) el que encabezó la instauración de políticas de privilegio extremo para la expansión del sector privado, y con ello, un programa de concesiones y privatizaciones en sectores antes reservados para el sector público, que fueron respaldadas mediante ese nuevo marco jurídico. Fue el arranque con fuerza del proyecto, aunque ya a inicios de la década, en 1990, durante el régimen de Rodrigo Borja, se habían expedido normas como la Ley de Reforma Arancelaria y la de Régimen de Maquila y Contratación a Tiempo Parcial, que comenzaron a trazar el camino de apertura hacia la inversión externa y una flexibilización laboral conveniente para el capital.

A este nuevo marco jurídico se sumaron en años subsiguientes otras leyes proclives a la gestión neoliberal que despegaba en el país: Ley de Instituciones Financieras; Reforma Tributaria; Ley de Mercados de Valores; Ley

de Propiedad Industrial y Transferencia Tecnológica; normas Reglamentarias sobre Inversión Extranjera, todas éstas fueron completando el andamiaje jurídico aperturista. A fin de cuentas, el Ecuador a principios de los noventa empezó a transformar su estructura jurídica y se embarcó en una carrera apresurada para adaptarse a los requerimientos internacionales sobre áreas claves como inversión, comercio y servicios y propiedad intelectual, esto último clave en la última década.

Para los fines de este trabajo, es importante decir que, al comparar los documentos que orientan las reformas más generales que propugnó el Banco Mundial para el Ecuador –bajo acuerdo formal con los gobiernos neoliberales–, y aquéllos que explican la reforma sectorial en salud, se observa una clara coincidencia de principios y metas estratégicas.

En 1993, durante el gobierno de Durán Ballén, se expidió un instrumento jurídico clave para el ajuste. Era la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos que introdujo un conjunto de normas para la iniciativa privada. Entre otros aspectos, el marco de reformas establecía: la racionalización y eficiencia administrativa; la descentralización, desconcentración y simplificación; la prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada; la llamada desmonopolización (léase cancelación del manejo público en áreas de interés económico); la libre competencia y la delegación de los servicios o actividades del sector público, y la enajenación de la participación del Estado en las empresas estatales que no forman parte de las áreas de explotación económica reservadas al Estado o de las mixtas.

En este marco se creó el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) que concentraba las decisiones respecto a la redefinición del papel del Estado, es decir, se convirtió en un ejecutor del proceso de modernización neoliberal y en organismo técnico facultado para realizar evaluaciones, así como establecer las bases de carácter financiero, económico y técnico a nivel nacional. Así, los procesos de desmonopolización, privatización y delegación de las actividades económicas y servicios públicos que llevó a cabo el Estado en ese entonces, fueron determinados por el CONAM, a través de las decisiones del Ejecutivo.

En lo que tiene que ver con la privatización de la economía, se delegó a la iniciativa privada la concesión y el ejercicio de componentes vitales como: la producción y distribución del agua potable; la generación, distribución y comercialización de la energía eléctrica; la producción, transporte, almacenamiento y comercialización de hidrocarburos y demás minerales.

Cierto es que se instituyeron ciertas salvedades, pero del tipo fácilmente manejable para beneficio privado: dicha delegación o concesión se podrá dar en actividades que tuvieran un impacto negativo sobre el presupuesto del sector público, o cuando implicaran un retraso tecnológico que impidiera el desarrollo nacional; así mismo, cuando los gastos de inversión o la prestación de los servicios públicos estuvieran debajo del 30%; y, finalmente, cuando hubiese la incapacidad financiera para acometer de manera autónoma un proceso de inversión necesario para cumplir los objetivos, según la Ley de Modernización del Estado.

Un estudio sobre el impacto de dicho cuerpo legal⁵⁵ explica que, aún cuando la Ley de Modernización del Estado no contempló una “indiscriminada privatización de las entidades económicas estatales, es posible que la táctica del gobierno haya sido mostrar ineficientes a las empresas públicas cuya privatización interesaba –como eran INECCEL o EMETEL–”. Dos casos que muestran el creciente desprestigio que se había difundido acerca de las empresas estatales, para convertir los bienes nacionales en bienes privatizables.

De otro lado, a finales de la década del noventa, luego de la crisis financiera, la eliminación de la moneda nacional y la instauración del dólar, en agosto de 2000 se aprobó la Ley para la Transformación Económica del Ecuador (Trole I) y la Ley para la Promoción de la Inversión y Participación Ciudadana (Trole II) que instituyeron la dolarización y promovieron la privatización de empresas estatales, favoreciendo la inversión extranjera y la flexibilización del mercado laboral. Así mismo, disposiciones legales como la Ley de Promoción y Garantía de las Inversiones y la Ley de Comercio Exterior e Inversiones concedieron las mismas prioridades que tenían las personas naturales a los inversionistas extranjeros, con la exoneración de autorizaciones gubernamentales previas al establecimiento de una inversión. El marco legal de estas reformas facilitó la privatización de los servicios públicos básicos como agua potable y saneamiento, la utilización de recursos naturales y bienes de propiedad imprescriptible e inalienable del Estado, aun contrariando disposiciones constitucionales que otorgaban preeminencia a los intereses nacionales. Como consecuencia, la reducción del papel del Estado y el recorte del gasto público para preservar el equilibrio fiscal impactaron en la inversión social.

55 Ximena Endara, *Modernización del Estado y reforma jurídica. Ecuador 1992-1996*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional, 1999.

En esta misma línea de análisis, cabe mencionar la investigación sobre el período 1988-2002 realizada por el economista Rafael Correa,⁵⁶ que demuestra el grave deterioro del capital social de América Latina debido a las reformas estructurales y la globalización de la economía impuestas en los países en vías de desarrollo. El estudio advierte sobre la alta vulnerabilidad de la economía ecuatoriana expuesta a los choques externos, cuyos efectos negativos se evidencian en la falta de crecimiento, en la escasa generación de empleo y en la insatisfactoria disminución de la pobreza.

Como en el caso de otros países de América Latina, las estrategias más generales que hemos comentado afectaron los determinantes más amplios del bienestar social, pero a la vez constituyeron el marco general de los retrocesos y ajustes más directamente ligados a los programas del sector salud que, en el caso ecuatoriano, se promovieron y financiaron en gran medida desde los proyectos FASBASE y MODERSA.⁵⁷ Dichos proyectos se basaron en un endeudamiento externo impuesto, cuya legitimidad está ahora sometida a estudio por una comisión oficial (ver más adelante “Privatización y deterioro de lo público”).

Los reformas jurídicas se consumaron en el Congreso y no sólo crearon las condiciones para un modelo económico y político regresivo e impulsaron las medidas materiales e institucionales de la reforma neoliberal, sino que fomentaron un clima político conservador en espacios como los de la salud pública, incidiendo negativamente sobre el pensamiento técnico del país.

Podemos colegir que si bien los proyectos FASBASE y MODERSA fueron el eje articulador de las políticas neoliberales en el sector específico de salud, éstos sólo fueron un componente del proyecto neoliberal, que afectó la reproducción social y la salud también por otros mecanismos.

Crecimiento económico no es igual a desarrollo humano

En el contexto de las rápidas transformaciones de la economía mundial de las dos últimas décadas, América Latina ha registrado un ritmo de creci-

56 Rafael Correa, *Vulnerabilidad de la economía ecuatoriana*, Quito, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.

57 Créditos BIRF 3510-EC y BIRF 3510-1-EC, correspondientes al sector salud y conocidos como FASBASE I y FASBASE II, y Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud, MODERSA.

miento económico per cápita moderado y volátil, con períodos de bienestar, estancamiento y colapso del crecimiento.

Para el caso ecuatoriano, las cifras del Banco Central muestran un crecimiento del PIB per cápita poco dinámico entre 1990 y 1998 (alrededor del 1% promedio anual); luego la curva muestra una caída hacia el año 1999, y finalmente, entre 2000 y 2006, una tendencia de crecimiento (4,7% anual), que celebran los economistas neoconservadores, a pesar de que ese crecimiento económico no se reflejó ni en la corrección de indicadores como el ingreso, el desempleo —que permaneció fluctuando en todo el período alrededor del 10%— ni en una corrección de la desigualdad social: la concentración del ingreso (Gini) se empeoró en todas las regiones del país en ese lapso (ver cuadro 2).⁵⁸

Entonces el crecimiento económico del Ecuador en el período 1990-2005 y sus indicadores, que tanto seducen a los analistas del ajuste, no pueden ser tomados como avances y bienestar generalizables, sino que más bien corroboran la débil relación que en las sociedades de mercado —especialmente bajo un esquema neoliberal— se da entre el crecimiento económico y la distribución social de sus beneficios.

Y es que la suposición de que el crecimiento de la producción es la base fundamental del desarrollo, menosprecia un hecho fundamental que es el carácter estructural de dicha producción, sobre todo, las condiciones de acceso a los medios económicos, que determinan siempre una distribución injusta de los beneficios de la producción: elevadas tasas de acumulación y ganancia de las grandes empresas, descapitalización y empobrecimiento de las pequeñas y medias economías familiares.

Es decir, desde una perspectiva más rigurosa, se disipa el argumento sustentado por los técnicos del ajuste, de que el crecimiento macroeconómico supuestamente traduce la existencia de una sociedad lozana, definida a través de: el crecimiento de las exportaciones; una balanza comercial positiva; una inflación controlada; una inversión doméstica elevada, y un ahorro nacional bruto creciente.⁵⁹ En consonancia, los voceros de salud de los gobiernos de entonces, propalaron constantemente datos promediales de una

58 Secretaría Técnica de Desarrollo Social, *Informe Desarrollo Social. Mercado laboral ecuatoriano: 1990-2005*, Quito, Secretaría Técnica de Desarrollo Social, 2006, p. 17-18.

59 Francisco Garcés, “Economía internacional al instante, No. 404: Ecuador: peligroso resultado electoral de Asamblea Constituyente”, documento circulado por correo electrónico, 29 de octubre de 2008.

Cuadro 2
Concentración del ingreso por regiones en años de alto
crecimiento económico neoliberal (Ecuador 2000-2006)

Región	Coeficiente de Concentración de Gini (Máxima concentración= 1,0)	
	1990-1995	2001-2006
Quito	0,322	0,362
Guayaquil	0,288	0,361
Costa urbana	0,265	0,325
Costa rural	0,276	0,283
Sierra urbana	0,308	0,357
Sierra rural	0,355	0,426
Amazonía urbana	0,285	0,320
Amazonía rural	0,305	0,421
Total nacional	0,336	0,414

Elaboración: Carlos Larrea, coord., Mapas de pobreza, consumo por habitante y desigualdad social en el Ecuador: 1995-2006. Metodología y resultados, base de datos sin publicar, RIMISP / UASB, 2008.

Fuente: INEC, Censos 1990 y 2001; INEC, ECV, 1995 y 2006.

supuesta mejoría en salud, que tampoco resisten a un análisis más pulido, como lo demostraremos más adelante.

La pregunta que corresponde es: ¿cuál es entonces la realidad social y epidemiológica realmente existente tras las cifras del ajuste? y ¿en qué medida el crecimiento empresarial y de rubros de la macroeconomía expresa un paralelo desarrollo social y de la salud colectiva?

A lo largo de estas páginas procuraremos mostrar evidencias que niegan las apreciaciones de los técnicos neoliberales, así como las raíces socioeconómicas del desfase entre crecimiento económico y salud.

El sombrío panorama social de la “bonanza”

Para los fines del presente estudio interesa analizar el comportamiento de algunos indicadores para contrastar nuestra hipótesis sobre la correlación entre la aceleración productiva y el despojo, respecto al crecimiento de la inequidad y la multiplicación de modos de vivir malsanos.

El análisis de la información disponible, aun bajo las limitaciones de un sistema de información construido con parámetros convencionales que muchas veces oscurecen la realidad, denota, más bien, el alto costo social de las políticas de ajuste. De modo general se constata que el modelo de ajuste provocó serios impactos, con un incremento de la pobreza y el subempleo, y una creciente concentración del ingreso.

Ahora bien, la construcción de evidencias acerca del impacto social del ajuste neoliberal puede hacerse por diferentes vías que son complementarias. Por un lado, la constatación del deterioro observable en la esfera del consumo individual; el empobrecimiento de la capacidad adquisitiva de las clases medias, asalariadas y subempleadas, y su pérdida de acceso a servicios asistenciales. Y por otro lado, una vía que se centra en las condiciones estructurales –que determinan el deterioro de los modos de vida específicos de las clases mayoritarias (asalariados, empleados y subasalariados de ciudad y campo) u otros conglomerados con distinta posición en la estructura de poder–, así como las pérdidas propias en sus derechos de salud.

La primera vía de investigación enfocada hacia el ámbito del consumo de las personas y los indicadores de ingreso (*i.e.* “índices de pobreza”, tasas de empleo, tasas de analfabetismo, etc.) presupone la estratificación de los datos para diferenciar el distinto impacto en las diferentes clases sociales, grupos étnicos y de género; la segunda vía de análisis más bien se enfoca en los fenómenos estructurales y colectivos, como los de concentración de propiedad y exclusión, el modo de producción ligado al despojo de los medios estratégicos de la sociedad, y el consiguiente menoscabo de los bienes que sustentan los modos de vida de las colectividades no poseedoras de los medios de producción. En los siguientes párrafos pasaremos revista a evidencias sobre el impacto en el consumo y la inequidad del ingreso.

El análisis del consumo y la desigualdad social en el Ecuador entre 1995 y 2006⁶⁰ permite demostrar el panorama regresivo que se desencadenó gracias al modelo socioeconómico del neoliberalismo.

60 Carlos Larrea, coord., “Mapas de pobreza, consumo por habitante y desigualdad social en el Ecuador: 1995-2006. Metodología y resultados”, base de datos sin publicar, UASB / RIMISP,

El telón de fondo constituye el modesto crecimiento del producto por habitante durante los últimos 25 años de la economía ecuatoriana. Desde 1950 hasta el presente, más allá del marcado ascenso por la irrupción de la variable petrolera (1975-1985), se observa una meseta en el producto por habitante. Pero, lo que importa para nuestro análisis es destacar que ese fenómeno promedial de alguna manera enmascara procesos de enorme importancia para el bienestar social y la salud: las enormes tasas de ganancia de las empresas y consorcios beneficiarios del modelo, con el consiguiente crecimiento de la inequidad en la distribución del ingreso. La aceleración en este caso, a nivel local, no se expresa tanto en las curvas generales de producción sino en la velocidad de los retornos del capital a expensas del derecho social, en la adopción de procesos productivos y tecnologías rentables, aunque no amigables con los ecosistemas y la salud humana, todo lo cual posibilita la concentración de la riqueza y correspondiente exclusión. Sin olvidar que en el Ecuador como en los demás países sujetos al modelo neoliberal y su tendencia de exclusión estructural, el empobrecimiento conlleva marginalización y determina consecuencias como las migraciones y desplazamientos. Un estudio encaminado a la evaluación de la cooperación regional reconoce la profunda crisis social experimentada por el Ecuador en el período 2000-2006, con sus retrocesos y profundización de las desigualdades.⁶¹

A pesar de la dificultad metodológica por la falta de información confiable sobre el consumo individual en el país, y la casi total ausencia de información oficial sobre la estructura de propiedad y la inequidad en la distribución, pueden establecerse algunas comprobaciones que son de gran utilidad para analizar los procesos sociales determinantes de la salud bajo el ajuste neoliberal.

Para comenzar podemos asumir la variable “pobreza” como indicador del grado de acceso al consumo más básico, eso al margen de lo limitante que es la construcción convencional de la misma. En la acepción convencional, se denomina *pobreza* a la incapacidad del consumo de hogar para satisfacer necesidades básicas como la salud, la educación, la nutrición y la vivienda. Mientras que se designa como *extrema pobreza* o *indigencia* al caso de los hogares en que el consumo total es menor que el costo de la canasta básica de alimentos. En otras palabras, si bien la categoría pobreza, no expresa di-

2008, con datos de los censos de población de 1990 y 2001, INEC, y Encuesta Condiciones de Vida, 1995 y 2006, INEC.

61 Mariana Bonilla, *Ecuador: reseña de los principales programas sociales y lecciones aprendidas, 2000-2006*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, 2008.

rectamente la esencia del problema de la pérdida de recursos o la falta de acceso a ellos, constituye sí una resultante de la ubicación estructural de los diferentes grupos en el sistema económico que puede ser trabajada como una evidencia indirecta de la desposesión y falta de disfrute de una vida justa. Desde el punto de vista de la salud entonces, permite poner de manifiesto el grado de deterioro de las condiciones básicas de vida. Podemos en este sentido establecer algunas constataciones preocupantes, pues los datos recogidos por la investigación corroboran el deterioro de ese consumo básico y de la inequidad en el país.⁶²

En el cuadro 3 se observa el claro incremento de los índices de pobreza e indigencia promediales de América Latina en la época que estamos analizando.⁶³

El crecimiento de la pobreza en esos años es de por sí un indicador de la incapacidad del modelo neoliberal para cumplir sus promesas de “gotear” hacia abajo los beneficios de los negocios. Y como se indicó antes, cuando desagregamos y estratificamos los datos del impacto del ajuste según clases sociales, grupos étnicos y de género se manifiesta mejor la profunda inequidad del sistema social que cuestionamos.

El análisis demuestra que durante los años neoliberales las regiones urbanas y rurales del país que concentraron una mayor inversión empresarial, grande o mediana, ostentaron una discreta mejoría del consumo más básico, y el resto se estancaron o empobrecieron ostensiblemente, tornándose más inequitativas; especialmente aquéllas de mayor concentración de riqueza, lejanía geográfica y acumulación de campesinado pobre indígena.⁶⁴

Los índices de concentración del consumo en los seis primeros años 2000 de las ocho regiones típicas seleccionadas, fueron mayores que las cifras de los años 90. Esto de por sí es preocupante, aunque el contraste sería aún mayor si tomáramos como años de referencia los anteriores a 1985 (ya que los años 90-95 ya eran parte del período de ajuste). En tres de las regiones consideradas por dicho estudio, los índices de pobreza promediales aumentaron: Costa urbana; Sierra rural; Amazonía rural. Como sus autores expresan: “sorprendentemente, a pesar del crecimiento económico, que alcanza el 7% para todo el período, la pobreza declinó solamente en 2 puntos por-

62 Carlos Larrea, coord., *op. cit.*, p. 8.

63 Carlos Larrea y col., “Informe sobre el desarrollo social y gestión municipal en el Ecuador” con datos de INFOPLAN, Censo de Población de 1990 e INEC, multicopia, 2007.

64 Carlos Larrea, coord., *op. cit.*

Cuadro 3
Población pobre e indigente en América Latina

Año	Pobreza (incluye indigencia)					
	Total		Urbana		Rural	
	Millones	%	Millones	%	Millones	%
1980	135,9	40,5	62,9	29,8	73,0	59,9
1990	200,2	48,3	121,7	41,4	78,5	65,4
1994	201,5	45,7	125,9	38,7	75,6	65,1
1997	203,8	43,5	125,7	36,5	78,2	63,0
1999	211,4	43,8	134,2	37,1	77,2	63,7
2000	207,1	42,5	131,8	35,9	75,3	62,5
2001	213,9	43,2	138,7	37,0	75,2	62,3
2002	221,4	44,0	146,7	38,4	74,8	61,8

Año	Pobreza (incluye indigencia)					
	Total		Urbana		Rural	
	Millones	%	Millones	%	Millones	%
1980	62,4	18,6	22,5	10,6	39,9	32,7
1990	93,4	22,5	45,0	15,3	48,4	40,4
1994	91,6	20,8	44,3	13,6	47,4	40,8
1997	88,8	19,0	42,2	12,3	46,6	37,6
1999	89,4	18,5	43,0	11,9	46,4	38,3
2000	88,7	18,1	42,8	11,7	45,6	37,8
2001	91,4	18,5	45,8	12,2	45,9	38,0
2002	97,4	19,4	51,6	13,5	45,8	37,9

Fuente: Panorama Social de América Latina, CEPAL 2005 y años anteriores.
Elaboración: Carlos Larrea.

centuales; falta de correspondencia que se debe al pronunciado aumento de la desigualdad social".⁶⁵

En el marco de esa inequidad general hay que desentrañar las inequidades que afectan a los grupos situados en posiciones distintas de la estructura de poder: clases sociales, pueblos y grupos de género.

Las *diferencias de clase* en nuestro país son difíciles de evidenciar porque las estadísticas sociales y económicas no están construidas para identificar directamente la posición de clase de las poblaciones, aunque existen aproximaciones –conocidas como *proxys* en el léxico de las ciencias sociales– que se han aplicado en estudios sobre el período en cuestión, que nos acercan a ese conocimiento.

Las brechas del ingreso entre clases socioeconómicas del país se han incrementado en el período 1990-2005. Según un informe nacional de 2006,⁶⁶ no sólo existen profundas disparidades entre las clases inscritas en la economía formal y la informal, sino entre las del mismo sector; encontrándose además que en dicho período empeoró la relación entre los ingresos de las clases mayoritarias y la canasta básica necesaria para vivir.

Efectivamente, cuando se agrupa la población por estratos se observa claramente el empeoramiento de la distribución del ingreso, pues conforme pasan los años de 1990 hasta 2005, el 40% más pobre del país participa en una proporción cada vez menor del ingreso, mientras el 10% más rico abarca una cada vez mayor proporción. Los pobres se hacen relativamente más pobres y los ricos acaparan cada vez mayores recursos (ver cuadro 4), ampliándose cada vez más el contraste entre unos y otros (pasando de 11,4 veces a 15,3 veces en el lapso considerado).⁶⁷

El estudio citado confirma que el índice de Gini para concentración del ingreso en el país empeoró, pasando de 0,461 en 1990 hasta llegar a 0,517 en 2005, con lo cual vuelve a ser evidente la inconsistencia de la ecuación neoliberal que pretende igualar crecimiento económico con desarrollo social.

A su vez, los *contrastes étnicos* también forman parte de esta gran matriz de inequidad. Un estudio reciente demuestra cómo el proceso de pauperización ha sido consistentemente mayor en los grupos indígenas respecto a los no indígenas, manteniéndose a lo largo de todo el período en cuestión una clara diferencia entre el porcentaje de pobreza de los indígenas respecto a los no indígenas del país. Así por ejemplo, la extrema pobreza que en 2006 afectó al 19% de los no indígenas –constatación ya de por sí grave–, afectó a un

66 Secretaría Técnica de Desarrollo Social, *op. cit.*, p. 72.

67 CEPAL, “Pobreza y distribución del Ingreso”, en *Panorama Social del América Latina 2006*, Santiago, CEPAL, 2007, p. 1-40.

Cuadro 4
Deterioro de la participación de los pobres en el ingreso
y ampliación de la brecha social en Ecuador (1990-2005)

Año	Ingreso promedio	Participación en ingreso total				Contraste 10% más rico 40% más pobre	Contraste Q5/Q1
		[1] 40% más pobre	[2] 30% siguiente	[3] Anterior al más rico	[4] 10% más rico		
1990	5,5	17,1	25,4	27,0	30,5	11,4	12,3
1999	5,6	14,1	22,8	26,5	36,6	17,2	18,4
2002	6,7	15,4	24,3	26,0	34,3	15,7	16,8
2004	6,9	15,8	24,7	27,5	32,0	13,9	15,4
2005	7,4	15,1	24,3	26,3	34,3	15,3	16,7

Fuente: Panorama Social de América Latina, CEPAL, 2007.

mayor porcentaje de los indígenas (37%). Durante los años de oro del neoliberalismo esa inequidad permaneció prácticamente sin modificarse.⁶⁸

En cuanto a la *inequidad de género* existe una abundante bibliografía, incluso aquélla que relaciona su impacto para la salud. Ya a comienzos de la era neoliberal nosotros destacamos, desde la perspectiva de la epidemiología crítica, las relaciones de poder que subyacen en los vínculos de género y las malsanas consecuencias de la triple carga que soportan las mujeres en las sociedades de inequidad social y jerarquía patriarcal.⁶⁹ Propusimos integrar dichas relaciones como parte de una matriz de inequidad, en la que convergen las relaciones de clase, étnicas y de género.^{70, 71} Demostramos además la co-

68 Carlos Larrea, coord., *Pueblos indígenas, desarrollo humano y discriminación en el Ecuador*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Abya-Yala, 2007.

69 Jaime Breilh, *La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación). El deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*, Quito, CEAS, 1991.

70 Jaime Breilh, *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*, Quito, CEAS, 1996.

71 Jaime Breilh, "La inequidad y la perspectiva de los sin poder", en Mara Viveros y Gloria Garay, comp., *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas-Universidad Nacional de Colombia, 1999, p. 130-141.

rrelación que existe entre el grado de desigualdad social y el de género en toda América Latina.⁷²

Las relaciones de género entonces son también poderosos determinantes sociales de la salud que condicionan la satisfacción de necesidades, la capacidad de control sobre la vida y la salud, y la realización de los llamados DESC (derechos económicos, sociales y culturales).⁷³ En el país, las mujeres indígenas, en el período analizado, permanecen con menos acceso a la educación formal y a los servicios de salud que las mujeres no indígenas y mucho menos que los varones en los dos sectores étnicos comparados.⁷⁴ En los años neoliberales la intensificación del despojo, de la explotación de los bienes de la salud, de la exclusión y discriminación, y la modificación hacia patrones malsanos de los modos de vivir afectaron de modo especial a las mujeres, por diversos mecanismos como: la migración; la destrucción de núcleos familiares; la jefatura femenina y asunción de la triple carga (laboral, familiar, y de la procreación); la feminización de la pobreza y discriminación salarial. Estas circunstancias explican las evidencias de sobremortalidad femenina en un sinnúmero de enfermedades.⁷⁵

A su vez, la categoría *grupo generacional* introduce el análisis de los impactos en conglomerados etarios cuya vulnerabilidad se amplificó también en el período analizado, especialmente en los grupos de jóvenes y adolescentes. Adicionalmente, el grupo de adultos mayores se vio afectado entre otros motivos por el deterioro intencional de la seguridad social y las prestaciones de jubilación.

Por un lado, los jóvenes de varias regiones rurales y urbano marginales han sufrido presiones económicas y culturales bajo la expansión de la economía que comentamos. En las regiones floricultoras, por ejemplo, aquéllos de extracción obrera o campesina, menos escolarizadas y más bien vinculadas al mundo laboral experimentan las contradicciones de su condición de asalariados. Al empezar a circular, en estos últimos diez años, como fuerza de trabajo, tienden a romper lazos de dependencia con el mundo de las comunidades rurales y adquieren ciertos patrones de trabajo, movilización y alimentación, y patrones culturales –como los de recreación–, que les exponen a cier-

72 CEAS, *Mujer, trabajo y salud*, Quito, CEAS, 1994.

73 Gita Sen, Piroška Ostlin y George Asha, *Unequal, unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Women and Gender Equity Knowledge Network*, Estocolmo, Karolinska Institutet / IIMB, 2007.

74 Carlos Larrea, coord., *op. cit.*

75 Gita Sen, Piroška Ostlin y George Asha, *op. cit.*, anexo 3.

tos consumos malsanos. Tal vez por eso los profesionales de servicios hospitalarios de zonas como Cayambe empiezan a reportar con creciente frecuencia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas o casos de VHI SIDA, que estaban prácticamente ausentes de ese tipo de contextos.

Por otro lado, en el caso de los jóvenes y adolescentes de otras clases sociales, escolarizados y urbanos, se exponen a formas de socialización alejadas de la vida real y a un ambiente cultural de consumismo. Dado que

la noción hegemónica de escuela –tan estudiada por los epistemólogos de la educación–, es una burbuja desconectada de los procesos de la vida colectiva, como por ejemplo el trabajo, termina imponiendo a las etapas de niñez y juventud de estos grupos, un gran vacío de sentido, que es llenado con depósitos educativos y, sobre todo, con ese consumismo empobrecedor. En medio de la lógica comercial, se invierte la racionalidad humana de producir según la necesidad, y más bien se enseña a necesitar según la oferta; una oferta concebida bajo los intereses de los que producen. En esa lógica dominante, y más allá de las apariencias, es la oferta la que termina condicionando la demanda y no a la inversa.

En ese mundo de vaciamiento de sentido, mientras se sofistican los mecanismos de inducción de cierto consumo, se provoca una pérdida de soberanía en la vida, sobre todo de los culturalmente más vulnerables. Un fenómeno que si bien atraviesa todas las clases sociales, pueblos y géneros, adquiere formas típicas en cada uno de estos, creándose patrones diferenciados de un consumo malsano y alienante [...] En ese mundo culturalmente vaciado y mercantil, la ausencia de sentidos profundos, induce a la búsqueda de paliativos y muletas psicoactivas, las drogas con sus ciclos por ejemplo, que compensan, aunque sea fugazmente, las ansiedades de una vida esclavizada a formas de materialidad empobrecida, aunque vestidas de una pseudo sofisticación a la moda.”⁷⁶

Hemos encontrado evidencias duras del consumo de psicoactivos en las poblaciones juveniles de zonas floricultoras como Cayambe y Tabacundo, pero sólo hallamos testimonios dispersos que habrá que corroborar.

Pero, efectivamente, el neoliberalismo ha acentuado ese vaciamiento de sentido de la vida, que se recrea en mil formas en la sociedad de consumo y los modos de vivir de la juventud, creando condiciones para la adicción y otras expresiones del perfil de los jóvenes. Para 2006 alrededor del 60% de la población del Ecuador entre los 15 y los 29 años se sintió privada de la satisfacción de una o más de sus necesidades básicas –condición re-

76 Jaime Breilh, “Importancia del Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas”, discurso pronunciado en la sesión solemne del Ministerio de Relaciones Exteriores, Quito, 26 de junio de 2008.

conocida como de pobreza— y alrededor del 30% de ese grupo de edad reconoció no satisfacer incluso dos o más necesidades básicas —ubicándose en lo que se denomina extrema pobreza—; habiendo provincias como Cotopaxi, Manabí y Morona Santiago con 40,6%, 44,2% y 40,9% de extrema pobreza juvenil, respectivamente. Los indicadores de empleo muestran niveles también preocupantes de inactividad y desempleo hacia finales de los años de oro del neoliberalismo. Así, en los jóvenes de 15 a 29 años se encontró un 22% que no trabaja ni estudia, cifra que ascendía a un preocupante 31% en mayores de 30 años; y los que trabajan sin estudiar abarcaron el 43% y 67% de dichos estratos de la juventud; siendo esos niveles consistentemente más altos en el caso de las mujeres, y la inactividad tiende a ser mayor en ciudad que en el campo.

La III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares 2007⁷⁷ compara los niveles de consumo y dependencia para las tres drogas ilícitas más frecuentes del Ecuador, con otros de la Región Andina y del Cono Sur, encontrándose que, si bien el consumo en nuestro país es uno de los más bajos, en cambio es claramente el de mayor dependencia o adicción (ver cuadro 5).

El actual consumo de drogas lícitas como el alcohol (55,3%), cigarrillos (47,3%), tranquilizantes (3,1%) y estimulantes (2,5%) forman parte de una tendencia al incremento de estos elementos malsanos cuya circulación y venta es ahora más frecuente en los círculos juveniles. Pudiendo ahora iniciarse el consumo a edades muy tempranas; de hecho 1,5% de menores de 15 años comienzan con la marihuana, 0,7% con el éxtasis y 0,5% con los solventes e inhalantes.⁷⁸

Otro componente para analizar el deterioro del consumo es la pérdida de acceso al consumo de los servicios públicos en el país. También en este caso las evidencias corroboran el decrecimiento del gasto en servicios sociales de las administraciones públicas (APU) al arrancar el período neoliberal, pasando de un nivel del 7,3% en 1981 a 4,2% del PIB en 1991. Cabe recalcar que en este período la asignación para los servicios sociales estuvo marcada por la poca importancia concedida por los gobiernos neoliberales de nuestro país a ese rubro. En una clasificación de los países elaborada por la

77 Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas-CONSEP, III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares, Quito, CONSEP, 2007.

78 Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE, “Consumo de drogas en jóvenes”, en *SIISJOVEN*, Encuesta Consumo de Drogas en Hogares con datos del CONSEP, Quito, SIISE, 2007.

Cuadro 5
Consumo y dependencia de drogas ilícitas más frecuentes en Ecuador (2007)

Característica	Droga		
	Mariguana	Cocaína	Pasta base
Edad al inicio	18,70	20,40	19,80
Consumió alguna vez	4,40	1,34	0,80
Dependencia	51,20	46,10	38,00

Fuente: CONSEP, III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, 2007.

CEPAL hacia fines de los fatídicos años 90, el Ecuador fue identificado en el grupo de países de gasto público social más bajo per cápita.⁷⁹

Como puede observarse en el cuadro 6 el gasto per cápita en salud del Ecuador hacia fines de los 90 fue la mitad del promedio regional, y fue mucho más bajo que los países como Costa Rica, Brasil y Chile que, aun en años neoliberales, construyeron los mejores sistemas de salud de las sociedades de mercado en nuestra región.

La llamada cancelación del gasto social condenó los programas y servicios públicos de salud y del sector social a un proceso de deterioro y dismantelamiento, que buscaba sustituir lo público por lo privado, en nombre de una eficiencia que nunca llegó.

De manera que, una vez que hemos pasado revista a varios de los mecanismos por medio de los cuales operó la estrategia que venimos cuestionando, podemos empezar a explicar mejor el retroceso experimentado por el derecho social en Ecuador desde fines de los 80, y el grave desencuentro entre salud y modelo económico. Desencuentro que se hará más palpable aún al revisar las evidencias epidemiológicas de la crisis de la salud colectiva (Parte III).

La relación entre pobreza y acceso a la salud es contundente. Los datos de la última Encuesta de Condiciones de Vida revelan que el 70% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro. Del porcentaje restante, el Seguro General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Se-

79 CEPAL, *Gasto público en servicios sociales básicos*, Santiago, CEPAL, 1999.

Cuadro 6
Gasto público social per cápita (Promedio 1994-1996)

	Total	Educac.	Salud	Agua potable	Vivien.	Seguridad y asistencia soc.		
						Total	Segur.	Asisten.
Promedio regional	255	88	67	9	16	75	61	15
Costa Rica	521	145	191	19	26	140	108	33
Brasil	741	218	177	14	60	273	251	22
Chile	651	139	114	15	54	328	269	59
Belice	303	157	88	25	0	33	21	12
Colombia	284	90	69	8	16	101	84	17
Jamaica	252	128	66	4	8	46	11	35
Ecuador	119	52	36	2	5	23	21	2
Perú	88	49	34	2	3			
Nicaragua	61	24	24		2	12	0	12
El Salvador	60	34	21			4	2	2
República Dom.	85	30	20	17	10	7		
Bolivia	91	46	14	9	10	12	9	3
Guatemala	61	26	14		10		11	

Fuente: CEPAL, Gasto Público en Servicios Sociales Básicos, Santiago, CEPAL, 1999.

guro Social Campesino (SSC) cubren el 21%; el 7% es controlado por las aseguradoras privadas y el 2% es compartido entre el Instituto Ecuatoriano de las Fuerzas Armadas y la Policía.⁸⁰

A nivel nacional se estima que, hasta ahora, un 78% accede a servicios asistenciales de salud provistos por entidades tanto públicas como privadas,

80 SIISE, Encuesta Condiciones de Vida, Quito, 2006.

y apenas un 22% es afiliado a algún esquema de seguro de salud (19% en la seguridad social y 3% en empresas de medicina prepagada). Sin embargo quienes acceden a los servicios reciben atención de insuficiente calidad y pertinencia. Las cifras del Ministerio de Salud del Ecuador dejan ver que sólo el 19% de las atenciones corresponden al primer quintil de pobreza, mientras que el 57% se concentran en los quintiles tercero, cuarto y quinto. En las unidades del Seguro Social, el 89% de las atenciones corresponden a los quintiles, tercero, cuarto y quinto (46% al quintil más rico) y únicamente el 5% al primer quintil (el más pobre).⁸¹

Desestructuración de las pequeñas economías campesinas

A lo largo de más de dos décadas, el proceso de recomposición que vive el capitalismo mundial evidencia una creciente desigualdad en las interrelaciones económico-comerciales y tecnológicas de los distintos países. Notables contribuciones ha ofrecido la investigación para desentrañar la profundidad de esa brecha y el papel de la aceleración global para ahondarla. Y en ese sentido uno de los mayores impactos al bienestar y la salud se debe a la destrucción de las pequeñas economías.

Un notable estudio publicado a inicios del milenio puso al desnudo la crítica situación de los campesinos del mundo y el círculo vicioso de monopolización y empobrecimiento que se ha instalado para la humanidad, tornando inviable un futuro social y alimentario.⁸² En esa misma línea se ha denunciado en importantes foros internacionales la manera en que las transnacionales de alimentos, con su enorme poder, ejercen un efecto “desestructurante” respecto a las unidades productivas pequeñas y medianas del agro, con la perenne descapitalización e imposibilidad estructural para sus ciclos reproductivos.⁸³ Aludimos entonces a mucho más que simples “ajustes”, y nos referimos a un gran modelo basado en la inequidad.

81 Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Quito, MSP, 2007, 2a. ed.

82 Marcel Mazoyer, *Defendiendo al campesinado en un contexto de globalización*, Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2001.

83 Blanca Rubio, “Los enfoques contemporáneos sobre el mundo rural: ¿existe un debate teórico real?”, ponencia presentada ante el V Coloquio Latinoamericano de Economistas Políticos, México DF, 27 de octubre de 2005.

Desde la preocupación de la salud colectiva y sus necesidades queremos hacer visible a lo largo de estas páginas un cuestionamiento de esa dinámica agresiva que al desestructurar la vida en el campo, destruye además el abastecimiento soberano de alimentos para las ciudades, e impacta directamente los derechos de los/as trabajadores agroindustriales.

Por ende, las nuevas condiciones que impone la globalización como la monopolización acelerada de recursos vitales, la expansión de monocultivos para la agroexportación y la generación de agrocombustibles, el apareamiento de una nueva división internacional del trabajo, la creación de reformas laborales caracterizadas por la desregulación y la flexibilización del trabajo han propiciado un escenario de retroceso en toda la región y particularmente en nuestro país. De esa manera el sector agrario se ha evidenciado como un área de clara vulnerabilidad.

Un análisis sobre la situación actual y el futuro de la salud, que no pase por la comprensión de lo que sucede en el campo, es indudablemente incompleto. El agro es el depositario de la soberanía y seguridad alimentaria en general y el sustento de la vida de la población rural del país. Su importancia radica, además, en su articulación económico-productiva, involucrando medio ambiente y biodiversidad y otros componentes como la ocupación del espacio, los usos de la tierra y la reproducción socio cultural de pueblos y comunidades de una gama de procedencias étnicas y regionales. De allí que, al evaluar los costos sociales y ecológicos provocados por el modelo en ciernes, es indiscutible que, desde una perspectiva del desarrollo integral y de un desarrollo humano verdadero, se puede aseverar categóricamente que el modelo económico vigente entre 1990 y 2005 tuvo un impacto negativo en los pequeños productores del país y en el consumo de las familias ecuatorianas de los sectores mayoritarios del campo y de la ciudad.

Por eso es que las organizaciones sociales del Ecuador, especialmente las del campo, se movilizaron hace cuatro años en defensa de sus pequeñas economías, y al hacerlo descubrieron que era indispensable desencadenar en el país una verdadera “alfabetización” acerca de las implicaciones de la nueva lógica del capitalismo global. De esa manera empezaron a conocerse los mecanismos por medio de los cuales se estaba organizando el despojo, y las graves amenazas a las que se exponían los pequeños agricultores y negocios de las ciudades.⁸⁴ Se había tornado imperiosa la necesidad de cuestionar la

84 Sistema Integrado de la Problemática Agraria del Ecuador-SIPAE, *TLC en lo agrario: evidencias y amenazas*, Quito, Somos Punto y Línea, 2004.

lógica de la aceleración y su penetración en campos vitales para la soberanía y la salud, como el agua, los alimentos, los recursos energéticos, etc.

Un aspecto especialmente importante de esa problemática que alarma a campesinos y comunidades rurales es el monopolio transnacional de las semillas. Un ejemplo de ello son las maniobras de la corporación transnacional Monsanto, que ha llegado a controlar el 80% del mercado mundial de semillas transgénicas. Los campesinos, ciudadanos y científicos del país han comprendido el objetivo estratégico de esta empresa norteamericana, que busca dominar los recursos germinativos del planeta, comprando las empresas semilleras de todo el orbe, como clave para el control de la cadena alimentaria. Una vez captado el control de las semillas convencionales (no transgénicas), lo único que tendría que hacer es dejar de producirlas, y entonces ejercer el dominio absoluto sobre la alimentación mundial, sometida de ese modo a la producción transgénica privada.⁸⁵

A escala internacional, podemos ver que en los últimos años la producción orientada al mercado mundial permite un acceso muy restringido de los países menos desarrollados a las modernas tecnologías de fabricación y, en menor escala, en la producción de los grandes mercados de exportación. La superficie agraria, es decir cultivos más pastos, que se incrementó en Ecuador en 3'947.900 hectáreas entre 1961 y 1990 (es decir un 101%), en la última etapa sólo habría crecido en 261.000 hectáreas, apenas un 3%. Esta reorientación responde, en gran medida, a las coyunturas del mercado de determinados productos, especialmente aquéllos ligados al mercado internacional y a los intereses de la agroindustria mundial), por ende, a las adaptabilidades de la pequeña y mediana agricultura familiar.

Esto también se traduce en la reducción de mano de obra y en la mecanización del sector agrícola. Para 1980 en el sector rural ecuatoriano existían 6.200 tractores de todo tipo y en 2004 esta cifra se amplió a 14.800. Lo que quiere decir que los procesos de innovación tecnológica y su aplicación en varios campos amenazan con la desestructuración de las economías agrícolas, y provocan continuas y a veces forzosas adaptaciones del sector frente a la economía mundial.⁸⁶

85 Silvia Ribeiro, "El imperio de Monsanto y la destrucción del maíz", en *La Jornada*, México, 26 de mayo 2008, <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/26/index.php?section=opinion&article=019a1eco>.

86 Francisco Pascual García, "El sector agrario del Ecuador: incertidumbres (riesgos) ante la globalización", en *Íconos, revista de Ciencias Sociales*, No. 24, enero, Quito, FLACSO, 2006, p. 71-88.

Ahora bien, los procesos de globalización y la implementación de reformas de las últimas décadas no han variado la distribución regional de la actividad agraria y su concentración territorial.⁸⁷ Según estudios recientes, la región Sierra absorbió el 48,6% del valor de la producción agraria ecuatoriana, mientras la Costa acumuló el 45,8%, y la Amazonía un 5,5%. Sin embargo, las políticas gubernamentales que se han encaminado a la inserción del Ecuador en los acuerdos comerciales globales y bilaterales, como se ha explicado, obligan a los pequeños y medianos productores a competir en mercados oligopólicos, frente a lo cual ha surgido la receta aparentemente saludable del trabajo asociativo de las pequeñas y medianas unidades de agricultura familiar, para las grandes empresas. Una fórmula que somete a estos como productores ligados a las necesidades de las grandes empresas. Dicha fórmula no ha sido pensada para consolidar los sistemas cooperativos y el afianzamiento de los pequeños, sino que responde a las necesidades de las grandes empresas, encarnando todo un conjunto de peligros también para la soberanía alimentaria y el desarrollo real de los pequeños.

La crisis de producción de alimentos básicos se explica por esa lógica perversa, como en el caso de los cultivos de arroz, maíz y trigo. Un estudio presentado por el Sistema de Investigación de la Problemática del Ecuador (SIPAE)⁸⁸ señala que en 1995 se cultivaban 395.000 hectáreas de arroz y se producían 1'050.000 toneladas métricas; diez años después esto se redujo a 324.000 hectáreas y se produjeron apenas 1'104.000 toneladas métricas. En el caso del maíz, se puede ver que el consumo creció, pero decayó la producción nacional, que en 1997 alcanzó las 640.000 toneladas métricas, reduciéndose en los últimos años a 250.000 toneladas métricas. Lo mismo con otros productos como el algodón y el trigo. Mientras que en 1995 en el país se producían 17.000 toneladas métricas de algodón, diez años después apenas alcanzó 5.000 tm. En el caso del trigo, en 1995 se producían 20.800 tm, para 2004 apenas alcanzó a 12.000 tm. En este último caso, la importación de trigo proveniente de Estados Unidos es diez veces mayor que la producción nacional, cuando antes éramos un país exportador.

Pero, además, los acuerdos comerciales han afectado los aranceles y los subsidios de un gran número de productos agropecuarios, impactando sobre

87 *Ibíd.*

88 El estudio fue presentado durante el Seminario Internacional: TLC, Impactos en los sectores campesinos de Latinoamérica: investigaciones y resistencia donde se expusieron los casos de México, Costa Rica, Colombia y Guatemala.

el empleo y los precios, el uso de la tierra y otros factores. Por consiguiente son medidas que han afectado también a sectores no agrícolas.

Refiriéndonos ahora al problema del trabajo y las economías familiares que dependen del empleo, debemos mencionar que la aceleración global acreó también consecuencias preocupantes. Bajo el modelo, se desencadenaron procesos de desprotección, desregulación y flexibilización del trabajo que causaron consecuencias funestas en la reproducción de miles de familias de asalariados del país. De modo general, el signo más visible de esa precarización del trabajo fue la tercerización; mecanismo mediante el cual, muchas empresas han evitado cumplir los derechos laborales y obviar el cumplimiento de las obligaciones del seguridad social. En un escenario de ese tipo, las bajas coberturas de aseguramiento que caracterizaron etapas anteriores, se afectaron aún más (cifras se exponen más adelante).

La realidad de los trabajadores contiene incertidumbres con respecto a la protección de la salud en una población laboral caracterizada por la temporalidad y escasa formalidad. Así, el entorno laboral, sujeto a la revolución global y tecnológica, supone una nueva realidad que guarda relación con los nuevos patrones de empleo, la subcontratación sistematizada de ciertas actividades de riesgo, el incremento de los ritmos de trabajo, la flexibilidad productiva de las empresas, entre otros factores que implican grandes costos sociales.

De esta manera, las variables socioeconómicas y los ajustes estructurales han afectado al mercado laboral y la producción. De hecho la situación económica que atravesó la región en los años ochenta con tasas de crecimiento reducidas tuvo su efecto en la evolución del empleo y las remuneraciones. Un informe de la CEPAL de años recientes estima que el contexto de bajo crecimiento de la década en América Latina, que alcanzó en promedio apenas un 1%, y el rápido aumento de la oferta de mano de obra, asociado sobre todo a la incorporación de las mujeres y los jóvenes a la fuerza de trabajo, se tradujo en un incremento del empleo informal y de baja productividad laboral, con la consiguiente disminución de los salarios reales.

Por otro lado, la dolarización en el país provocó cambios importantes dentro de la economía nacional y peor aún dentro de los indicadores sociales. Carlos Larrea analiza la experiencia ecuatoriana luego del proceso de dolarización en 2000 que revela datos importantes: “entre 1998 y 1999 el Ecuador experimentó una caída de aproximadamente el 10% en su ingreso por ha-

bitante, el quiebre o transferencia al Estado de la mayor parte de bancos privados, y una convulsión social y política muy aguda”.⁸⁹

De allí que en un contexto de creciente liberalización del mercado, la compensación de países con desventaja como el Ecuador se hace a expensas de la disminución de salarios, la flexibilización laboral, la pérdida de beneficios para los trabajadores y la precarización del trabajo, y de eso resulta la presión para una creciente inserción de niños y niñas, campesinos indígenas a procesos productivos, y lo que es más grave en condiciones laborales altamente destructivas. De otro lado, también podemos ver el despojo de los medios de sustento de poblaciones tradicionales asentadas en áreas donde actualmente se realizan actividades productivas destinadas a la exportación.

Es por los motivos expuestos que la aplicación de dichas reformas que eliminaron las débiles políticas que de alguna manera apoyaban la agricultura de pequeña escala y respaldaban con crédito blando la comercialización,⁹⁰ al ser desmanteladas, han exacerbado las tensiones en el campo.

En el ámbito de la salud veremos como estos determinantes socioeconómicos inciden finalmente en un empeoramiento de la calidad de vida y la salud de las personas. De tal manera que en esas condiciones, se podría decir que los servicios de salud operan contracorriente, atendiendo una casuística que florece por los modos de vivir malsanos: los hospitales y unidades de salud no se dan abasto para atender esos masivos casos de enfermedad, y así se ve opacada su importante función. Entonces, lo lógico es ir terminando con esos procesos determinantes que malogran las posibilidades de salud de nuestra sociedad. Desde esta perspectiva integral vamos comprendiendo que, problemas como la concentración de la tierra, del agua, de la tecnología, del crédito y de todos los recursos de la vida, aparentemente alejados e independientes respecto a la salud colectiva, no lo son así y gravitan sobre ésta.

Desregulación del trabajo y flexibilización laboral

Los principios, derechos y garantías concernientes al trabajo consagrados en textos constitucionales, así como los convenios y acuerdos suscritos

89 Carlos Larrea, *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*, Quito, Abya-Yala, 2004.

90 Wilma Salgado, “¿Ayuda alimentaria o ayuda a las exportaciones?”, en Francois Houtart, comp., *Globalización, agricultura y pobreza*, Quito, Abya-Yala, 2004, p. 72-90.

en materia laboral, son constantemente vulnerados por la lógica productivista y por las fuerzas del mercado que exigen a la producción nacional, ser más competitiva, a expensas, claro está, de las condiciones de trabajo y salud de la fuerza laboral. Como hemos reiterado antes, mecanismos como la flexibilización y desregulación son piedras angulares de la aceleración.

El modelo de acumulación y concentración de riqueza que arrancó desde los 90 en Ecuador, contenía estructuralmente las condiciones para una masiva exclusión social. Se puede decir que hasta los 80 el porcentaje de población económicamente marginal se había mantenido en niveles menos alarmantes, pero luego advino un crecimiento desproporcionado de una masa marginal, ya superior al 45%, que ya no opera como un verdadero ejército industrial de reserva,⁹¹ sino lo que se ha llamado una *superpoblación excedente relativa*,⁹² que ya no tiene la posibilidad de insertarse en el circuito primario de la economía, y que circula en los espacios secundarios del subsalariamiento y la informalidad. Dicha población va aglomerándose en desorden y desprotección en barrios periféricos y deteriorados de los centros metropolitanos, en condiciones de extrema privación económica, a donde los gobiernos neoliberales no han llegado de manera realmente consistente, sino, en el mejor de los casos, con medidas focalizadas para capear cualquier potencial tormenta social.

La investigación ha mostrado en países latinoamericanos los mecanismos de deterioro de los servicios públicos y programas preventivos, como un claro producto del modelo.⁹³

Estamos hablando entonces de ciclos de acumulación de desempleo y subempleo cuya dinámica compleja no sólo depende del crecimiento de la producción, sino de otros elementos como los tipos de empresa que operan en la economía (en los momentos recesivos y de ajuste, las más grandes: con más de 50 ocupados) “tienen una elevada flexibilidad, tanto para despedir durante la contracción como para recontratar durante la expansión; y también

91 El ejército industrial de reserva es una población laboral excedente, porque es reabsorbida en los ciclos de alta producción del capital.

92 José Nun, “Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal”, en *Revista Latinoamericana de Sociología*, vol. 2, No. 69, Buenos Aires, Centro de Sociología Comparada del Instituto Torcuato Di Tella, 1970, p. 180-225.

93 Paulo Sabroza, Luciano Toledo y Carlos Hiroyuki Osanai, “Organização do espaço e os processos endêmico epidêmicos”, en Maria do Carmo Leal, *et al.*, org., *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Sao Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1992, p. 57-77.

la acelerada incorporación de mujeres y jóvenes, particularmente de hogares de bajos ingresos”.⁹⁴

El subempleo y la marginalidad como formas de población excedente implican dos consecuencias graves para el modo de vivir y la salud: por un lado provocan la caída del valor de la fuerza de trabajo y, correspondientemente, la implantación de formas precarias de subsistencia. Una condición estructural que se reproduce con miras a elevar la competitividad de las empresas mediante la reducción de los costos laborales, concentrando discretos aumentos salariales sólo en los trabajadores de los sectores más dinámicos o más organizados.

En este contexto, la flexibilización laboral se pretende justificar como exigencia de un mundo globalizado y se traduce en: desinversión, conformación de empresas mixtas, concesiones, tercerización de servicios, entre otros. Debiendo distinguirse la diferencia entre precariedad laboral, que se refiere a las condiciones en que se vincula el trabajador para el desempeño de su trabajo, y la flexibilidad, que tiene más bien relación con el estatuto jurídico, o marco laboral legal que regula las relaciones del capital con el trabajo.⁹⁵

En las últimas décadas, la estructura y las condiciones del empleo se han visto claramente modificadas por una reforma legislativa laboral. En el caso de Ecuador, desde 1990, se expidieron varias normas que flexibilizan las relaciones laborales. A pesar de que las normas constitucionales de 1998, referentes al trabajo, no fueron modificadas, los sectores laborales fueron afectados por las normas legales que flexibilizaron las relaciones laborales, que fue un requisito para la implantación en el Ecuador del modelo productivo neoliberal, en reemplazo del modelo de sustitución de importaciones.⁹⁶

En esta línea, la Ley de Régimen de Maquila⁹⁷ y de Contratación Laboral a tiempo parcial, expedida en agosto de 1990 durante el Gobierno de Ro-

94 CEPAL, *Evolución del empleo asalariado en América Latina y tendencias recientes en la ocupación*, Santiago, CEPAL, 2006.

95 Luciano Martínez, *La precariedad laboral, manifestación de la mala calidad del empleo*, Quito FLACSO, 2004.

96 Santiago Guerrón, *Flexibilidad laboral en el Ecuador*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional / Abya-Yala, 2003.

97 Según cifras de 2002 en el Ecuador existen alrededor de 64 empresas maquiladoras en operación. Se estima que del total de estos puestos de trabajo, la mitad se dedica a la confección de prendas de vestir, 9 son agroindustriales y 8 realizan trabajos de joyería. De este total, 36 están ubicadas en Quito y Guayaquil.

drigo Borja Cevallos, fue una de las primeras en abrir el camino a la flexibilización laboral en el país. La importancia de esa ley radicaba en el principio de continuidad en la relación laboral, puesto que “el modelo requería de relaciones laborales de corta duración, que permitieran contratar y despedir trabajadores con mucha facilidad; en contraposición a lo que ocurría en el anterior modelo, que se basaba en relaciones laborales estables y de larga duración”.⁹⁸

Otra de las modalidades implicadas era la contratación a tiempo parcial, que obliga a trabajar hasta ocho horas diarias y cuatro horas suplementarias. Así, la Ley establece que los trabajadores a tiempo parcial no gozan de estabilidad, dando además la potestad al empleador de dar por terminado el contrato, sin indemnización alguna para el empleado.

Meses más tarde, en febrero de 1991, se expidió la Ley de Zonas Francas,⁹⁹ con especial tratamiento para el “comercio exterior, aduanera, tributaria, cambiaria, financiera, de tratamiento de capitales y laboral”. Dicha norma determinaba que: “por su naturaleza, los contratos de trabajo en zonas francas son de carácter temporal. Por lo tanto, no están sometidos a lo que dispone el art. 14 del Código del Trabajo y podrán renovarse cuantas veces sea necesario”.¹⁰⁰

Con el fin de atraer a los trabajadores hacia este tipo de contratación desprotegida, la ley determinaba que el salario de los trabajadores dentro de las zonas francas debía ser por lo menos de un 10% superior al salario mínimo vital o al sectorial. En compensación los empresarios se benefician de exenciones tributarias durante 20 años improrrogables.

De otro lado, la Ley Reformatoria al Código de Trabajo de noviembre de 1991 establecía nuevos privilegios para las empresas. Una resolución con la que se dio al traste a las ya escuálidas organizaciones de defensa gremial pues hizo más difíciles los requisitos para la conformación de organizaciones laborales, aumentando el número base de trabajadores de 15 a 30, lo que perjudica sobre todo a los pequeños centros de trabajo; en caso de huelgas solidarias se suprime la estabilidad de un año; con respecto a los contratos

98 Santiago Guerrón, *op. cit.*, p. 56.

99 Dentro de los art. 5 y 6 de la Ley se denomina usuarios de las zonas francas a las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras que se instalen en dichos lugares a realizar las actividades debidamente autorizadas, y empresas administradoras de zonas francas, a las personas jurídicas públicas, privadas o de economía mixta, que obtengan, mediante Decreto Ejecutivo, la concesión para operar los mecanismos de zonas francas en el país.

100 Santiago Guerrón, *op. cit.*

colectivos, en los puntos en los cuales no hay acuerdo en la negociación quedan sometidos obligatoriamente a conocimiento y resolución del Tribunal de Mediación y Arbitraje.

En abril de 1999 se expidió la Ley para la Reforma de las Finanzas Públicas y con ello, se “desconoce y reduce inconstitucionalmente derechos de los trabajadores del sector público, ya que, con la creación del Consejo Nacional de Remuneraciones del Sector Público (CONAREM) se anula la libertad de contratación colectiva”.¹⁰¹

Entre otras facultades asignadas al CONAREM constan: determinar los montos máximos para cubrir los incrementos salariales y los demás beneficios económicos y sociales, y fijar los montos máximos de las indemnizaciones que deban recibir, entre otros, los trabajadores de empresas públicas; “además se desconoce los principios de irrenunciabilidad e intangibilidad de derechos laborales; todo esto como paso previo a despidos masivos en el sector público, reducción del tamaño del Estado y privatización de empresas estatales”.¹⁰²

De otro lado, la Ley para la Transformación Económica del Ecuador o “Ley Trole” introduce la contratación laboral por horas que puede darse en cualquier actividad y cuyo contrato se puede dar por terminado en cualquier momento, “además con este pago quedan cancelados, todos los beneficios económicos legales que conforman el ingreso total de los trabajadores en general, incluyendo aquéllos que se pagan con periodicidad distinta de la mensual”.

La “ventaja” de esta Ley es que la empresa no crea relación de dependencia con el trabajador y esto implica que no reciben ningún tipo de beneficio que la ley otorga a los trabajadores con otro tipo de contrato.¹⁰³ Uno de los aspectos fundamentales es la distinción entre contratados por labores continuas, es decir, “aquellas actividades productivas que se ejecutan regularmente y de manera sistemática durante todo el año y en jornadas de ocho horas diarias y cuarenta horas semanales, como generalmente se desarrollan

101 *Ibíd.*

102 *Ibíd.*

103 Según datos de 2006, la contratación por horas abarca el 40% del mercado laboral en un total de 91.261 contratos en áreas como agricultura, ganadería, pesca, comercio, construcción, hoteles y restaurantes; en cuanto a la distribución y número de contratos por género, se obtienen los siguientes datos: hombres: 59.859 y mujeres: 31.402. (*El Comercio*, 29 de marzo de 2007).

en la industria manufacturera o en el comercio”; y labores discontinuas, “aquéllas que no pueden ejecutarse en jornadas regulares de ocho horas diarias y cuarenta horas semanales, de manera continua y sistemática, sino que, en jornadas menores o mayores a las regulares”.

Y luego está la famosa Ley para la Promoción de la Inversión y Participación Ciudadana, Ley Trole II, expedida en el año 2000, cuyo cuerpo legal contrasta con las disposiciones del Tribunal Constitucional, a la luz del Código del Trabajo. Entre las principales.¹⁰⁴

La Ley Trole II introduce en materia laboral principios que fueron motivo de polémica dentro del Tribunal Constitucional, como la figura de trabajadores polifuncionales que fue declarada inconstitucional por “permitir la alternabilidad indiscriminada de la mano de obra no técnica y por propiciar artificialmente la inseguridad laboral”. Lo mismo ocurre con el art. 178 de la Ley, que altera el concepto de remuneración que establece en la Constitución de 1998. Pero además violaba los principios constitucionales del derecho al trabajo, puesto que en su articulado eliminó las indemnizaciones por despido intempestivo de trabajadores que podrían haber percibido en los 24 meses anteriores a la expedición de la Ley una remuneración superior a US \$ 500, una disposición que también fue declarada inconstitucional.

Por último, uno de los puntos más polémicos que incorpora la Ley Trole II es lo referido al pacto colectivo, “figura que al no requerir que exista una organización o comité especial con quien suscribirla y que sirva de contrapeso para equilibrar la mejor posición de negociación que tiene el empleador, deja en una situación de desventaja a los trabajadores”.¹⁰⁵

Con este breve recorrido se observa que las reformas laborales iniciadas en la década del noventa fueron normas de negativa repercusión en las condiciones de vida y el deterioro de las condiciones laborales. Justamente las cifras del Banco Central de finales de esa década denotaron un crecimiento más acelerado del sector empleo informal. En el período de crisis económica, en 1999, la población ocupada en el sector informal supera a los ocupados en el sector moderno, de acuerdo con las estadísticas del INEC.¹⁰⁶

104 Santiago Guerrón, *op. cit.*

105 *Ibíd.*

106 Marco Baquero, *et al.*, “Evolución de mercados laborales formales e informales. Una definición alternativa”, en *Apuntes de Economía*, No. 46, Quito, Banco Central del Ecuador, 2004, p. 41.

Un aspecto de la flexibilización digno de destacarse es el caso de las tercerizadoras,¹⁰⁷ cuya implementación fue un artificio de las empresas para obviar las regulaciones de la seguridad social y la protección laboral, incluyendo la capacitación del personal e ingresos mínimos.

El INEC estableció que la proporción de trabajadores tercerizados se duplicó de 2003 al 2005.¹⁰⁸

Según la Federación de Empresas de Intermediación Laboral Promoción de Empleo y Servicios Complementarios (FEDEHUMANA), que asociaba a 110 empresas al 13 de abril de 2008, existían alrededor de 435.000 personas trabajando a través de sistemas de contratación tercerizada. De este total 80 mil trabajadores pertenecen al sector público y 355 mil están en empresas privadas. Sin embargo, el Ministerio de Trabajo aparentemente no tiene datos oficiales al respecto y muchas tercerizadoras operan sin su permiso.¹⁰⁹

Según la OPS, OIT y la CEPAL, las propuestas de leyes laborales adoptan la flexibilización como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones de competitividad. Se trata de la adopción, en este caso, de criterios de flexibilidad externa, ligada a necesidades de ajuste a las fluctuaciones del mercado laboral, por vía de redefinir las condiciones del contrato o de la disolución del vínculo laboral, con perjuicio de la estabilidad laboral y los beneficios sociales [...].¹¹⁰

La flexibilidad contractual entró también en los servicios de salud y seguridad social. Varios servicios de salud en el país funcionan con diversas modalidades de contratación. El Centro de Salud de Carcelén, por ejemplo, contaba para 2002 con 75 empleados y trabajadores, de los cuales apenas 13

107 Caben distinguirse tres términos: intermediación, empleo de trabajadores a disposición de otra persona, natural o jurídica (usuaria), que establece y supervisa sus tareas; tercerización de servicios complementarios, contratación de una persona jurídica que ejecuta, con su propio personal, actividades complementarias al proceso productivo de otra empresa (usuaria) Los trabajadores de la tercerizadoras no son trabajadores de la usuaria (actividades de vigilancia, seguridad, alimentación, limpieza, mensajería, etc).

108 Empleado tercerizado es aquél que se contrata a través de terceras empresas, no tiene relación directa de dependencia con el lugar o empresa donde realizan la actividad, sino que su relación es con la empresa de enrolamiento.

109 *El Telégrafo*, "La intermediación y tercerización agonizan", en *El Telégrafo*, 13 de abril de 2008, http://www.telegrafo.com.ec/temadeldia/noticia/archive/septimodia/informecentral/2008/04/13/La-intermediaci_F300_n-y-la-tercerizaci_F300_n-agonizan.aspx.

110 Federación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo-FESALUD, *Estudio de Perfil de Flexibilización de las condiciones laborales para la prestación de servicios de salud en el Ecuador*, Quito, OMS-OPS, 2002.

correspondían a personal con nombramiento del Ministerio de Salud, 33 eran contratados con recursos autogestionados y 30 eran profesionales vinculados a la unidad, con la modalidad de “riesgo compartido”. Las contrataciones realizadas con recursos autogestionados se inscribían dentro de las estipulaciones del Código de Trabajo y correspondían a profesionales de atención directa (médicos residentes y enfermeras), personal administrativo y de servicios. Para definir sus niveles salariales se tomaba como referencia la valoración de posiciones similares del Ministerio de Salud. Además, la unidad hospitalaria tercerizaba la provisión de servicios de alimentación para el personal de turno.¹¹¹

En suma, el modelo neoliberal aplicado a las relaciones laborales desde la década de los noventa restringió la aplicación de leyes y garantías de los trabajadores, contraviniendo aun los tibios principios del Código del Trabajo y creando las condiciones para un deterioro de la vida y la salud de la población trabajadora.

Globalización neoliberal y pérdida de soportes colectivos

La epidemiología contemporánea avanzó mucho en la explicación de los modos en que los procesos sociales determinan la salud colectiva; la epidemiología crítica ha comenzado a comprender la oposición que existe entre procesos que nos lesionan, que afectan negativamente nuestra salud, y aquellos procesos que podríamos denominar “protectores” o saludables, que actúan como soportes o defensas.

Ahora bien, las defensas de la salud no se reducen sólo al mundo de los anticuerpos y reservas orgánicas individuales –de las que puede echar mano nuestro organismo para contrarrestar los parásitos u otros agentes de enfermedad–; están también las defensas colectivas, soportes comunitarios, gremiales y, en general, los recursos y capacidad de organización de que disponen las distintas colectividades para afrontar los hechos dañinos de su realidad social.

El modelo neoliberal justamente vulnera esas defensas o soportes colectivos de la salud, desmantelando derechos como el de libre asociación. Diversas estrategias legales, políticas y culturales son aplicadas para despojar a los trabajadores, pueblos y comunidades de organizaciones firmes que representen sus intereses y defiendan su salud. Uno de los ejes de la estrategia

111 *Ibíd.*

cuestionada es la obstaculización, desmantelamiento y desprestigio de las organizaciones sindicales.

En ese sentido, la democracia bajo el neoliberalismo es apenas formal, puesto que uno de los elementos básicos de la democracia es la justicia. Pero un régimen de justicia es inviable en países donde rigen los principios del llamado Consenso de Washington, que orientaron la gestión de los gobiernos neoliberales del Ecuador de 1990 al 2006, promoviendo la reducción del Estado, la desregulación, la privatización, la desregulación de los mercados, el recorte del gasto social, la flexibilización laboral, el equilibrio macroeconómico y la concentración del poder en manos de empresas transnacionales y el poder financiero de la Banca Internacional. Al tiempo que reduciendo el Estado, el poder basado en la soberanía popular. Una democracia de baja intensidad (formal) que podemos denominarla también democracia neoliberal.¹¹²

En etapas anteriores el contrato social mantuvo, aunque débilmente, los derechos colectivos y la seguridad de que los conflictos sociales podrían ser resueltos por el Estado. Contrariamente, el Estado neoliberal prioriza el estado liberal individual y el conflicto social no es reconocido como parte del contrato.

Es decir, el mercado se rige por una racionalidad totalmente diferente a la democracia. Y el impacto del mercado sobre la democracia, no solamente se basa en coartar el ejercicio político y los partidos, sino que elimina paulatinamente la democracia social, uno de cuyos fundamentos son las organizaciones de trabajadores, sindicatos y otros gremios.

En todos los países andinos se reporta una pérdida del derecho fundamental a la libre asociación en estas últimas décadas. La información disponible en este campo es muy limitada y no permite construir una tendencia real de antes y después de la aceleración global. La tasa de sindicalización como indicador de la vigencia de dicho derecho permanece como un dato oscuro en las estadísticas oficiales. En un estudio comparativo de la sindicalización en los países andinos, se aduce que Ecuador no llega a un 5% de sindicalización de su fuerza laboral, muy por detrás de Venezuela con un 28% de la fuerza de trabajo sindicalizada.¹¹³ Un estudio realizado en México reporta una tasa de sindicalización en Ecuador del 10% y explica que la sindi-

112 Programa Andino de Democracia y Derechos Humanos, *Inversión social y derechos humanos: apuntes para la reflexión*, Quito, Plan País, 2004.

113 Taller Organizaciones Sindicales de la Región Andina, en *Programa Laboral de Desarrollo*, www.viso.plades.org.pe/.../htm/vencuentro/Taller%20movimiento%20sindical%20en%20la%20region%20andina.doc.

calización en nuestra región está descendiendo. Por otro lado también la negociación colectiva es otro indicador del desarrollo del derecho social laboral. En Ecuador, entre 1987 y 1996 el número de tales convenios se redujo de 315 a 206.^{114, 115}

De igual modo, en el período de 1970 a 1979 se constituyeron aproximadamente 1.800 organizaciones sindicales y se mantuvieron alrededor de 300 contratos colectivos, mientras que en el período que va de 1999 al 2004 se constituyeron apenas 500 organizaciones de las cuales gran parte ha desaparecido en la actualidad. Mientras en décadas anteriores las organizaciones sindicales crecieron en el marco del modelo de sustitución de importaciones y como expresión de la lucha por la democracia y la participación ciudadana, en los años neoliberales fueron poco a poco desarticuladas y eliminadas.¹¹⁶

Complementariamente, podemos decir que la protección social es otro terreno en que se evidenció el retroceso del derecho a la salud en nuestro país. Como se observa en el cuadro 7, se ha dado una reducción del derecho a dicha protección en los años de oro de las políticas neoliberales.

Cuadro 7
**Pérdida de la cobertura de la protección social
de trabajadores en países andinos**

País	Cobertura de protección social de los trabajadores	
	1990	1998
Ecuador	55%	47%
Perú	54%	42%
Venezuela	55%	50%

Fuente: Juan Sepúlveda, 2000.

114 Juan Sepúlveda, *Breve reseña de la situación laboral en los países andinos*, Lima, ACTRAV/ETM, 2000.

115 Gustavo Gnecco, "Panorama del sistema laboral en América del Sur", en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, www.Juridicas.UNAM.mx.

116 Guillermo Touma, "Eliminar la intermediación y la tercerización: una larga lucha de los trabajadores y la FENACLE por la democracia y los derechos laborales de los ecuatorianos", en *Asamblea Constituyente del Ecuador*, http://historico.asambleaconstituyente.gov.ec/blogs/guillermo_touma/2008/04/27.

La política neoliberal buscó vulnerar los contratos sociales que promovían la equidad y universalidad para tratar de sostener mecanismos redistributivos que aseguraran el derecho a la salud, así como bienes y servicios necesarios para la subsistencia y dignidad. Garantías que incluyen la educación, la atención médica en salud y el acceso a servicios fundamentales como el agua potable. Sin embargo, en este campo las políticas implementadas en los años 1990-2006 transformaron el contrato social que garantiza el bien público en contratos privados entre gobiernos y proveedores.

Los mecanismos y la desestructuración de la comunidad y la familia

En secciones anteriores analizamos las implicaciones del cambio de modelo agrario, con las serias limitaciones del modelo energético que lo promueve y la falta de sustentabilidad del mismo. Igualmente explicamos la desestructuración y descapitalización de las pequeñas economías campesinas provocados por ese modelo agroindustrial concentrador y excluyente. Corresponde en esta sección pasar revista a algunos mecanismos más específicos de afectación de la reproducción social en el campo, como base para comprender el deterioro de los modos de vida de comunidades rurales y la pérdida de condiciones favorables para su salud colectiva.

Un reciente estudio pone al día una caracterización de la agricultura campesina en el país.¹¹⁷ La actividad agrícola abarca aproximadamente el 28% del empleo nacional que, si bien abastece la alimentación nacional, concentra los más altos índices de pobreza del país (61,5%). Durante los últimos 50 años no ha variado significativamente la profundamente inequitativa estructura de tenencia y concentración de la tierra, el agua y el crédito. Esto se evidencia, por ejemplo, en la inmovilidad del índice de concentración de la tierra que se ha mantenido de 0,86 en 1954, en 0,80 en 2000.¹¹⁸

El bulto de la producción de alimentos para el mercado interno se realiza por medio de la agricultura familiar que, según dicho análisis, corresponde a la actividad que realizan los campesinos y su núcleo de parentesco, ca-

117 SIPAE, *Hacia una agenda para las economías campesinas en el Ecuador*, Quito, Informe al Proyecto Economías Campesinas de Intermón-Oxfam, 2007.

118 *Ibid.*, p. 32.

racterizada por la alternancia estacional de la labor, la diversidad de actividades, la incorporación de menores, escolares y ancianos, con una creciente responsabilidad de las mujeres. Ese arreglo social, de por sí frágil, se ha visto notablemente afectado por las presiones desestructurantes de la agroindustria que han acelerado la descapitalización creciente de las numerosas unidades agrícolas menores, mediante la monopolización de los medios productivos y recursos naturales, y apoyándose en el desmantelamiento de los aparatos institucionales encaminados en décadas anteriores al sustento de una agricultura para el mercado nacional, y siguiendo los lineamientos de la reforma neoliberal agrícola que ya hemos comentado y cuyo documento central es el antes citado Informe Whitaker.

Esa tendencia se acompañó naturalmente de una caída en la producción de alimentos y materias primas, y una reducción de la superficie productiva, siendo paradigmáticos los casos del arroz y el maíz. También ha mostrado características sobresalientes como la expansión del trabajo asalariado agroindustrial, eje fundamental y predominante de la generación del valor y la riqueza social, y la mercantilización de la tierra y de su uso como forma de apropiación privada de capital en relación a los recursos naturales más importantes para la subsistencia humana.

La tierra, en la que las relaciones sociales predominantes fueron fuente de subsistencia humana, se subordinó crecientemente a la relación social prevaleciente dictada por el gran capital, cuya fuente de acumulación es el trabajo asalariado. Esta relación sujeta a la propiedad rural y los demás recursos naturales reincorpora al campo incluso a los pequeños campesinos, antes expulsados de la tierra, ahora transformados en asalariados de las empresas capitalistas agrarias.¹¹⁹

En la medida en que las economías campesinas van perdiendo fuerza y el nuevo modelo agrario se impone, la nueva lógica no sólo implica apertura económica con la reducción de impuestos a productos agropecuarios extranjeros, sino la eliminación de los precios internos de sustentación para todos los productos, ahora fijados por el valor de las respectivas cotizaciones internacionales.

En el escenario local, la agricultura enfrentó un problema definido como “una confrontación desequilibrada” entre lo local y lo global, donde los agricultores ecuatorianos se han visto abocados a buscar formas alternativas de

119 David Cavalcante, *Globalización, agricultura y pobreza*, Quito, Abya-Yala, 2004.

subsistencia. Esto construye un nuevo perfil de reproducción social en el agro ecuatoriano, sobre todo de esas numerosas familias que poseen poca tierra o ganado, y de aquéllos que son asalariados. La masa campesina, especialmente desde los 90, se ha visto obligada a reforzar una serie de estrategias adaptativas que se han complejizado, intensificado y extendido en los años neoliberales: reorientación de cultivos y ganados con un creciente uso de insumos industriales y de recursos tecnológicos; búsqueda de financiamientos; asociación a pequeñas cooperativas o movimientos sociales; vínculos con ONG y agencias internacionales; trabajo en otros sectores económicos para diversificar las fuentes de ingresos, y emigración a la ciudad o al extranjero como un mecanismo de generación de capital vía exportación mano de obra.¹²⁰

En la década de los noventa con la profundización del neoliberalismo en el país y la transformación del modelo económico, el agro ecuatoriano sufre dos transformaciones concretas. Al cambiar el modelo de economía, el Estado deja de intervenir en los ámbitos productivos, los cuales deben incorporarse rápidamente a los mercados internacionales y al proceso empresarial global. Este paso se establece por medio de una producción agropecuaria altamente competitiva como es el caso de las flores, el brócoli, el banano, las frutas y los productos agroindustriales. La segunda, de gran trascendencia para el agro, es la promulgación de un conjunto de leyes como la Ley de Desarrollo Agrario que, entre otras reformas, introdujo la eliminación de precios oficiales para algunos productos y la eliminación de aranceles que antes protegían la producción interna.

Esto se traduce en un acelerado crecimiento y concentración de recursos del sector empresarial y agroindustrial y en la progresiva desestructuración de las economías campesinas. De este modo se vulneran los derechos de los y las trabajadores agroindustriales que carecen de capital y tecnología para su producción.

A partir de la década de los ochenta se orquestó una retirada del Estado de las áreas rurales. Así, instituciones estatales de asistencia al campesino fueron privatizadas, otras limitaron sus funciones y otras simplemente desaparecieron, como es el caso de ENAC, EMPROVIT, ENSEMILLAS, FERTIZA, INIAP, etc. El repliegue estatal era parte de una política mucho más amplia de subordinación del Estado al mercado¹²¹ y de recomposición del Estado al servicio del Estado neoliberal. Esto agravó la situación de pe-

120 Francisco García Pascual, *op. cit.*

121 Stalin Herrera, *Percepciones sobre la Reforma Agraria. Análisis de discurso de dirigentes de organizaciones campesinas e indígenas*, Quito, SIPAE, 2007.

queños y medianos campesinos quienes en la década de los setenta y ochenta, mal que bien, habían sido beneficiarios de políticas públicas de fomento agropecuario.

En este frente también operó un proceso de contrarreforma agraria y reconcentración de la propiedad de la tierra. A pesar de la expedición de dos leyes de Reforma Agraria (1964 y 1973), la inequitativa estructura del agro no ha variado y continúa la dualidad minifundio-latifundio. Por ejemplo, “las propiedades de menos de una hectárea se incrementaron pero al mismo tiempo disminuyeron su control sobre la tierra, ellas por sí solas representan el 29,2% de las UPA –unidades productivas agrarias– y controlan apenas el 0,78% de la tierra”.¹²²

En definitiva, en los escenarios agroindustriales se ha repetido con variantes menores un mismo patrón malsano de cambio social: inversiones de capital en empresas agroproductoras en contextos de comunidades con alta presión sobre la tierra; conversión total o parcial de campesinos pobres a asalariados (o semiasalariados) agrícolas; ruptura de los jóvenes con los lazos culturales de sus comunidades; monetarización salarial del ingreso y apertura a consumismo; cambio del modo de vida obrero, con altos patrones de exposición a químicos y cambio de patrones de alimentación, y debilitamiento o abolición de la agricultura familiar, con exposición a sobrecarga física y en algunos casos psíquica.

Tomando como caso ilustrativo lo sucedido en las zonas de expansión de la agroindustria floricultora, podemos comprender por qué se dan dichos cambios en la reproducción social campesina. Así por ejemplo, en Cotopaxi la transformación, total o parcial, de las haciendas tradicionales en fincas de alta tecnología para producción de flores de exportación, no sólo que no alteró la inequidad social sino que la consolidó, apenas modernizando las relaciones sociales, gracias a la captación de fuerza de trabajo asalariada entre el campesinado joven de la zona, pero manteniendo una estructura de tenencia de la tierra y del agua altamente inequitativas. Así, en la cuenca fértil del Cutuchi subsistió la gran y mediana propiedad, es decir, las propiedades con más de 50 ha que, controladas por apenas el 1,97% del total de UPA, concentraron en cambio el 47,49% de la propiedad agraria y el 37,55% de la superficie bajo riego.¹²³ En la Parte III de este trabajo se ilustra también mediante el caso

122 *Ibíd.*

123 Alex Zapatta, *Cotopaxi: dinámicas agrarias y modificación de las condiciones agro ecológicas*, Quito, Ecociencia / SIPAE, 2006.

de la Cuenca del Granobles (Cayambe), los impactos de estas transformaciones en los modos de vida, en la salud humana y en los ecosistemas.

Privatización y deterioro de lo público en salud

En las dos últimas décadas en América Latina, los procesos de privatización fueron una parte sustancial de las agendas políticas de los gobiernos, traducidas a nuevas legislaciones o reformas legales que ofrecieron el escenario adecuado para consolidar la contrarreforma. Como ya se ha mencionado, el Banco Mundial preparó una serie de recetas que “recomendaban” la privatización de las empresas públicas y el giro hacia un sistema de pago por servicios, seguros y proveedores privados. El supuesto esgrimido era que las personas debían pagar el costo real y con ello contribuir a la productividad y mejoramiento del sistema.

Dichas reformas estructurales implementadas en América Latina desde inicios de los ochenta, estuvieron orientadas a la transformación del papel del Estado y la modificación de las prioridades de la política económica. De este modo, los procesos de privatización fueron entendidos como un mecanismo de reducción y reestructuración del Estado, y como vía para la desregulación de las economías. Así en el campo social, las reformas estuvieron dirigidas a sustituir la concepción keynesiana de un Estado protector, por la de un Estado subsidiario concentrado en el financiamiento, regulación y diseño de una política social adaptada al modelo de acumulación acelerada, y ya no a la provisión de servicios, como bienes públicos en el marco de un pacto social.

Como se dijo antes, el punto de partida de los mismos es la llamada estrategia de asistencia de país (CAS, por las siglas en inglés de: *Country Assistance Strategy*) que el Banco Mundial diseñó para el Ecuador en 1993, y que plantea cuatro objetivos, de los cuales sólo el tercero formaba parte realmente de la agenda bancomundialista: a) mejorar los servicios básicos dirigidos a los pobres; b) promover la reforma del sector público; c) fortalecer las bases para el crecimiento del sector privado, y d) asistir en la resolución de las dificultades del endeudamiento externo del Ecuador.

Según el Informe de la CAIC, en el período 1976-2006 se firmaron 26 créditos entre el Estado ecuatoriano e instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, en el área de servicios públicos como salud y educación.

Los proyectos FASBASE I suscrito en 1993 y FASBASE II, de 1999, que alcanzaron montos de US \$ 70'000.000 y 20'200.000, respectivamente, arrojaron como resultado la privatización de la planta de alimentos del Ministerio de Salud Pública, así como la focalización del programa de medicamentos gratuitos. Sin embargo, pese a los altos montos de los créditos, no se logró mejorar la salud, los índices de mortalidad se mantuvieron y la morbilidad se incrementó. En tanto que el proyecto FASBASE II tuvo poca capacidad de gasto.

Mientras que el proyecto MODERSA, suscrito en 1998, con un monto de US \$ 45.000, contrario al objetivo inicial de descentralizar los servicios e implantar la gestión financiera, permitió establecer cobros en hospitales públicos y dejó a la población con un limitado acceso a los servicios de salud, violando el art. 42 de la Constitución y el derecho fundamental a la salud, con logros parciales en cuanto a la descentralización.¹²⁴

Lo que pone en evidencia los cuatro principios de la gestión neoliberal que fueron tempranamente identificados en América Latina:¹²⁵ a) focalizar la asistencia en los pobres; b) introducir una reforma legal para el desmantelamiento del sector público; c) fortalecer el componente privado de la gestión, y d) proveer recursos financieros para tales operaciones de ajuste. Esos objetivos estratégicos se han cumplido a nombre de la “modernización” y la “restricción de un Estado centralista y obeso” esgrimidas por el discurso hegemónico, mediante: descentralización; financiamiento de unidades descentralizadas; modernización de hospitales y unidades (léase: introducción del cobro por servicios en la llamada autogestión), y desarrollo de políticas forzando consensos. A todo lo cual se prestaron muchos técnicos, sea por la seducción económica de proyectos que repartieron sueldos nada despreciables, o por la atracción del discurso de la “gerencia social” que cautivó varias conciencias por ingenuidad o acomodo.

No es ninguna sorpresa que los años de arranque del FASBASE (*ca.* 1993) y de MODERSA (*ca.* 1995), hayan coincidido con los años de irrupción del agresivo ajuste que ya hemos descrito, promovido principalmente por los gobiernos de Sixto Durán y Jamil Mahuad. En efecto, en esos mis-

124 Comisión de Auditoría Integral del Crédito Público, *Informe de la auditoría de la deuda interna pública del Ecuador*, Quito, Ministerio de Finanzas, 2008, p. 97, p. 205.

125 José Valenzuela Feijóo, *Crítica del modelo neoliberal*, México, Facultad de Economía-UNAM, 1991.

mos años se desencadenaron determinantes sociales profundos sobre la base de la reforma legal que ya describimos, y que afectaron la salud colectiva.

Especialmente la aprobación por el Congreso Nacional, a espaldas de la sociedad, de leyes como la Modernización del Estado, buscando entre otros pasos, lograr la privatización de la salud y la seguridad social, tuvo como contraparte técnica al Consejo Nacional de Salud (CONASA), que fuera reactivado en 1995 como un supuesto espacio de participación, pero que fue un escenario donde las voces más consecuentes con el bien común y el interés nacional no pudieron contrarrestar el influjo de los dólares del Banco Mundial y la persuasión de sus funcionarios ungidos del aura de la “modernización”.

Así, el Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MODER-SA), ejecutado a fines de los noventa con una duración de cinco años y con un monto de US \$ 65 millones (45 millones de crédito del Banco Mundial, 8 millones de contraparte nacional y 12 millones de contraparte local), pasó a ser el fuelle del proceso de desmantelamiento del escuálido sistema público de salud. Mecanismos como la compra de servicios a una red plural local, sobre la base de un plan de prestaciones costeadas, fueron parte del recetario que se vendió como la panacea en instrumentos de modernización y eficacia en el sector salud.¹²⁶

En el centro de la oferta neoliberal, y sobre la base de lo descrito, dichos proyectos plantearon: contribuir al mejoramiento de salud de madres y niños pobres, mejorar la nutrición de menores y proveerlos de medicinas e insumos médicos. Objetivos aparentemente encomiables que encubren las estrategias del ajuste, y que fueron financiados mediante deuda pública. Un ingente endeudamiento, cuya falta de legitimidad y legalidad ha sido develado por la Comisión de Auditoría Integral del Crédito (CAIC), que demostró que estos experimentos millonarios no fueron ni genuinos, ni ligados a objetivos de beneficio colectivo. Tampoco estuvieron sometidos a las leyes del país; por el contrario, operaron como poder financiero usado para crear un escenario favorable al desmantelamiento o debilitamiento de programas y empresas públicas de servicio social (*i.e.* medicamentos, fábrica de alimentos, etc.), la paulatina introducción de sistemas de la llamada autogestión (autofinanciamiento) en los servicios y la apertura general a la lógica del mercado.

Más bien, desde esa lógica, se redireccionó la responsabilidad del bienestar social hacia lo privado. Lo que implicó que el Estado asumiera sola-

126 Ramiro Echeverría, *El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador, período agosto 1997-agosto 2000*, Quito, CEPAR, 2000.

mente la provisión de algunos bienes públicos y un mínimo de programas para los extremadamente pobres. De allí que las estrategias de focalización, los planes de servicios de salud y en sí, la práctica de salud pública, pasaron en los años neoliberales a ser entendidas desde la perspectiva de transformar el derecho a la salud en mercancía y los servicios de salud en espacios de acumulación privada. Con ello se buscó que ciertos limitados beneficios de salud de los servicios públicos autogestionados se focalicen hacia las capas más pobres de la población, y que más bien los estratos medios y asalariados procuren pasar como clientes de los seguros privados, en la medida en que “tienen cómo incorporarse”, aunque sea con sacrificios, al mercado de la salud. En toda la región se buscó propalar las supuestas bondades de la Ley 100 de Colombia, como ejemplo exitoso de una reforma eficiente.¹²⁷

Con este argumento, varios países de la región aplicaron reformas orientadas a la modificación substancial en las relaciones de los subsectores públicos, seguro social y privado, y abrieron espacios para la formación de otros nuevos, como sucedió en Brasil, Chile, Argentina, Colombia, República Dominicana y Perú. En este sentido, la diversificación sectorial de privatizaciones y concesiones abarcó una amplia gama de proyectos como: carreteras, ferrocarriles, telecomunicaciones, generación y distribución de energía eléctrica y gas natural. Un eje del discurso de la privatización es la descalificación de lo público y de las empresas manejadas por el Estado como ineficientes, y la sobrevaloración de lo privado como eficiente.

Las reformas en salud que analizamos, proclamaron la necesidad de eficiencia, y el discurso de la igualdad y universalidad pasó a ser una simple retórica de legitimación de las maniobras. Las directrices eran las de responder a los problemas de salud mediante la intervención de los gobiernos en tres líneas: la financiación de servicios esenciales para los más pobres; el suministro de acciones de salud pública, y la corrección de fallas de mercado en las áreas de prestación de servicios y seguros. Estos criterios perfilaron un sistema de salud con un mercado regulado y un Estado mínimo donde el seguro universal es una recomendación expresa para resolver los problemas de ineficiencia e inequidad.¹²⁸

127 María Esperanza Echeverri, *La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la equidad y la violencia*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2000.

128 Román Vega, *Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. Una aproximación metodológica crítica, igualitaria y pluralista*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2000, p. 34.

Los efectos sociales comenzaron a sentirse, y ya desde fines de los 90 las políticas de privatización del agua, de la educación y de la salud empezaron a ser motivo de una fuerte controversia entre los gobiernos neoliberales y los sectores sociales movilizados. Y no era para menos pues la privatización de servicios básicos lesiona principios esenciales del bienestar y la salud: soberanía nacional; vigencia de derechos; empleo y remuneraciones; acceso a servicios bajo justicia y equidad; democratización de la gestión; igualdad de género, y protección ambiental.

Y claro, todo aquéllo se materializaba aun en contradicción con algunos preceptos teóricos de la Constitución de 1998. En dicha carta el derecho a la salud está comprendido en por lo menos cinco artículos que garantizan, aunque ambiguamente, “la promoción y protección, por medio de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. El art. 42, dice textualmente: “los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica serán para las personas que los necesiten”. De igual forma, el art. 46 determina la obligatoriedad del Estado de asegurar los recursos financieros necesarios que garantiza que “la asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central”.

De igual forma, la Constitución antedicha establecía a través del presupuesto general del Estado el financiamiento del Sistema Nacional de Salud con aportes obligatorios, suficientes y oportunos (art. 46). Este artículo detalla las obligaciones para los responsables de aprobar el presupuesto nacional, es decir el poder Ejecutivo, que garantiza que las asignaciones para salud no sean reducidas y, por el contrario, se aumenten en relación con el incremento de los ingresos nacionales. Sin embargo, tal como hemos insistido en varias partes del presente estudio, varias investigaciones pusieron en evidencia los recortes sistemáticos del presupuesto de salud, sobre todo, a finales de los años ochenta y principios de los noventa.¹²⁹

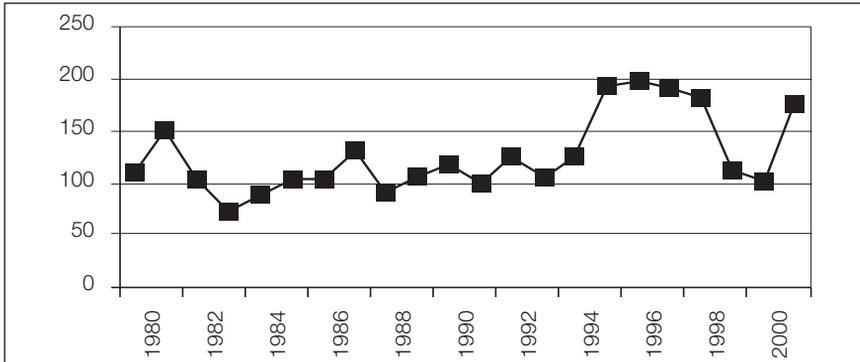
129 CEPAL, *El gasto social en América Latina: tendencias positivas y consecuencias de desaceleración económica en la región, Panorama social de América Latina 2002-2003*, Santiago, CEPAL, 2001.

El ajuste general y el ajuste en salud: dos dimensiones de la misma estrategia

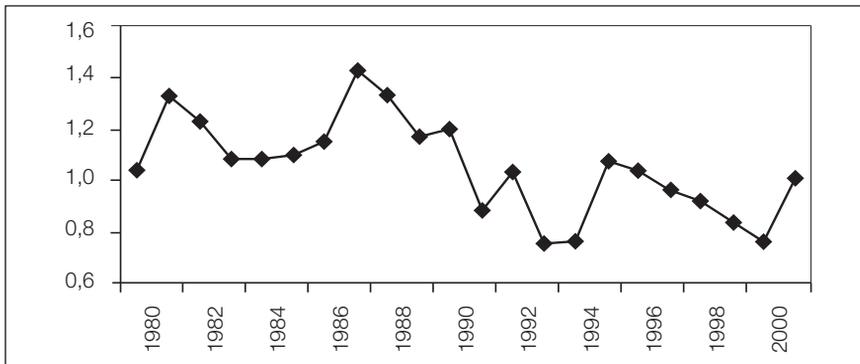
En los últimos 35 años el Ecuador percibió grandes volúmenes de divisas por la venta del petróleo, pero esto no se reflejó en un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida de sus habitantes.

Figura 6
Gasto efectivo del gobierno central
en el sector de salud 1980-2000

(millones de dólares corrientes)



(como porcentaje del PIB)



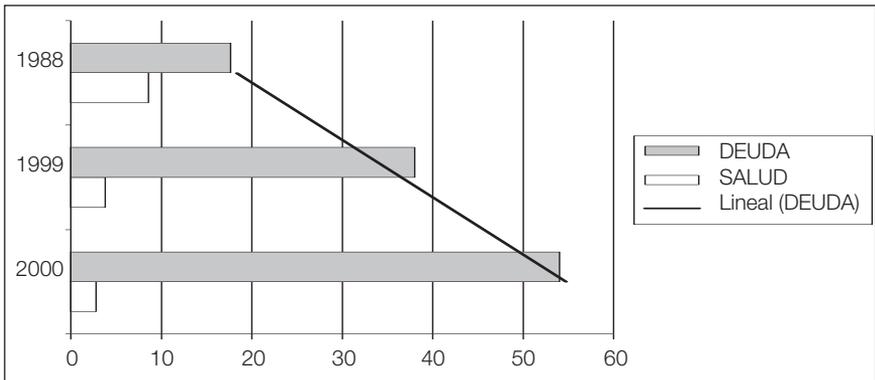
Fuente: Ministerio de Finanzas y Crédito Público, *Estadísticas fiscales y liquidaciones presupuestarias*.

Elaboración: CEPAL, 2001.

El gasto social cayó de un 7,5% del PIB a principios de los ochenta, a un 5,2% en 1996, lo cual ratifica que esa riqueza se orientó en dirección muy alejada del bienestar social. En la figura 6 se presentan los datos de la CEPAL en el período 1980-2000, según la cual, la proporción del gasto en salud (a precios corrientes) como porcentaje del PIB, muestra una tendencia de ostensible disminución hasta bordear el 1% del producto nacional.¹³⁰

Los recortes gubernamentales del presupuesto para salud en el Ecuador, a la par que obedecieron a la lógica general bancomundialista, también fueron producto de la presión de tenedores de bonos de la deuda externa. Los gobiernos del período sistemáticamente asignaron un menor porcentaje del presupuesto total a la salud, mientras elevaban el porcentaje destinado al servicio de la deuda. Ya desde 1988 el rubro de salud representaba el 8,6% del presupuesto, en comparación con un 17,65% para pago de la deuda; luego la diferencia empeoró. En el presupuesto de 1999, el servicio a la deuda externa fue el 38% del presupuesto total, en contraste con el 3,8% para salud (10 veces menos); en el año 2000, el pago de la deuda se incrementa a 54%, mientras el de salud llegó apenas al 2,8% del total.¹³¹

Figura 7
Contraste entre % de servicio a deuda y salud



Fuente: CDES, 2002.

130 Rosana Vásconez, et al., *La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa*, Santiago, CEPAL, 2005.

131 Centro de Derechos Económicos y Sociales-CDES, *La exigibilidad del derecho a la salud. Una petición ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, Quito, CDES, 2002, p. 10.

En la figura 7 se observa el rápido crecimiento del servicio a la deuda del 1988 al 2000, mientras se achica el rubro presupuestario para salud.

Estas estadísticas dejan claro que dichos gobiernos eligieron sacrificar el derecho básico de salud y otros servicios sociales para servir los intereses de los inversionistas de la deuda. Para 2000, dadas las enormes desigualdades entre las asignaciones para pago de la deuda y las asignaciones para salud, eran falsas las declaraciones del gobierno sobre la inevitabilidad de la reducción del gasto en salud.¹³²

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud, el coeficiente de la deuda sobre la inversión social alcanzó 1,4% para el año 2003, es decir, el servicio de la deuda fue superior a la inversión social; esto quiere decir que por cada dólar que ingresó a la caja fiscal, 50 centavos se destinaron al servicio de la deuda, y 33 centavos para el gasto social. Esto se corrobora con los datos emitidos en 2005 por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Grupo Faro (Lupa Fiscal), que sostienen que Ecuador ocupa el penúltimo lugar, entre 21 países de América Latina, en inversión social.¹³³ Problema que se muestra aún más grave ahora que se comienza a estudiar el destino ajeno a los intereses nacionales de la llamada deuda ilegítima.

El estilo Banco Mundial y pérdidas en salud

En acápite anteriores expusimos evidencias acerca de la política de cancelación del gasto social público y el deterioro de la participación del gasto en salud respecto al presupuesto del Estado.

En esta sección interesa más bien enfocar el problema de la cooperación internacional para reforzar el argumento de que, casos como el de la presencia del Banco Mundial en las operaciones neoliberales entre 1993 y 2006, más que un legítimo proceso de apoyo material y técnico, fue un ardid de injerencia y direccionamiento político.

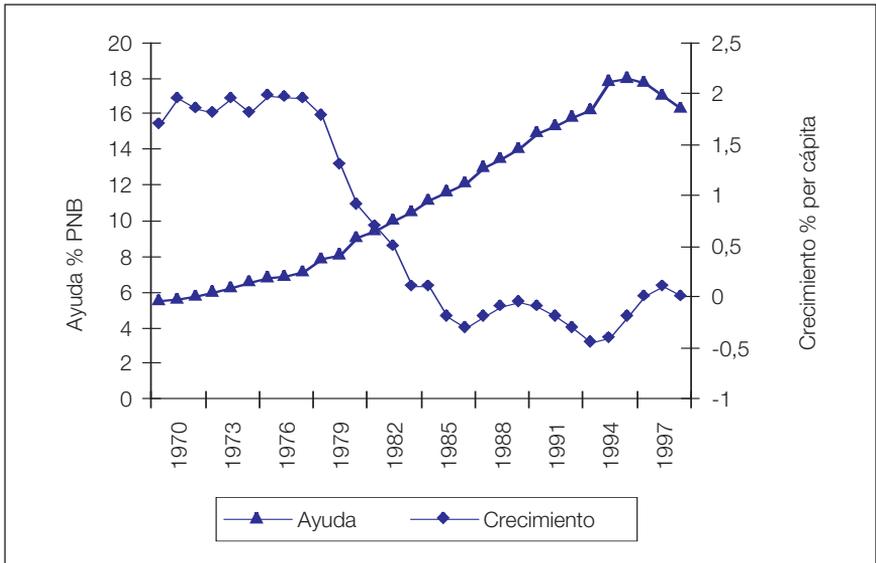
La historia reciente ha enturbiado la imagen de la cooperación internacional. Mientras algunas agencias han cumplido una trayectoria limpia de

¹³² *Ibíd.*

¹³³ Artículo publicado en *El Universo*, Guayaquil, 11 de diciembre de 2006.

apoyo técnico o financiero, respetando la definición soberana de las líneas de acción nacionales y apoyando legítimamente el desarrollo social, otras han sido simples cadenas de transmisión de estrategias foráneas para la subordinación económica, la hegemonía política y el crecimiento de los bolsillos de una burocracia internacional.

Figura 8
Ayuda internacional frente a crecimiento (África)



Fuente: W. Easterly, *The White Man's Burden*, 2006.

El caso más ilustrativo del grado de distorsión al que pudo llegar la cooperación externa se encuentra documentado en un informe cuyo título es: *Las cargas del hombre blanco (The White Man's Burden)*, en el cual una cuidadosa investigación del gasto y de los logros efectivos de algunas agencias de cooperación internacional en países de África puso al desnudo algunas consecuencias desconcertantes de esa cooperación internacional del Norte.¹³⁴ Como se observa en la figura anterior, hay una disparidad entre el crecien-

134 William Easterly, *The White Man's Burden*, Nueva York, Penguin, 2006.

to de los gastos implicados en la cooperación y una curva económica en decrecimiento. El citado estudio explica el desfase entre la retórica de los planificadores y consultores internacionales, sus metas extrañas y sus abultados sueldos, respecto a las necesidades verdaderas de los países que generalmente pagan esas suntuosas operaciones con el endeudamiento.

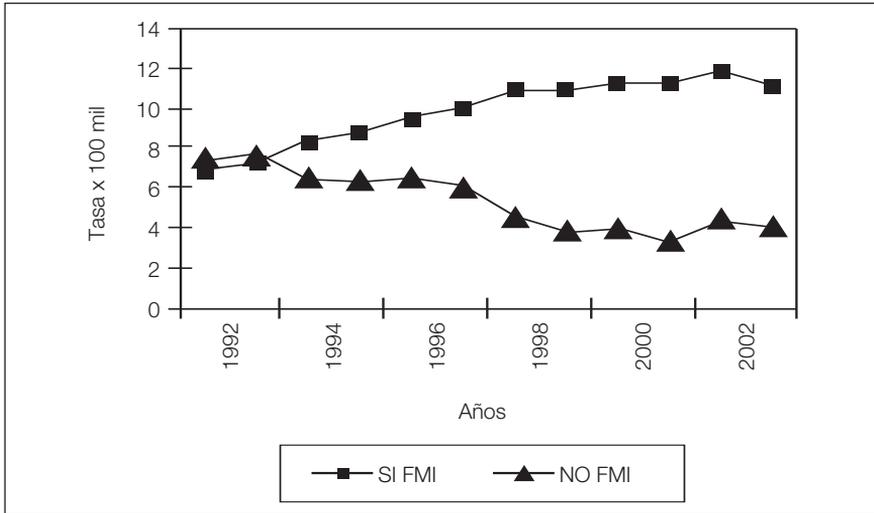
Grandes organizaciones no gubernamentales han desempeñado, en ese concierto, un papel muy negativo que ha motivado la pregunta que orienta un valioso ensayo recientemente publicado: ¿han servido para el progreso o para la decadencia?¹³⁵ En el cumplimiento de las metas del Consenso de Washington, muchas agencias internacionales y ONG se convirtieron en mediadoras de las políticas de los donantes y se multiplicaron en países como el Ecuador, junto con los programas de apoyo al ajuste.

La relación entre la presencia de ciertas entidades de cooperación y verdaderos desastres en salud ha empezado a documentarse. Quizás el caso más llamativo que trae la literatura científica es un estudio que acaba de publicarse,¹³⁶ en el cual se demuestra, con datos consistentes de 21 países, la relación entre el resurgimiento de la tuberculosis en los países de Europa del Este y el Fondo Monetario Internacional. Los autores de las universidades de Cambridge y Yale han demostrado con datos duros que, tomando en cuenta los 21 países, aquéllos que consiguieron un préstamo del FMI registraron un aumento anual del 13,3% en los índices de morbilidad por esa infección crónica, y, además, que se incrementó en 16,6% la mortalidad por tuberculosis. Como el estudio se basa en cifras exactas, hasta se pudo calcular que por cada punto de incremento porcentual de crédito del FMI se observa un 0,9% de aumento de la mortalidad. Inversamente, cada vez que un país abandona los programas del FMI, su mortalidad desciende en un promedio del 31%. Esta robusta investigación apunta en la misma dirección que buena parte de este trabajo, pues muestra evidencias empíricas no de que el FMI esté inoculando a las personas de tuberculosis (enfermedad de la pobreza) sino que sus programas traen el empobrecimiento y una crisis social que puede reflejarse en un repunte de esa enfermedad, o en el de otras (ver figura 9).

135 Liisa North y John Cameron, *Rural Progress, Rural Decay*, Bloomfield, Kumarian Press, 2003.

136 David Stuckler, Lawrence King y Sanjay Basu, "International Monetary Fund Programs and Tuberculosis Outcomes in Post-Communist Countries", en *PLoS Medicine*, vol. 5, No. 7, 22 de julio de 2008, <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pmed.0050143&ct=1>.

Figura 9
Tuberculosis países Europa del Este con y
sin programas del FMI (Fondo Monetario Internacional)



Fuente: Lawrence King, David Stuckler y Basu Sanjay, 2008.

En el caso de Ecuador, la curva promedio nacional de tuberculosis pulmonar estuvo estancada desde 1993 hasta 1999, y luego la focalización de acciones para contenerla logró un descenso en promedio significativo entre 2000-2007 (β , = -5,4; R^2 = 0,89), pero en cambio tenemos un gran conjunto de otras enfermedades asociadas a sufrimiento social que han recrudecido, y no sabemos incluso qué haya pasado con la tuberculosis al desagregarla por clases y por lugares.

En todo caso, lo que interesa remarcar es precisamente aquella línea de cooperación que implicaron proyectos como los del Banco Mundial en Ecuador. De éstos, cobra relieve por ejemplo el de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), al que aludimos anteriormente, suscrito durante el gobierno de Jamil Mahuad, que fuera ejecutado por una unidad coordinadora descentralizada del Ministerio de Salud Pública. El hecho es que, más allá de su proyección ilegítima para instaurar las estrategias de focalización, descentralización y privatización, lo que interesa resaltar aquí es que, gracias a la disponibilidad de un cuantioso presupuesto, que sirvió inclusive para cu-

brir remuneraciones de funcionarios y cuadros técnicos –más altas inclusive que las del escalafón normal–, se convirtió prácticamente en una cartera de salud paralela finalmente nociva.

Otro episodio que ilustra la cesión de soberanía en la gestión, fue la creación de la Secretaria Nacional de Objetivos del Milenio (SODEM) en 2005, impulsada por Alfredo Palacio para destrabar el impulso del Sistema de Aseguramiento Universal (AUS) que había diseñado, a pedido, el Hospital Johns Hopkins (Baltimore, USA) bajo un préstamo no reembolsable del Japón, como una corporación privada (ver análisis más amplio sobre el AUS en un capítulo posterior). El SODEM se creó con rango de ministerio y operó como una secretaría de Estado que, según el presidente de la Federación Médica de entonces, terminó siendo un “ministerio de salud paralelo”, quitándole la facultad de ejercer la rectoría de salud al ministerio y convirtiéndolo en mero prestador de servicios.¹³⁷

Regímenes internacionales: otro mecanismo para consolidar las privatizaciones en salud

A fines de 2005 Estados Unidos negociaba el Tratado de Libre Comercio (TLC) con Ecuador en un acuerdo que pretendía imponerse como una norma supranacional y supraconstitucional.

El texto del tratado propuesto al Ecuador era prácticamente igual a los que se habían negociado con México y Centroamérica, pues el conjunto de estrategias eran las mismas: apertura total a productos e inversiones de Estados Unidos; sobreprotección de los intereses de las empresas norteamericanas; apertura a las inversiones privadas extranjeras, incluso en campos claves como el agua, la alimentación, la educación y la salud; dismantelamiento de barreras protectoras arancelarias de productos vitales; instauración de una extraterritorialidad jurídica en el arbitraje de conflictos de intereses y sometimiento de leyes nacionales bajo la primacía de las disposiciones del tratado; supeditación de las compras de gobierno a la competencia internacional relegando prioridad de proveedores nacionales, y limitación de las medi-

137 Entrevista a Luis Felipe Sánchez aparecida en el artículo “El tortuoso camino del seguro de salud” *Hoy*, Quito, 21 de enero de 2006.

das de protección humana y ambiental del Estado a la primacía de las ganancias de las empresas.¹³⁸

Un paquete estratégico que, si bien fue derrotado por la movilización social, puso al descubierto las intenciones existentes tras ese tipo de negociaciones y el peligro que se reediten en nuevas jornadas de apertura hacia el supuesto libre comercio.

Dicho tratado internacional constituía un instrumento neoliberal perfecto, pues, además de reforzar las estrategias globales de la reforma, buscaba instaurar también otros mecanismos que, para el entendido, constituyen amenazas para el derecho social a la salud. En efecto, además de pretender un camino abierto para la penetración de empresas foráneas a la prestación de servicios, seguros y otras actividades privatizables en salud, ahora procuraba absorber hacia la esfera de los negocios privados algunos elementos claves como: los medicamentos genéricos; los importantes recursos genómicos de un país con una de las más altas biodiversidades del planeta; y los conocimientos de la herbolaria y terapéutica ancestrales.

La investigación de los efectos potenciales sobre el mercado de medicamentos y productos químicos de un TLC del Ecuador con la potencia del Norte, arrojó evidencias muy serias durante los foros académicos realizados. Un problema que concitó especial preocupación es el de los medicamentos genéricos. Se sabe que, al transcurrir 20 años de la patente de una molécula del principio activo de una droga, ésta pierde protección en el mercado y puede usarse libremente en los programas de salud pública como genérico que, al circular en competencia con las drogas de marca, baja notablemente de precio.

Entonces, lo que el articulado pretendía era ampliar la protección de los llamados datos de prueba extendiendo la exclusividad en el mercado de principios activos rentables. El artificio no operaría solamente con los productos nuevos, dado que en la región andina están de por medio procesos de reevaluación de productos que ya están en el mercado y el re-registro de otros (decisión 436 de la CAN). Adicionalmente, se intentaba establecer en cinco años el lapso de protección a los datos de prueba por cada estudio especial o nuevo que demandaran las normas; la obligatoriedad de la autoridad nacional de notificar al titular de la patente la identidad de cualquier tercero que solicite registro; protecciones adicionales por segundos usos de los ingre-

dientes activos, y compensaciones por demoras en el otorgamiento de patentes y registros.¹³⁹ Es decir un conjunto de medidas para ampliar el negocio privado de los medicamentos, su control monopólico y la limitación del campo de genéricos.

Los cálculos contrafactuales y proyecciones realizadas con los bases de datos del comercio de principios activos en el país, permitió estimar la magnitud del impacto nacional, el encarecimiento de precios y la ampliación del mercado monopólico.

Por fortuna, las organizaciones sociales del país detectaron a tiempo la estratagema y se levantó una sólida movilización social para frenar el TLC. De ese modo, y a diferencia de los países vecinos (Perú y Colombia), no se consumó la operación.

Pero las lecciones aprendidas sobre las implicaciones sociales de los regímenes internacionales no terminan ahí. En la actualidad existen acuerdos comerciales ya establecidos, y otros por firmarse, que también afectan el derecho a la salud. Tal el caso de los puntos que la Organización Mundial del Comercio (OMS) viene impulsando desde 2001, a través del llamado Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS), en el que se establecen mecanismos para abrir el sector de los servicios a la esfera privada y a proveedores sin fines de lucro, aún en zonas sensibles como el agua, la salud y la educación.

El acuerdo consiste en liberalizar de forma progresiva el “comercio de los servicios” entre los integrantes de la OMC, lo cual implica eliminar toda medida gubernamental que pudiera favorecer a un proveedor nacional frente a un extranjero. Esto implica que el GATS cubre virtualmente toda acción, regla o reglamentación que tenga un efecto directo o indirecto sobre el comercio de los servicios. Como reconoce la OMC, el GATS define el comercio de los servicios de manera tan general que se convierte en “directamente relevante para muchas áreas de reglamentación que tradicionalmente no estuvieron afectadas por las reglas de comercio multilateral”. La amplitud de las pautas del GATS amenaza con limitar seriamente la capacidad de los gobiernos nacionales para emprender acciones o políticas en aras de las prioridades sociales, ambientales o de desarrollo. Además, todo compromiso para liberalizar los servicios que asuma un gobierno en respuesta a la solicitud de

139 Antonio Gaybor, Carlos Nieto y Ramiro Velasteguí, *TLC y plaguicidas*, Quito, SIPAE, 2006.

otro país se aplicará a todos los miembros de la OMC, según la regla de la Nación Más Favorecida.¹⁴⁰

Y claro, lo que más preocupa es su virtual irreversibilidad, dado que en un principio cualquier país puede desvincularse del compromiso asumido con el GATS en un sector de servicios, indemnizando a los socios comerciales afectados o imprimiendo represalias en la forma de sanciones comerciales. De esta forma, el GATS incide peligrosamente en la política de las naciones al limitar su capacidad de acción e incluso en su soberanía.

Las políticas públicas se ponen en riesgo puesto que el derecho a la salud está fuertemente relacionado con procesos sociales, económicos y políticos donde juegan diversos intereses, y un acuerdo de este tipo favorece al sector privado por encima de los intereses de la mayoría de la población.

El impacto de las normas comerciales internacionales y en especial del GATS, por su efecto sobre la liberalización de bienes y servicios relacionados con la salud pública, se proyecta según el criterio de un especialista en varias direcciones.¹⁴¹

En primer lugar, la potencial afectación de los servicios prestados a las empresas (incluyendo, los servicios profesionales, de investigación y desarrollo) que hasta ahora habían permanecido relativamente independientes. En segundo lugar, dentro de los servicios sociales y de salud, como los servicios de hospital, existen compromisos plenos y parciales asumidos con el GATS en cuanto al acceso a los mercados, y en cuanto al trato nacional aparecen amenazas importantes que se pueden resumir del siguiente modo:

Las principales transformaciones serán visibles en las limitaciones que los gobiernos nacionales, provinciales y municipales tienen y tendrán para desarrollar políticas públicas que respondan a los intereses de los ciudadanos. Si el Gobierno se mantiene en no firmar el TLC, todavía está vigente el GATS, como uno de los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio, más cercanos, y cuyo propósito justamente es liberalizar en forma progresiva el comercio de los servicios. Entre otras cosas, la liberalización implica eliminar toda medida gubernamental que pudiera favorecer a un proveedor nacional frente a uno ex-

140 Citizens' Network on Essential Services, "Los servicios públicos en peligro: el GATS y la agenda privatizadora", en *Control Ciudadano*, www.socialwatch.org/es/informesTematicos/67.html, consultado en julio de 2007.

141 Entrevista de la autora a Juan Fernando Terán sobre el tema "Impactos de regímenes internacionales y del GATS sobre la salud", Quito, abril de 2007.

tranjero, tales como los subsidios públicos preferenciales. Una medida que afectaría considerablemente al sector de la salud.¹⁴²

En ese marco histórico se puede colegir que las políticas de ajuste y las reformas sanitarias entre 1990 y 2006 se han articulado con los procesos estructurales y transformaciones del mercado para afianzar la transición hacia una nueva concepción de la política social, donde se privilegia la participación de los sectores privados en la entrega de servicios.¹⁴³

En definitiva, el libre comercio no se refiere sólo a la conquista del comercio, ni peor al desarrollo libre. Y si bien, la victoria momentánea de nuestras organizaciones sociales logró hasta ahora detener el vendaval de los tratados de libre comercio, persisten en el horizonte las grises nubes de nuevos ardides de ese tipo, que seguramente tratarán de ser vendidas como algo distinto, pero que encarnarán las mismas amenazas.

La modernización de los males: la privatización del agua en Guayaquil y “electrosmog” en Quito

La reforma del sector de salud en Ecuador se desarrolla entre dos polos bastante definidos.¹⁴⁴ El primero, marcado por la tesis neoliberal —que se liga a la lógica del mercado— que relega la participación pública argumentando que lo público es burocrático e ineficiente por definición, y aconseja una lógica gerencial fuertemente sustentada por el sector privado; y el segundo, caracterizado por la defensa de lo público y la equidad, así como la exigencia de que el Estado asuma la plena responsabilidad de lo social y el desarrollo humano. Ambas tendencias han pugnado por introducir reformas en el sector. En 1995, durante la presidencia de Durán Ballén, el CONASA impulsó un sistema de salud que tenía como una de sus finalidades declaradas la creación del seguro universal de salud,¹⁴⁵ como una forma de pago de la deu-

142 *Ibíd.*

143 Según informes de Social Watch, en los años 90 el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo entregaron paquetes de créditos importantes para algunos países de América Latina, entre ellos Ecuador, condicionándolos a la privatización de empresas de servicios públicos como el agua.

144 MSP, *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador*, Quito, MSP, 2007.

145 En un documento preparado por la OPS y la OMS en marzo de 2003, se define el “aseguramiento universal como la garantía efectiva de la protección en salud del acceso de todos los ciu-

da social y estrategia de incremento de la cobertura, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, cosa que quedó en el papel, como veremos más adelante.¹⁴⁶ En correspondencia, durante 1997, la Ley de Descentralización propuso la transferencia de bienes y recursos a los municipios, provocando un debilitamiento de la institucionalidad central del Ejecutivo.

Dichas reformas se esgrimían en nombre de una tesis muy lógica de crear un sistema de articulación funcional para la gestión de la salud mediante la coordinación de los concejos cantonales, los consejos provinciales y el Consejo Nacional de Salud, lográndose así una deseable descentralización y el traspaso de competencias a los gobiernos seccionales. El argumento teórico es aceptable y no resiste cuestionamientos, pero, en el marco de un Estado en trance de reforma neoliberal, implica dismantelar responsabilidades del gobierno central, y proyectar a las regiones paquetes menores de servicios, abriendo el camino para que los subsectores públicos instauren formas de autogestión y aseguramiento pagado en la prestación de servicios.

Cabe mencionar aquí que no todas las actividades desplegadas en épocas anteriores por el Estado central son apetecidas por el sector privado, sino aquellas que constituyen espacios rentables de un mercado garantizado. Bajo esa lógica, programas fundamentales del campo preventivo, como los de salud en el trabajo, protección ambiental, adolescencia, adultos mayores, etc., fueron relegándose sistemáticamente y quedaron reducidos a su mínima expresión.

Para absorber los fondos públicos o el ahorro de la población, las reformas introdujeron la creación de administradoras de fondos y redes de proveedores privados bajo el supuesto de fortalecer la capacidad de provisión universal de los servicios y de regulación. Es así que se aprobó el cambio legal de un sistema público, con su régimen financiero distributivo, a un modelo mixto, que adujo combinar los beneficios de la solidaridad intergeneracional con las ventajas de la capitalización individual, para lograr cambios de orden estructural, paramétrico e institucional.¹⁴⁷

Como era de esperarse, la retórica de universalidad se vio ahogada por la lógica subyacente de focalización. Y así, los niveles de cobertura de ese

dadanos a servicios de salud calidad, sin distinción de clase social, capacidad de pago, raza, género, creencias religiosas, credo político o cualquier otra condición social”.

146 *Ibid.*, p. 111.

147 Sandra Pazmiño, “La Seguridad Social en Ecuador”, en *Apuntes de Economía*, No. 47, Quito, Banco Central del Ecuador, 2004, p. 1-96.

seguro “general” no sólo fueron menores que en el resto de los países de América Latina, sino que distaron mucho de cubrir las necesidades de protección y seguridad social, frente a un derecho teórico, que consagraba la Constitución del 98, que suponía garantizar el acceso y gratuidad de la salud pública. Las desigualdades en la distribución del ingreso ahondaron las evidentes desigualdades de acceso a los servicios, más allá de una repetida propaganda de las supuestas bondades del aseguramiento universal.

En lamentable coincidencia con la instauración del modelo social concentrador y privatizador, el gasto familiar en salud se incrementó en el período analizado. Según cifras de 2006 del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), el gasto promedio anual de los hogares ecuatorianos tipo se estimaba en US \$ 541,87; una cifra que asciende a US \$ 576,16 si se excluye el 6% de los hogares que no presentaron problemas de salud o no utilizaron los servicios. Se observa que el gasto es mayor en el área urbana con US \$ 613,33 y en el área rural US \$ 437,98. El gasto promedio aumenta en la medida en que se incrementa el nivel económico, de US \$ 277,49 en hogares del quintil más bajo a US \$ 873,01 en los del quintil más alto. Con respecto al grupo étnico, el gasto anual más bajo se encuentra en hogares indígenas (US \$ 301,75) y el más alto en hogares mestizos (US \$ 560,33).¹⁴⁸ Un giro que expresa el desplazamiento de la seguridad social hacia el “negocio de la salud” y, por tanto, la imposición de una carga creciente sobre los pobres.

En 2006, los gastos de salud bordearon los US \$ 1.300 millones. Un monto que incluye consultas, consumo de medicamentos, atención médica, terapias, rehabilitación, operaciones, entre otros. Hasta ese momento el 60% de esos gastos salieron de los bolsillos de los clientes y la diferencia del presupuesto del Estado que financia las entidades públicas.¹⁴⁹

Datos de prensa ratifican que el crecimiento de la demanda de los servicios tuvo sus inicios en el año 2000 e incentivó a la empresa privada a invertir en nuevos establecimientos de salud, en clínicas y hospitales. En menos de una década, desde 1994 hasta 2003, estos pasaron de 266 a 463 en ciudades como: Guayaquil, Quito, Cuenca y Machala. La tendencia continúa, pues en menos de un año se registraron inversiones cercanas a los US \$ 100 millones

148 Encuesta Condiciones de Vida 2005-2006 en *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos-INEC*, http://www.inec.gov.ec/web/guest/institucion/regionales/dir_reg_sur/est_soc/enc_cond_vid?doAsUserId=p%252Bx9vuBVM9g%253D.

149 Noticia “USD 100 millones se invierten en salud”, *El Comercio*, Quito, 26 de mayo de 2006.

para la construcción de cuatro nuevos hospitales y clínicas en Guayaquil y Quito. A eso se añaden los planes de salud que ofrecen las empresas, seguros privados y clínicas a los usuarios. La contrarreforma hizo que la medicina prepagada en el país se convierta en un negocio muy lucrativo.

En la actualidad existen diez compañías (Salud, Humana, Ecuasanitas, Panamericana del Ecuador, Panamerican Life, Salud Coop., Seguros Bolívar, Vida Sana, Morreón y Mediken) que ofrecen estos servicios y que mueven alrededor de US \$ 280,2 millones, según datos de la Superintendencia de Compañías y Seguros.¹⁵⁰

En consonancia, la política de salud promovió un nuevo discurso de corte individualista que legitimaba los valores de la competencia y la noción de que el mercado es el repartidor óptimo. Paralelamente, desde una cultura del consumo, se proclamaba que el cuidado de la salud se centra en los estilos de vida y en la estética personal de “verse y sentirse bien”. De esta forma, la dimensión social y colectiva de la salud se diluyó en lo individual, y la responsabilidad del Estado quedó reducida a la función de regulación. Los ciudadanos con el derecho de exigir se transforman en consumidores que pueden ser, en el mejor de los casos, contrapartes indirectas de los contratos.

El resultado neto del cambio producido fue que los hogares pobres perdieron acceso a una atención médica básica. Constatación que ha sido ampliamente documentada en estudios aplicados a la realidad de muchos países latinoamericanos.

Pero, a pesar de que la literatura científica y técnica de la salud pública registra ampliamente el fracaso de las privatizaciones, en los espacios masivos de la comunicación se ha propalado un discurso que destaca una supuesta eficiencia de los proveedores privados de servicios, quienes han presionado para el cambio de las políticas concernientes al agua, la educación y la salud, para que se abran a la inversión de capital.

Con el propósito de legitimar sus inversiones, los proyectos neoliberales se han esgrimido como instrumentos de oferta eficiente, incluso para los pobres. Pero los contrastes y retrocesos reales, que los medios de comunicación invisibilizan sistemáticamente, han terminado negando las supuestas bondades del modelo. En el período neoliberal 1990-2006 hemos visto un retroceso en los servicios y el deterioro de la oferta pública, con recursos insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades curativas de los grupos

mayoritarios cuyas escuálidos ingresos apenas abastecen para comprar, con enormes sacrificios, limitados servicios privados.

La privatización del servicio de agua en Guayaquil

Un caso paradigmático y demostrativo de este retroceso y del poder de la propaganda para ocultar la injusticia provocada, es el caso de la privatización del servicio del agua para la ciudad de Guayaquil, publicitado como ejemplo de las bondades de una concesión privada y del éxito de una alcaldía que “se preocupa por los pobres”. Sin embargo, un valioso estudio de evaluación sobre el efecto real del citado servicio, realizado por Andrés Freire, pone al desnudo los resultados netos de la gestión del agua en manos privadas y los propósitos ocultos de esa operación municipal. Veamos qué ha significado la privatización del servicio municipal de agua para Guayaquil, especialmente para los compatriotas de las clases más pobres del puerto.

La investigación se ampara en el precepto de que todo movimiento privatizador inflinge un serio impacto sobre el derecho a la salud de los sectores populares, pues los grandes conglomerados urbanos y sus necesidades básicas son vistos por los inversionistas y políticos neoliberales como un gran espacio de mercado. Por eso es que se ha suscitado una airada protesta social en defensa del derecho al agua, que se ha convertido en un terreno de hondo conflicto social en Ecuador y en otros países de América Latina.¹⁵¹

Los gobiernos municipales como el de Guayaquil también han instaurado diversos mecanismos de ajuste, acentuando de esa forma las diferencias sociales en el acceso a los bienes de la salud como el agua. Este tipo de consecuencia se debe no al mayor empobrecimiento de los pobres y al deterioro de sus niveles de ingreso, sino a la ampliación de las diferencias en la dotación de infraestructura urbana y servicios entre las clases sociales que predominan en las distintas zonas de las ciudades.

Por esa vía, el agua deja de ser una fuente de vida garantizada por el Estado para convertirse en una mercancía cada vez más cara, que se torna en permanente sufrimiento social. Hasta los años 80 el mayor problema era su carencia, baja calidad y contaminación en las redes más deterioradas de los barrios más pobres, lo cual alimentaba principalmente altas tasas de enfer-

151 Alex Zapatta, “Las políticas de agua en América Latina: entre el ajuste hídrico y la resistencia popular”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *op. cit.*, p. 128-137.

medades infecciosas y mortalidad infantil; pero ahora, a esos problemas se sobreañade el hecho de su privatización. Miremos entonces algunas evidencias sobre lo sucedido en Guayaquil, que fueron extraídas de la investigación mencionada.¹⁵²

La Municipalidad de Guayaquil, bajo las consabidas justificaciones, delegó hace algunos años la provisión de agua potable a la corporación internacional Interagua por medio de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo. Como lo demuestra el Observatorio Ciudadano de Servicios Públicos, más allá de la retórica de ese municipio y su doctrina neoliberal, los problemas de acceso no mejoraron, sino que se multiplicaron las quejas de la ciudadanía debido a la mala calidad del agua, los cortes interminables y las altas tarifas.

En efecto, en el período enero 2000-abril 2007, si bien todos los precios fueron castigados, el incremento llegó a más del 176% para el segmento más pobre de la población guayaquileña (0-15 m³ de consumo); 164,3% para el segmento de 15-30 m³ y 188,9% para los que tienen un consumo de 30-60 m³ (clase media). Contrariamente, para los sectores industriales y de gran consumo (2.500-5.000 m³) el aumento fue menor –del 110,7%– dentro del mismo período.

Como se constata en el cuadro 8, el alza de precios para el segmento más pobres de pequeños consumidores (de 0 a 15 m³) fue alto y desproporcionado respecto a la inflación, pese a la evidente mala calidad y el difícil acceso; en resumidas cuentas un servicio más caro (relación precio-calidad). Con estos datos, el Municipio de Guayaquil pasa a engrosar las filas de los gobiernos locales de América Latina que han provocado el rechazo de los sectores sociales más conscientes y más afectados. Lamentablemente a los pueblos a veces les toma tiempo el constatar en carne propia que la concesión privada de los servicios no mejora el servicio, pero si garantiza mayor rentabilidad para las empresas. En el puerto principal “Interagua ha distribuido agua no apropiada para beber, eleva los costos sin explicación, no expande el servicio, realiza cortes constantemente al servicio en toda la ciudad y ha sido negligente e irresponsable en el tratamiento de aguas servidas, comprometiendo el medio ambiente local y la salud pública”.¹⁵³

152 Andrés Freire, *Estudio tarifario del servicio de agua potable de Guayaquil: un análisis técnico sobre la estructura tarifaria y el impacto del crecimiento del costo del agua potable en Guayaquil, la ciudad más poblada del Ecuador*, Guayaquil, Observatorio Ciudadano de Servicios Públicos, 2008.

153 *Ibíd.*

Cuadro 8
Incremento de las tarifas de agua para los consumidores
más pobres por el proveedor privado Interagua (%)

Año	Inflación anual	Incremento Interagua*
2000	91,01	33,32
2001	22,44	51,64
2002	9,36	15,84
2003	6,07	12,19
2004	1,95	0,38
2005	2,12	6,24
2006	3,30	-10,94

* Segmento de 0-15m³.

Fuente: BCE, Observatorio Ciudadano de Servicios Públicos, 2008.

Elaboración: Andrés Freire, 2008.

De esa manera y como lo hemos sostenido reiteradamente a lo largo del presente estudio, el modelo de acumulación acelerada y las políticas neoliberales complejizaron la miseria social. Si antes observábamos inaceptables carencias básicas y contrastes interbarriales en la calidad de vida y dotación –por ejemplo, en Quito tasas de mortalidad infantil 5,4 veces más altas en los barrios urbano-marginales respecto a los suntuarios–¹⁵⁴ ahora, como producto de las privatizaciones y el ajuste, al problema de los contrastes de acceso y calidad, se sobreañaden otros problemas de la justicia ambiental y formas nuevas de contaminación ambiental y daño humano.

Electrocontaminación privada en Quito

En algunas ciudades del país como Quito y Cuenca se ha producido un despertar sobre flamantes formas de contaminación que nos vinieron encima especialmente desde el cambio de milenio. Es el caso de las reacciones fren-

te a la epidemia que ya llegó al Ecuador del síndrome conocido como “EHS” (hipersensibilidad electromagnética) provocado por la inundación ambiental de ondas provenientes de la implantación descontrolada de fuentes de radiación de las más variadas fuentes (especialmente monitores de video, diversos sistemas de transmisión inalámbrica –*wireless*–, teléfonos móviles y estaciones base de telefonía móvil). Sin duda, las fuentes más copiosas y masivas son las de la telefonía móvil. La Organización Mundial de la Salud en respuesta a las crecientes evidencias de ese problema convocó a un taller internacional en que se caracterizó al EHS por una diversidad de síntomas no específicos, que las poblaciones afligidas los atribuyen a la exposición a los campos electromagnéticos (CEM) y que incluyen: síntomas dermatológicos (enrojecimiento, hormigueo, y sensaciones de quemadura); además de síntomas neurasténicos y vegetativos (fatiga, cansancio, dificultades de concentración, vértigo, náuseas, palpitación del corazón y trastornos digestivos). La EHS se parece al síndrome de sensibilidades químicas múltiples (MCS), otro desorden asociado con las actuales exposiciones ambientales de bajo nivel a los químicos, que también se expande en la actualidad. Son trastornos no específicos que carecen de una aparente base toxicológica o fisiológica y que por lo pronto se reconocen como una intolerancia ambiental idiopática (IEI).¹⁵⁵

En definitiva, estamos hablando de la propagación de una especie de epidemia posmoderna, cuyas consecuencias y tiempo de incubación son aún muy poco conocidos y que tomará tiempo en hacer sentir todos sus efectos letales. Un problema que se expande bajo la competición global de grandes empresas, que duplican y triplican innecesariamente fuentes de radiación peligrosas para consolidar su mercado; empresas como las de la telefonía móvil que siembran de estaciones emisoras de radiofrecuencia los barrios de nuestras ciudades e inducen al uso de sus aparatos incluso por niños menores, con lo cual no sólo refuerzan un patrón cultural alienante sino que exponen a sus inmaduros sistemas nerviosos e inmunológicos a impactos destructivos.

Todo este conjunto de nuevos agresores ambientales entran a formar parte de la llamada *electrocontaminación* o *electrosmog*¹⁵⁶ que, como dijéramos, ya ha desencadenado trastornos y las consiguientes protestas y deman-

155 OMS, “Taller sobre electro hipersensibilidad”, en *Organización Mundial de la Salud*, http://www.who.int/entity/peh-emf/publications/facts/ehs_fs_296_spanish.pdf.

156 La electropolución es el aumento de los campos electromagnéticos, líneas eléctricas, transformadores, antenas de telefonía móvil, emisoras de radio, televisión, radares, etc.

das formales por organizaciones barriales como las de Quito.¹⁵⁷ Es la expresión de una ciudadanía informada que, ante la aparición del síndrome de hipersensibilidad electromagnética, claramente asociado a la cercanía de dichas fuentes de electrocontaminación, demandan el cumplimiento de leyes y ordenanzas, la aplicación del principio de precaución y el retiro inmediato del peligro. Las dilatorias y ambigüedades de la respuesta del gobierno municipal hacen pensar en dos posibles explicaciones: o las autoridades y especialistas municipales desconocen los valiosos precedentes jurídicos y científicos que han determinado la aplicación de ese precepto en los países más desarrollados del mundo, o existen intereses vinculados entre los personeros del Distrito Metropolitano frente a las poderosas transnacionales.

Casos como el descrito nos llevan a recordar el permanente conflicto de intereses, mil veces repetido, entre la población y sus aspiraciones de un buen vivir saludable, respecto a la indolente arrogancia de inversiones protegidas por la permisividad de las leyes o las complicidades institucionales. Cuestión de carácter infame cuya gravedad se magnifica en este caso que comentamos, al mirar las cifras del inmenso negocio de la telefonía móvil. Según información y cálculos realizados por un conocido analista con los datos disponibles para el común de los ciudadanos, las dos empresas transnacionales de la telefonía móvil en Ecuador, percibirán “[...] un beneficio neto a su favor, a costa de la República y de sus habitantes, de USD 20.557’387.200 (veinte mil quinientos cincuenta y siete millones de dólares en quince años; es decir, USD 1.370 millones cada año; USD 3’754.773 cada día; USD 156 mil 449 cada hora; USD 2.607 cada minuto, día y noche, en forma ininterrumpida; durante quince años seguidos!).¹⁵⁸

Todo eso mientras la vida de los niños, las mujeres embarazadas, las personas de la tercera edad y muchos más de nuestras ciudades y comunidades rurales se ven expuestos a vivir en medios malsanos donde se mezclan la contaminación biológica, a veces química y electromagnética como para recordarnos que la aceleración global nos condena a padecer, sin remedios ni atenuantes, el nocivo cóctel de las viejas y modernas agresiones de un sistema económico indolente.

157 Comité Pro Mejoras del Barrio La Floresta. Oficios varios de la organización barrial al Comisario Metropolitano Ambiental y a la Comisión de Medioambiente del Consejo denunciando la instalación ilegal e inconulta de radio base de la Empresa OTECEL (Movistar), archivo de la organización barrial de Quito, consultado en julio de 2007.

158 Diego Delgado, “Error terrible que el presidente Correa debería corregir. En defensa del Patrimonio Social y Nacional”, artículo circulado por correo electrónico, agosto de 2008.

Se acentúa la desigualdad en la distribución de recursos

En Ecuador, la inequidad en la distribución del recurso humano profesional entre barrios de las ciudades, entre regiones de provincias o entre provincias ha sido convencionalmente grande. En principio, el recurso médico ha tendido siempre a seguir las leyes del mercado y por eso busca ubicarse donde hay una demanda con capacidad adquisitiva. El resultado ha sido que haya más y mejores servicios e índices de cobertura profesional en las ciudades, especialmente en las grandes ciudades, aunque también al interior de éstas existe igualmente una distribución inequitativa que denota una desprotección de las zonas periféricas y más deprimidas socioeconómicamente. Y esto ocurre no sólo respecto a esos recursos curativos sino también en la dotación de infraestructura urbana, según la información que consta en informes de los municipios.

A su vez, las áreas rurales, en particular las zonas más pobres, tienen serias deficiencias en cuanto a personal de salud. De acuerdo con la concentración regional y social del ingreso imperante en el país y la búsqueda de lucro que mueve a la salud privada, se observa una concentración de su personal en las zonas más ricas y con mayores servicios en el país. Así lo corrobora un estudio sobre desarrollo social y gestión municipal en el Ecuador¹⁵⁹ que advierte que la distribución regional del personal público de salud es inequitativa y carente de prioridades afirmativas.

El personal de salud pública por cada mil habitantes presenta marcadas diferencias, tal como lo demuestra el estudio del cuadro 9.

El informe citado evidencia la concentración de los recursos en las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales. Cuando éstos se analizan por parroquias se observa que el 19% de la población rural carece por completo de personal de salud (público o privado). En el caso del personal de salud pública, la cifra corresponde al 37%, y en la Costa rural, este porcentaje alcanza el 42%.

No hemos identificado información que permita comparar la distribución de recursos antes y después de 1990, es decir antes y después de la instauración del período neoliberal. Sin embargo, puede decirse hipotéticamente

159 El estudio referido fue trabajado por un equipo de investigación conformado por Fernando Carrasco, Javier Cervantes y Noemí Viedma, y coordinado por Carlos Larrea, para la Secretaría General de la Presidencia de la República y el Proyecto de Modernización, 2008.

Cuadro 9
Personal de salud por cada 1.000 habitantes

Área geográfica	Personal de salud pública	Personal de salud privada	Personal total
Campo	2,20	2,47	4,68
Ciudad	18,58	28,98	47,56
Total	11,73	17,90	29,62

Fuente: Carlos Larrea, "Informe sobre Desarrollo Social y Gestión Municipal en el Ecuador" con datos de INFOPLAN, INEC y Censo de Población de 1990.

te que la profundización de la ley del mercado en los años del ajuste no puede sino haber reforzado dichas inequidades, tal vez con la variante del surgimiento de nuevos polos de acumulación en ciudades emergentes como Santo Domingo o en sectores de la nueva ruralidad empresarial como Cayambe.

La precarización de las condiciones laborales

Los nuevos patrones laborales, el incremento de los ritmos de trabajo y la duración de los mismos; la subcontratación sistemática de ciertas actividades de riesgo, y las modalidades de subempleo, entre otros, son procesos que han contribuido a la precarización de las condiciones laborales desde el siglo anterior. Especialmente en los países de economía subalterna como el Ecuador, la dureza de las condiciones de trabajo y la desprotección de la fuerza laboral han alcanzado niveles alarmantes.

En el período neoliberal los perfiles de trabajo malsano se han multiplicado y acentuado en toda América Latina. No solamente han incidido las estrategias de desregulación y flexibilización que comentamos anteriormente, sino el surgimiento de nuevas y más peligrosas modalidades de trabajo, cuyas más dramáticas expresiones, reportadas en foros de salud, son el trabajo esclavo y la muerte por fatiga. De hecho los peores casos de trabajo esclavo y de muerte por fatiga laboral *karoshi tropical* se han reportado en Brasil. Entre 1995, cuando el Grupo Móvil de Combate al Trabajo Esclavo fue crea-

do en ese país, y abril de 2007, 8.225 personas fueron liberadas de la esclavitud en 405 plantaciones del Estado de Pará. La mayoría, empleados de fincas pecuarias y de extracción de carbón.¹⁶⁰ A su vez, la muerte por fatiga se ha reportado en fincas de caña genéticamente modificada para agrocombustibles.¹⁶¹

Naturalmente el trabajo del personal de salud no cae en perfiles tan graves, pero no por eso debemos perder de vista el hecho de que todas las formas de trabajo se han agravado con el advenimiento del modelo económico neoliberal.¹⁶²

El trabajo en hospitales y programas de salud, de por sí rodeado de procesos peligrosos, ha empeorado en esta época en que se acentúan las estrategias de lucro en los servicios, se establecen formas de contratación precarias e inestables, se demanda mayor trabajo por el mismo salario y los trabajadores tienen que recurrir al poliempleo para subsistir.

Al respecto, un estudio conjunto de UNICEF y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador¹⁶³ presenta un análisis de los cambios en las reformas estructurales con relación al período de ajuste en el mercado laboral, y determina que hasta 1995, quienes estaban amparados por nombramientos o contratos definitivos, llegaron a representar el 60,7% de la población urbana ocupada asalariada. Pero en 2003, en el período de crisis, ese porcentaje bajó a 43,9%. Un hecho que difiere con la contratación bajo otras modalidades no permanentes, que representaron en 1995, el 39,3% y en el año 2003, el 56,1%. Este desmantelamiento se puede ver con fuerza en el período 1990-2004, puesto que las organizaciones sindicales se redujeron de 480 a 96, mientras que los contratos colectivos sucritos bajaron de 221 en 1993 a sólo 115 en el año 2003.

De otro lado en los últimos diez años, el personal de salud aumentó de 53.357 a 66.743, con un crecimiento del 25% donde el 50% pertenece al sector privado, mientras que el sector público representa tan sólo un 10%. Sin

160 Alison Suton, *Trabalho escravo: um elo na cadeia da modernização no Brasil de hoje*, Sao Paulo, Loyola, 1994.

161 Ricardo Antunes, "O karoshi tropical e a velha República", en *Jornal do Brasil*, 13 de agosto de 2005, <http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/opiniao/2005/10/12/joropi20051012001.html>.

162 Mariano Noriega, Ángeles Garduño y Celia Cruz, "El impacto del neoliberalismo en la salud de los trabajadores de América Latina", en Jaime Breilh, edit., *op. cit.*

163 Julio Oleas, et al., *Foro sobre la democracia, el bienestar y el crecimiento económico*, Quito, UNICEF / FLACSO / Fundación Terranueva, 2006.

embargo, el decrecimiento de las organizaciones laborales en los períodos de ajuste estructural muestra otra realidad. Según el Instituto Latinoamericano de Estudios Sociales (ILDIS) en el período 1970-79 existían 1.750 organizaciones sindicales legalmente construidas, sin embargo, tres décadas más tarde en el lapso 2000-2004, se han reducido a sólo 96.¹⁶⁴

Los sindicatos en el sector de salud se encuentran principalmente en el Ministerio de Salud, algunos en el Instituto de Seguridad Social (IESS) y en otras instituciones como la Junta de Beneficiencia de Guayaquil.¹⁶⁵ Frente a los procesos de modernización y descentralización del sector, sobre todo de los últimos años, los sindicatos se han constituido en un frente de resistencia con la paralización de servicios. Acciones que han recibido duras críticas de parte de varios sectores, que ven en los paros y huelgas una falta de sensibilidad de los trabajadores, sin analizar los problemas laborales serios que ellos debieron afrontar, sin otra salida ante la insensibilidad laboral del modelo.

El AUS como mecanismo de privatización, inequidad y retroceso público

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud (AUS),¹⁶⁶ firmado en octubre de 2005, le costó al Estado US \$ 200 millones como parte del plan del gobierno de Alfredo Palacio, que consistía en un plan de aseguramiento nacional, con diferentes capítulos en Quito y Guayaquil. Las dos ciudades recibieron US \$ 3 millones 300 mil, en el primer caso, y US \$ 6 millones, en el segundo.

164 Julio Oleas, *Exclusión social y crecimiento económico en Ecuador, 1990-2004*, Quito, UNICEF / FLACSO, 2006.

165 Según datos de la Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo, el Sindicato Único Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud Pública (SUNSTRAMSP) agrupa a 7.300 afiliados, en su mayoría pertenecientes a la región Sierra y Oriente. Mientras que la Asociación Sindical Única de Trabajadores del Ministerio de Salud (ASUNTRAMIS) tiene 8.600 afiliados, mayoritariamente de la región costa. Aunque existen otros sindicatos, los datos mencionados corresponden a los que agrupan mayor cantidad de afiliados.

166 En julio de 2005, el Banco Mundial desembolsó US \$ 90 millones para el AUS al que también se entregaron US \$ 536 millones para la ejecución de diez proyectos en el mismo año y otros llevados a cabo en 2006. Sin embargo, los créditos se desembolsaron en dos tramos que corresponden a tres proyectos en 2005 y otros siete en 2006. (*El Comercio*, 10 de julio de 2005).

El AUS fue concebido para integrar acciones del Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Seguro Social de la Policía y el Seguro de las Fuerzas Armadas. En una primera fase, se cubrirían los estratos de extrema pobreza (quintiles 1 y 2 de la población), lo que equivalía a 1,2 millones de ecuatorianos.

En el caso de Quito, el AUS arrancó en marzo de 2005 dirigido por la Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) y ejecutado por la Corporación Metropolitana de Salud, creada ese mismo año. El plan ofrece un conjunto de prestaciones de salud para el Distrito Metropolitano, a través de una afiliación voluntaria que tiene un costo de US \$ 3, que incluye cobertura por atenciones ambulatorias y hospitalarias, así como servicios de apoyo y diagnóstico. Cuenta con 48 proveedores organizados en redes de atención con el modelo de referencia y contrarreferencia nacional, formadas por quienes tienen firmados los convenios con el Municipio: unidades municipales de salud, instituciones privadas con y sin fines de lucro, e instituciones públicas del Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo, los resultados del programa, luego de un año, demostraron otra cosa. Y es que lo público sufrió un marcado retroceso frente a las prestaciones asignadas a gobiernos locales, lo que estimuló la aparición de diferentes tipos de seguros públicos y privados con una mayor desigualdad en el acceso.

A propósito de este tema, Salud de Altura, un proyecto de la Cooperación Técnica Belga, en su investigación sobre la salud en Quito, determinó que la población más pobre de la ciudad prefiere asistir a las instituciones privadas, a pesar de que el gasto de bolsillo representa el 45% para salud, un promedio importante para las familias quiteñas.¹⁶⁷

Durante los últimos 13 años, luego de la intervención del Seguro Metropolitano de Salud y del AUS, se han afincado las desigualdades en Quito. Esto como fruto de la concentración del ingreso, pues el 20% más rico sigue acumulando más de la mitad total de los ingresos, es decir, la situación no sólo se mantuvo sino que se incrementó. Así, mientras en 1990 la diferencia entre el decil más rico y el más pobre era de 23,8 veces más (1,6 a 37,1% de los ingresos en el DMQ), en 2003 alcanzó el 26,4% (1,4% a 38%).¹⁶⁸

167 Proyecto Salud de Altura-Línea de Base, *La salud en Quito. Análisis de acceso y calidad*, Quito, Proyecto Salud de Altura, 2007.

168 *Ibíd.*

En el estudio citado se comprobó que la población quiteña acudió en mayor número a la provisión privada que pública, en una proporción de 70% a 30%, donde el lugar más concurrido fue el consultorio particular con alrededor del 27%. Esto se repite en la población pobre de Quito que también buscó atención privada con el 52%, mientras que el 49% acudió a un establecimiento público. El sitio más concurrido fue la farmacia con 21% seguido por el consultorio particular en 20%. Entre las principales causas se encuentran: la mala atención de los servicios públicos y la lejanía de los mismos. Los hogares pobres utilizan más los servicios privados, 37,12%, pero van en mayor porcentaje a farmacias que a un médico.¹⁶⁹

El AUS en Guayaquil

El Programa de Aseguramiento en Salud en el Puerto Principal, que cambió su denominación por Plan de Aseguramiento Popular (PAP), arrancó meses más tarde, en octubre de 2005, con la firma de un contrato entre la compañía Transmédica y la Fundación para el Aseguramiento Popular auspiciada por el alcalde de Guayaquil, Jaime Nebot.

Transmédica recibiría el pago del Estado ecuatoriano para atender a las personas menores de 18 años que constan como beneficiarios del bono de desarrollo humano de la ciudad de Guayaquil. Por esto la empresa percibiría US \$ 2'025.000.¹⁷⁰ Como parte del plan, la Fundación para el Aseguramiento Popular en materia de salud contemplaba que otras fundaciones que prestan servicios médicos, así como iglesias, médicos con consultorio propio y consultorios privados formen parte de la red.

Según un comunicado de la Presidencia que circuló en los meses de gobierno de Palacio, “la primera fase del Programa de Aseguramiento Universal se ejecutará con un préstamo del Banco Mundial, por US \$ 45 millones a cumplirse en tres o cuatro años”. Lo cual significa un aumento de la deuda externa para beneficiar algunas empresas médicas, pero no para mejorar los hospitales públicos, ni el Servicio de Salud Pública, ni tampoco el acceso a medicamentos, como ocurre en cualquier país que implementa políticas sociales tendientes a mejorar la salud de su población.

169 *Ibíd.*, p. 33.

170 *Tintají*, Quito, Fundación Editorial La Pulga, primera quincena de noviembre de 2005.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 1.685, del 20 de julio de 2006, se autorizó la asignación de US \$ 4,50 a la Fundación de Aseguramiento Popular en materia de salud, “de manera permanente e indefinida a partir del ejercicio financiero de 2007”, por cada beneficiario del Bono de Desarrollo Humano que cobrase dicho beneficio en el cantón de Guayaquil para la ampliación de la cobertura y de los servicios del PAP. Para dichos efectos, el presupuesto asciende a 7’290.000, “en consideración a que actualmente según el cálculo presupuestario, el Ministerio de Economía y Finanzas, preverá un tope de 180.000 beneficiarios mensuales, que recibirán este servicio”. Además, el mencionado presupuesto tendrá que ser actualizado cada año de conformidad con los beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano.

De acuerdo a esto, el financiamiento para estructurar el Aseguramiento Universal de Salud proviene de los fondos asignados a la salud y de nuevos recursos como los del Banco Mundial. De esta forma se estructuró el Fondo Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (FONAUS), cuya función es integrar y acumular los recursos a nivel nacional.

La nueva cara del hambre: globalización cultural y modos malsanos de comer

El modo de vivir de cada grupo social determina la salud de sus miembros, por eso constituye un punto clave del análisis epidemiológico y del conocimiento de los impactos de los períodos que, como el que analizamos, acentúan y extienden procesos sociopsicobiológicos destructivos.¹⁷¹

En este capítulo enfocaremos impactos que provocaron los casi quince años del modelo neoliberal en los modos de vivir de amplios grupos del país, aprovechando el caso evidente de los determinantes de los patrones de alimentación. En esta medida volvemos a enfocar los condicionantes del consumo, pero no sólo en el sentido del descenso del poder adquisitivo de las familias,¹⁷² y de las consiguientes carencias nutricionales, sino también en el de una creciente enajenación de los patrones alimentarios.

171 Jaime Breilh, *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y salud en la era de las revoluciones conservadoras*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1991.

172 Algunos datos de la Cumbre Mundial sobre Alimentación, realizada en 2001, determinaron que en las familias de bajos ingresos se ha reducido el número de comidas diarias de tres a dos.

Como producto de casi dos décadas de neoliberalismo, a más del empobrecimiento de la composición física de la dieta de los conglomerados urbanos y rurales, se han instaurado presiones estructurales que inducen modos colectivos y estilos personales de vivir malsanos, y engloban malos hábitos colectivos y un paulatino deterioro del modo de comer. Dichos determinantes culturales, si bien están ligados a las mismas condiciones económicas estructurales, no sólo operan por la vía de provocar la aceptación de una dieta de menor calidad fisiológica y el giro creciente hacia la comida basura, con una peor composición nutricional (*i.e.* desnutrición, sobrepeso, obesidad, diabetes y arterioesclerosis), o de consumismo de productos industrializados (*i.e.* que contienen cancerígenos y contaminantes nocivos), sino que se liga a cuestiones como la imposición de ciertas imágenes corporales y estilos socialmente impuestos, que se convierten en estándares para conductas obsesivas de consumo de alimentos, (*i.e.* anorexia y la bulimia).

En esta sección, por consiguiente, enfocaremos el problema complejo y multidimensional de los procesos determinantes de la malnutrición en el Ecuador luego de 15 años de ajuste. La inquietud sobre esta temática se redobla ahora que aparecen nuevas formas de pobreza, y variantes de la malnutrición que se hacen especialmente visibles en sociedades que han abrazado frontalmente el modo neoliberal de vivir. Una especie de pobreza posmoderna que alcanza perfiles dramáticos en países como China, con su ritmo vertiginoso de liberalismo económico, y el profundo cambio de perfil nutricional de sus colectividades, las que, gracias a la rápida mercantilización de la vida cotidiana, abandonaron sus milenarias y sabias dietas, gracias a la penetración de patrones occidentales ligados a la oferta empresarial de comida basura –la llamada *macdonalización*–, que ha disparado una inédita epidemia de obesidad.

En esa misma dirección, inquietan sobremanera publicaciones científicas recientes como la efectuada por el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de Ciencias de los Estados Unidos,¹⁷³ en la que se alerta sobre las consecuencias negativas para la salud de los niños que están siendo provocadas por el *marketing* de alimentos infantiles. La presión de las corporaciones de alimentos se denuncia como una clara amenaza para la salud de las próximas generaciones. Las empresas están aprovechándose de las afiidades y gustos de los niños, de sus valores, y de la construcción mediática

173 J. Michael McGinnis, Jennifer Appleton Gootman y Vivica I. Kraak, edit., *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?*, Washington DC, Institute of Medicine-The National Academies, 2006.

de imágenes, para crear un apetecido mercado infantil, e inducir al consumo de los productos que venden.

En Ecuador, la aparición en décadas pasadas del mercado moderno de alimentos para niños menores arrancó con la presión de las empresas de leches maternizadas a través de la propaganda y de la visita a médicos. Una tendencia que introdujo a los pediatras y profesionales de la salud en la prescripción de leches maternizadas y alimentos para los neonatos, que indujeron el abandono masivo de la lactancia materna. De esa época hasta la actualidad ha transcurrido un tiempo, pero ya observamos que el problema se reedita bajo nuevos mecanismos.

En el caso de la alimentación infantil, más allá de las discrepancias sobre las técnicas más adecuadas para la detección de malnutrición en edades tempranas,¹⁷⁴ cabe poner atención al modo en el que estamos comprendiendo la determinación de este problema.

La explicación predominante reduce la mirada sobre la desnutrición al problema de la pobreza caracterizada por un bajo ingreso familiar y falencias educativas, con el correspondiente empobrecimiento del consumo de alimentos. Un problema, diríamos, ubicado en el lado de la demanda o consumo, frente al cual caben medidas para mejorar dicha demanda. Se enfocan entonces respuestas como la distribución entre las familias de los estratos más pobres de diversas formas de suplementos alimenticios, acompañados de campañas de educación. Una lógica semejante a la que se aplica cuando se piensa que el problema de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas se resuelve principalmente aplicando vacunas, dejando a un lado las condiciones estructurales que mantienen a los niños en un modo de comer insuficiente y malsano.

Por tanto, en la perspectiva de comprender la dimensión social o colectiva del problema en el decenio neoliberal, se vuelve necesaria una mirada más amplia y penetrante. En ese sentido nuestra observación debe considerar los procesos determinantes más estructurados inscritos en el modo de vivir de las familias afectadas, en cuyo marco se reproducen formas de alimentación de los infantes, y los patrones negativos que se multiplicaron en los años neoliberales. En esa dirección los expertos comenzaron a desentrañar mediaciones importantes socialmente inducidas como la pérdida de la lactan-

174 Wilma Freire, Andrea Molina y Kerlly Bermudes, *Estimación de la prevalencia de desnutrición infantil: ajuste a los datos oficiales*, Quito, Secretaría Técnica del Ministerio de la Coordinación de Desarrollo Social, 2008.

cia materna,¹⁷⁵ que se ha convertido en una vía de impacto en los últimos veinte años. Cabe decir, hasta los años 80 el amamantamiento natural era más frecuente, pero ahora apenas llega a un 30% en el promedio nacional, y a un 40% en el espacio rural. Las cifras indican que si bien ha crecido la atención del parto hospitalario, en cambio ha disminuido la iniciación inmediata de la lactancia materna.

Caben dos explicaciones de esa lamentable pérdida social. Primera, en los 80, aun en el marco de las débiles políticas del Estado “benefactor”, se establecieron en el país con apoyo de UNICEF, 100 “hospitales amigos” que favorecían el alojamiento conjunto madre-niño y la iniciación inmediata de la lactancia; pero luego, bajo el influjo de la política hegemónica, esos programas se desmantelaron. Así, los discretos avances de las políticas de los años 80 prácticamente fueron desaparecidos.

Pero, a más de ese mecanismo –que no fue sino otro signo de debilitamiento de lo público–, están los cambios sociales en el modo de vivir que se impusieron a las clases que dependen de su trabajo, y que en muchas regiones del país han bloqueado los patrones de crianza, incompatibles con la provisión de leche materna. En ausencia del derecho a la seguridad social y de la protección del Estado, la supervivencia obliga al trabajo de la madre, incluso al pluriempleo. En esas circunstancias hay un obstáculo estructural para la lactancia. Las madres de las capas medias y asalariadas, simplemente se han visto impedidas de dar de lactar a sus bebés.

En nuestro país el neoliberalismo generó un conjunto de cambios muy negativos en general y, para el caso que nos ocupa, ruptura familiar; migración; poliempleo para sobrevivir; horarios obreros sin garantías sociales; ausencia o deterioro del derecho a la seguridad social; deterioro de los patrones comunitarios de alimentación, y desmantelamiento de las organizaciones laborales con un debilitamiento de la conciencia social sobre el derecho a la salud. Todo lo cual contribuyó al abandono de la lactancia materna en los niveles acostumbrados en los países de América Latina, no se diga en los niveles de protección como los de Noruega, en que la madre tiene derecho a año y medio de licencia de maternidad pagada.

Complementariamente, en ciertos estratos de esas clases sociales, la propaganda cultural y la presión mediática han reforzado un sentido de identidad femenina y de valoración estética del cuerpo (función estética de las

175 Wilma Freire, entrevista sobre políticas de nutrición, Quito, 12 de junio de 2008.

mamas) que aleja a las mujeres jóvenes de su vital papel en la alimentación. Aquí no sólo se ha visto afectada la función de lactancia, sino el giro de mujeres de la clase media y de los estratos más altos hacia la cesárea, con la misma finalidad de mantener una supuesta línea corporal que es parte de la imagen de éxito.

Ahora bien, en el marco de nuestra sociedad no son evidentemente los niños los únicos afectados, también se advierte una transformación de los patrones de malnutrición en los adultos. Cuando miramos, por ejemplo, datos de FAO y la OMS en los se denuncia la existencia en el mundo de 1.600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 400 millones que pueden ser considerados como obesos, tendemos a pensar que aquello es un problema de los países y clases sociales de la abundancia. Sin embargo, la realidad empieza a mostrarnos que esta nueva epidemia es más bien un giro de la pobreza. En efecto, a nivel más general, dos de cada tres de estas personas con exceso de peso viven hoy en países de ingresos medios o bajos y la gran mayoría son de los países reconocidos como mercados emergentes o economías de transición. Es decir, aparece la paradoja de la presencia de obesidad en medio de la subnutrición. En muchos casos el problema comienza a explicarse porque para las clases asalariadas, los alimentos baratos, incluso aquéllos que aparentan ser “nutritivos” y se respaldan en una vistosa propaganda por todos los medios, son de alto contenido calórico. La exposición mediante la comunicación global a los patrones alimentarios externos, de moda, inducen a las clases medias y estratos de los trabajadores a consumir ese tipo de alimentación industrial, alejándose paulatinamente de los mercados locales y de los nutrientes tradicionales.

Gracias al imperio de la lógica de mercado, en nuestro país los pobres viven la paradoja de experimentar obesidad en medio de la desnutrición.

El Banco Mundial con sus megaproyectos cumplió también su papel en este terreno. Como lo hemos explicado uno de los ejes de su proyecto MODERSA en Ecuador fue “mejorar la salud, nutrición y salud reproductiva de los ecuatorianos más pobres y proteger otros segmentos de la población de los efectos del empobrecimiento, desnutrición y alta fertilidad”. Se asignaron sumas importantes para el subcomponente nutricional, se contrataron “expertos”, pero las opiniones especializadas plantean que todo no fue más que un drenaje inoficioso y cuantioso de recursos. Estos científicos expresan cuestionamientos severos sobre estos gastos que abultaron la deuda del país. Existen documentos que muestran estimaciones de la prevalencia de desnutrición, permiten establecer que el ritmo de disminución porcentual de la

misma de 0,5 por año, es una baja tan modesta que igual se habría dado en la evolución normal del país, sin los cuantiosos gastos de programas técnicamente inútiles; de ninguna manera se cumplirán ni siquiera las llamadas metas del milenio y el fracaso es evidente pues la investigación demuestra el problema creciente de niños que “comen” pero son desnutridos, o que comen pero padecen de diarrea y llegan a desnutrición.

Llamando la atención la magnitud impresionante de recursos burocráticos invertidos y la ineficacia de la distribución de suplementos alimentarios en la forma como se la estaba realizando.¹⁷⁶ En correspondencia con el giro neoliberal de la política pública, a esa forma de focalización se sumó la estrategia de dismantelamiento de recursos del Estado, y por eso el Banco Mundial dispuso que la planta procesadora de alimentos del MSP, que nunca había funcionado bien, sea entregada a la empresa privada, cuestión que no se dio y terminó abandonándose con su equipamiento.

Lo curioso es que ante cuestionamientos como los enunciados, el propio Banco Mundial ha reconocido el fracaso, pero lamentablemente al proponer salidas para los males que esta misma entidad generó, su lógica sigue siendo la misma, y se resume en el siguiente párrafo que citamos porque condensa esa visión lineal que hemos cuestionado, la cual termina invirtiendo los términos de la realidad, y culpabilizando a las víctimas:

La insuficiencia nutricional durante el embarazo y durante los dos primeros años de vida conduce, inevitablemente, a menores dotaciones de capital humano, lo cual afecta negativamente la fortaleza física y la habilidad cognitiva en los adultos. A su vez, esto conduce directamente a un reducido potencial de generación de ingresos de los individuos y ocasiona perjuicios al crecimiento económico nacional y al potencial competitivo.¹⁷⁷

De igual modo, los técnicos entrampados en las lógicas y agendas externas, quieren seguir respondiendo con más de lo mismo, y a su vez, las empresas transnacionales de la nutrición han reafirmado una ofensiva comercial mediante recursos novedosos de sensibilidad social, promoviendo en barrios pobres y poblados del país el consumo de alimentos industrializados por medio de un nutrimóvil. Ya comentamos lo que la opinión científica internacional ha señalado respecto a este tipo de operaciones de *marketing* alimentario.

176 *Ibíd.*

177 Banco Internacional de Reconstrucción y Banco Mundial, *Insuficiencia nutricional en el Ecuador: causas, consecuencias y soluciones*, Washington DC, BM, 2007.

Como se demostró en una sección anterior, todo esto ha sucedido mientras la pequeña y mediana agricultura, en la que se sustenta nuestra soberanía alimentaria estaba siendo afectada. Cuestión a la que se añade la peligrosa tendencia de un tipo de alimentación basado en la industria biotecnológica, proveniente de la ingeniería genética y de los cultivos transgénicos.¹⁷⁸

Tanto la USAID como el Programa de las Naciones Unidas para la Alimentación han admitido que ellos dan alimentos transgénicos sembrados en los Estados Unidos a los países del Tercer Mundo como ayuda. Hasta el año 2000, Estados Unidos había donado un poco más de dos millones de toneladas directamente al Tercer Mundo, mientras que el Programa de Alimentación distribuye otro millón y medio de toneladas.¹⁷⁹

Nuestra alimentación y salud han estado en manos de las grandes corporaciones y de una gestión pública neoliberal que se han complementado para implantar un modelo de desarrollo atentatorio para la salud colectiva, así como modos y estilos de vida malsanos y no sustentables. El libre mercado se vende y cotiza a través de los medios de comunicación. Los *mass media* imponen un modo de ser subyugado a la consolidación del mercado y la ganancia.

178 Según la referencia de Acción Ecológica, los organismos transgénicos son el resultado de un proceso mediante el cual se introducen genes extraños (de 4 o 5 organismos distintos), llamados transgenes, en otro ser vivo, cuando se presume que estos nuevos genes le puede conferir alguna ventaja ecológica, nutricional o de otro tipo. El ser vivo que ha recibido estos nuevos genes se llama, entonces, organismo genéticamente modificado u organismo transgénico. Entre los genes usados están los llamados marcadores genéticos o genes de resistencia a antibióticos, los que pueden entrar en contacto con bacterias patógenas, mediante un proceso conocido como “transferencia horizontal de genes”, aumentando el creciente problema de salud pública de resistencia a antibióticos, los que pueden entrar en contacto con bacterias patógenas, mediante un proceso conocido como “transferencia horizontal de genes”, aumentando el creciente problema de salud pública de resistencia a antibióticos.

179 Acción Ecológica, “Alimentos transgénicos: ¿el plato fuerte de la ayuda alimentaria?”, en boletín electrónico *Alerta Verde*, No. 97, Acción Ecológica, septiembre de 2000.

PARTE III

DETERIORO
EPIDEMIOLOGICO Y ECOLÓGICO
EN LA ACELERACIÓN GLOBAL

En el panorama latinoamericano son duras las lecciones aprendidas acerca del impacto de la aceleración neoliberal y su efecto sobre los procesos determinantes estructurales de la salud.

En la Parte I, al exponerse las categorías claves para estudiar dichos determinantes, se explicó el modelo general que nos ha orientado en la sistematización de los principales mecanismos mediante los cuales el ajuste estructural generó impactos negativos sobre la determinación de la salud (ver Parte I, figura 3).

Sobre la base de ese modelo y sus categorías se analizaron en la Parte II las formas concretas de penetración del neoliberalismo en nuestro país y en los procesos determinantes de la salud.

Corresponde mostrar en esta Parte III las consecuencias en la salud de los colectivos nacionales, su deterioro y el impacto del neoliberalismo en los ecosistemas. De esa manera, articulando las secciones I, II y III, se cierra el ciclo de análisis, conectando los efectos en la salud, con sus raíces estructurales, sobre la base de un modelo epidemiológico integral. La presente investigación abarca así las vías mediante las cuales se multiplicaron en nuestro país ciertos modos de vivir malsanos, ambientes contaminados y restricciones severas para la acción pública.

El modelo macro adoptado como recurso de los procesos más generales de la aceleración no implica de manera alguna, como lo hemos explicado an-

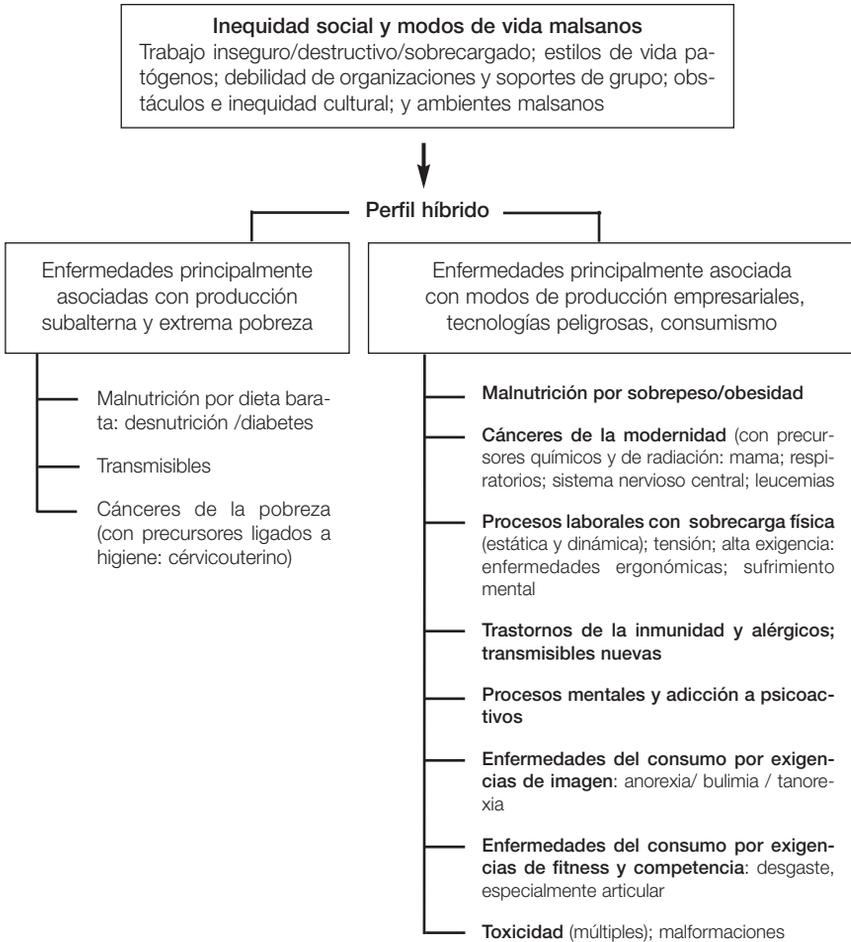
tes, desconocer que dicho efecto no es uniforme en toda la población, dado que en nuestra sociedad existen profundas diferencias entre los modos de vida de las diversas clases sociales –debido a sus distintas posiciones en la estructura económica–, entre los distintos pueblos con sus características etno-culturales y entre los grupos de género, con sus propias relaciones de poder y culturales. Esto es importante destacar, pues como lo hemos mostrado en la Parte II, el impacto de los mecanismos generales de la aceleración y el despojo, no se reparten por igual ni en semejantes magnitudes entre esas distintas clases, pueblos y géneros. Cada uno de esos conglomerados, dependiendo de su capacidad para acceder a los recursos de la producción, de la cultura y de la organización política, asumen modos de vivir posibles, que pueden ser más o menos malsanos, y experimentan vulnerabilidades específicas, sobre todo marcadas por su distinta capacidad y los soportes sociales o comunitarios de los que pueden echar mano para desarrollarse y defender su vida. Entonces, finalmente, la situación de salud de cada uno de dichos conglomerados de nuestra sociedad depende de ese conjunto de determinaciones.

De todas maneras, y a pesar de los contrastes e inequidades comentadas, es cierto que hay patrones o perfiles de enfermedad generales que son típicos de una determinada época. En esa medida, la investigación arroja la preeminencia de cierto tipo de problemas desde el último cuarto del siglo XX, que configuran un perfil híbrido entre las enfermedades básicamente asociadas con formas de producción subalternas y la pobreza, y otras enfermedades principalmente relacionadas con el modo de producción empresarial, la aplicación de tecnología peligrosa y las presiones de una cultura consumista (ver figura 10).

Recapitulación

El modelo de análisis que hemos aplicado para estudiar los procesos determinantes del deterioro de la salud asume varios niveles con sus categorías: en el ámbito más general, las conceptos centrales cubren tres grandes vías de *aceleración* que exacerban la lógica y velocidad del lucro (recomposición productiva de las corporaciones, incorporación de una nueva base tecnológica de la producción y estrategias fundamentalistas de mercado) y el *despojo* de recursos vitales.

Figura 10
Perfiles típicos de deterioro de la salud en países periféricos, sometidos a acumulación acelerada



Luego, en un nivel intermedio están los *principales procesos determinantes*, que en la figura 3 (ver página 43) corresponden a los códigos: A) control monopólico de la riqueza; B) exclusión social masiva; C) pérdida de soberanía en varias formas; D) sobreprotección de inversiones; E) restricción/cancelación

de la acción pública y del espacio de políticas sociales, y F) construcción de espacios productivos y reproductivos malsanos (ecosistemas insalubres).

En un tercer nivel de análisis constan los *procesos mediadores generales*, que en la figura 3 (ver página 43) corresponden a los códigos: 1) desestructuración y descapitalización de las pequeñas economías; 2) desregulación y flexibilización laboral; 3) destrucción del derecho a la libre asociación y debilitamiento de otros soportes y organización social; 4) aplicación en el campo de los programas y servicios de salud de una lógica comercial y no del derecho humano, y 5) destrucción de ecosistemas y de la biodiversidad; multiplicación de fuentes y patrones de contaminación (biológica y transgénica).

Luego, en el nivel de las *mediaciones más directas* está: la presión para la aparición de modos de vida malsanos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones propios de vulnerabilidad a dichos procesos nocivos.

Finalmente, el modelo incorpora el nivel de los impactos específicos que se hacen evidentes en personas concretas con sus cuerpos y psiquismos.

A continuación pasamos revista de algunas de las categorías de análisis mencionadas, pensando en la realidad predominante en nuestras sociedades latinoamericanas.

La privatización y monopolización de los recursos, incluidos los del sector de la salud, fue el *leit motiv* de toda la contrarreforma. Dicho control monopólico no se aplica sólo a los recursos estratégicos convencionales (*i.e.* energéticos, de la comunicación, tierra y recursos financieros), sino que se busca acelerar el control sobre bienes que viabilizan el derecho a la salud (*i.e.* agua, alimentos) y sobre los recursos y programas públicos como los de salud, seguridad social y educación. No fue otro el motivo de la ofensiva cultural y mediática que los gobiernos neoliberales del Ecuador entre 1990 y 2005 aplicaron para convencernos de que teníamos que dejar ir esos derechos colectivos para que las eficientes empresas los administren. En nuestro país la privatización no se trató de imponer con violencia sino con la persuasión y mediante mecanismos que aplicó el Banco Mundial para abrir el camino de las privatizaciones.

Las políticas de ajuste neoliberal provocaron un dramático retroceso en el derecho a la salud, inclusive en países como Chile, que habían alcanzado los mayores desarrollos de un sistema de salud integral. En dicho país, el neoliberalismo logró reinventar la inequidad; las reformas autoritarias que se im-

pusieron a sangre y fuego, reprodujeron lo que el gobierno democrático de Allende había prácticamente conseguido eliminar, es decir la existencia de “una medicina para ricos y otra para pobres”, produciendo al mismo tiempo una hecatombe que se reflejó en la fragmentación, segmentación, desorganización y desfinanciamiento de los servicios, devastación del parque hospitalario y desmoralización de los funcionarios por pérdida de derechos y por la persecución al los derechos asociativos.¹⁸⁰

En casi todos los países, el fundamentalismo económico y mercantil provocó el retroceso del derecho y la degradación de las condiciones de trabajo instaurando algunas tendencias perniciosas para la salud: el incremento de las exigencias bajo procesos laborales crecientemente dañinos; la invisibilización de los daños ocupacionales y accidentes como consecuencia de la incrementada movilidad y polivalencia laboral de los trabajadores de la región; el incremento de morbilidad en grupos altamente vulnerables en ámbitos de agresiva explotación como las maquiladoras y los espacios agroempresariales; las formas de trabajo femenino e infantil; la mayor vulnerabilidad de los y las trabajadores debido a la forzosa pérdida del derecho a agremiarse por diversos mecanismos, la desregulación del trabajo y la privatización de las prácticas asistenciales y de seguridad.¹⁸¹

El proceso de mercantilización de bienes y servicios, es decir, la conversión de muchos derechos en mercancías determinó efectos demoledores en la calidad de vida y el consumo. En el centro de ese movimiento podemos ubicar procesos determinantes como la pérdida de soberanía alimentaria y la expansión del consumo de productos contaminados;¹⁸² la privatización y monopolización del agua de consumo humano y de riego,¹⁸³ y la destrucción ambiental en los espacios urbanos, que ha llegado a niveles inéditos de irresponsabilidad empresarial e indolencia institucional, como es el sonado caso del Barrio de Ituzaingó en Córdoba (Argentina).¹⁸⁴

180 María Elena Labra, “La reinención de la inequidad en Chile: El caso de salud”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *op. cit.*, p. 25-32.

181 Mariano Noriega, Ángeles Garduño y Cecilia Cruz, *op. cit.*, p. 63-69.

182 Ary Miranda, Josino Moreira y Frederico Peres, “Neoliberalismo: el uso de plaguicidas y la crisis de soberanía alimentaria”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *op. cit.*, p. 118-127.

183 Alex Zapatta, “Las políticas del agua en América Latina”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *op. cit.*, p. 128-137.

184 María Godoy, “Destrucción del espacio urbano: genocidio encubierto en barrio Ituzaingó de Córdoba”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *op. cit.*, p. 110-117.

Otro proceso que gravitó en el acelerado deterioro de la calidad de vida y la salud es la institucionalización de la violencia y la inseguridad. En esta línea suele únicamente reconocerse la ola de violencia delincuencial que ha desfigurado las relaciones del convivir en las urbes de nuestros países, pero no se ha enfocado con suficiente énfasis la violencia institucionalizada o estructural que organizan ciertos Estados, o la que se ejerce dentro y desde empresas cuya producción se estructura alrededor de patrones agresivos de manejo de personal y otros. Esta característica del neoliberalismo que ya fuera prevista a comienzos de los 90 en un visionario escrito de Agustín Cueva,¹⁸⁵ tiene como un ejemplo doloroso de la incorporación estructural de la violencia en el modo de producción, el caso del genocidio femenino en la zona de maquila de Ciudad Juárez (México); prototipo de la penetración integral de patrones violentos en escenarios contruidos sobre el eje de la rapacidad y la irresponsabilidad de ciertas empresas.

Las zonas francas con las ciudades que las cobijan, aparecen entonces como prototipos de las ciudades del neoliberalismo, donde se suman todos los agrestes mecanismos de la explotación acelerada. Sea que la agresión se reproduzca en las líneas de montaje y las desproporcionadas cuotas de producción de las maquiladoras, sea que se recree permanentemente en la violencia de las relaciones de género, sea que reaparezca en múltiples formas de discriminación y violencia etnocultural, todas aquéllas operan rampantes como hechos connaturales al sistema. Pero no cabe duda de que el caso estremecedor de Ciudad Juárez, el cual corre con un pie en la violencia de género y con otro en la violencia delincuencial-empresario-institucional, no es sino el pico del iceberg de sociedades organizadas alrededor del despojo y la dominación brutal por parte de distintos tipos de poderosos, constituyéndose en uno de los fenómenos caracterizadores de la salud pública en la era del neoliberalismo globalizado.

Comunidades del Ecuador también fueron víctimas de otro mayúsculo mecanismo de violencia sólo en apariencia distante del modelo económico que cuestionamos, ejercido bajo un programa castrense y mercenario. Es el caso del llamado “Plan Colombia” para el control de los cultivos ilícitos de coca, con su lógica militar de alto impacto y sus metas de ocupación y expulsión poblacional. Fue concebido por la necesidad de consolidar el control no solamente sobre la narcoproducción –que es de por sí un tema altamente con-

185 Agustín Cueva, “América Latina ante el fin de la historia”, en *Debate*, No. 22, Quito, Actualidad, 1991, p. 45-55.

flictivo y ambiguo—, sino sobre el espacio geoestratégico de la herradura andina. El Plan Colombia articuló tres necesidades del Estado neoliberal colombiano: a) su alianza histórica con la proyección imperial sobre América del Sur; b) la oferta de un sistema aéreo de control de cultivos ilícitos probado en otros contextos de agresión por una corporación mercenaria internacional, y c) la presión de la transnacional Monsanto para consolidar el mercado de uno de sus productos de alta rentabilidad (*i.e.* el Glifosato en su versión comercial *Round Up*). Tras el objetivo legítimo del pueblo colombiano de terminar con la narco producción y los cultivos ilícitos de coca, se desencadenó una ofensiva absolutamente ilegítima, que terminó afectando la salud y los ecosistemas de las comunidades ecuatorianas de la frontera norte del país.

El programa de aspersiones aéreas a gran altura con un paquete herbicida de amplio espectro se realizó desoyendo todo criterio técnico, irrespetando los derechos humanos y ambientales, y empleando un modelo militar centrado en la aspersión aérea de inmensos territorios de bosques y áreas agrícolas, con las obvias consecuencias en la salud humana y la destrucción ambiental. Una Comisión Científica Ecuatoriana designada por la Presidencia de la República ha sistematizado tales daños en las colectividades, los cuales abarcan no sólo consecuencias directas en la salud humana de niños, mujeres y adultos de las zonas, sino la destrucción de los recursos agrosociales para la vida, tanto como la afectación por varios mecanismos de la biodiversidad y la salud de los ecosistemas.¹⁸⁶

En fin, luego de pasar revista a los principales mecanismos determinantes de afectación social y de salud vemos que en los escenarios descritos, el deterioro de las posibilidades de la salud y la multiplicación de amenazas ecológicas responde principalmente a una concepción antropocéntrica y empresarial que supedita la vida humana y los bienes de la naturaleza a los intereses cortoplacistas de grandes transnacionales, sean éstas de alimentos, de agrotóxicos, de ingeniería genética, de minería o también petroleras que, como se explicó antes, ocupan el centro del modelo energético imperante.

Estas ramas de expansión, con sus cuantiosas inversiones, son un signo notorio de la visión de futuro que anima la aceleración global y la sustitución de un sistema económico basado en la energía del petróleo por otro centrado en la agroenergía. En foros científicos y sociales de la región se multiplican ahora importantes análisis y cuestionamientos sobre los impactos presentes

186 Ramiro Ávila, *et al.*, *El sistema de aspersiones aéreas del Plan Colombia y sus impactos sobre el ecosistema y la salud en la frontera ecuatoriana*, Quito, Mantera, 2007.

y futuros del modelo sustitutivo que busca consolidarse sin beneficio de inventario. Son numerosos los proyectos científicos que empiezan a poner en evidencia sus devastadores impactos para la salud y el futuro de la vida en nuestro planeta.

Por fin, la penetración del modelo económico neoliberal no pudo darse sólo en la esfera de la producción sino que tuvo que acompañarse de una contrarreforma ideológica que ha buscado por todas las vías imponer los nuevos términos de hegemonía por persuasión cultural y creación artificial de necesidades. Fueron los medios de comunicación vinculados al poder los que desempeñaron en América Latina un papel clave, reproduciendo las nociones y perspectivas convenientes a la ola privatizadora y al desgaste intencional de la imagen de los servicios públicos. La investigación antropológica, usando técnicas etnográficas, de análisis semántico y análisis crítico del discurso, han demostrado como se aprovecharon desde los años 90, incluso las campañas sanitarias como la del dengue, para reproducir la ideología conveniente al modelo biomédico y a la gestión neoliberal.¹⁸⁷

Casos ilustrativos del impacto en América Latina

En el marco de un análisis regional pueden mostrarse datos interesantes acerca del deterioro de la salud atribuible a los procesos que dejamos explicados. No se trata aquí de ofrecer una visión completa de todos los efectos ocurridos, sino de mostrar casos regionales prototipo que aclaran también el panorama de impacto en nuestro país.

Deterioro de espacios urbanos y rurales: las enfermedades transmitidas por vectores (ETV)

Las enfermedades transmitidas por vectores, como malaria y dengue, son uno de los grupos de enfermedades con mayor impacto sobre la salud de la población mundial debido a la magnitud y expansión territorial de su morbilidad y mortalidad. Su mayor incremento actual es una clara expresión del

187 Charles Briggs y Clara Manzini, *Hegemonía comunicativa y salud emancipadora: una contradicción inédita (el ejemplo del dengue)*, Quito, CEAS y Observatorio Latinoamericano de la Salud, 2005, p. 148-157.

deterioro de los espacios rurales y urbanos ocurridos en los años neoliberales. En las últimas tres décadas, distintos informes y boletines epidemiológicos publicados en la región, destacaron el aumento de la frecuencia y gravedad de los cuadros clínicos de estas enfermedades, y la ampliación de su distribución, alertando a los sistemas de atención y a las entidades generadoras de políticas públicas en salud.

Asumimos entonces el perfil descrito como un caso ilustrativo de las transformaciones aceleradas de los espacios rurales y urbanos, que se observan desde inicios y mediados de la década de los ochenta, y que los han convertido en ecosistemas contaminantes, donde se reproducen modos de vida malsanos.

Dengue

El dengue, como enfermedad viral transmitida por vectores, por sus características epidemiológicas permite ilustrar la relación antes enunciada. Más de 100 países reportan 500.000 casos de dengue, que corresponden a formas graves como dengue hemorrágico (DH) y síndrome de choque por dengue (SCD), entre éstos existen 25.000 casos de muerte. En Latinoamérica estos problemas adquirieron forma endemoepidémica.

El eje de esta problemática es el ascenso de la prevalencia del dengue y la emergencia de sus formas más graves asociadas al deterioro de los espacios urbanos en los barrios empobrecidos y hacinados de las ciudades latinoamericanas; justamente en una época de desmantelamiento y crisis de los programas de prevención de las ETV por parte del Estado. La investigación epidemiológica contemporánea ha establecido los procesos determinantes de las altas tasas de su transmisión, encontrándose la concurrencia de una crisis de los servicios sanitarios, la no disponibilidad de agua corriente que obliga a la reserva de agua en precarios recipientes abiertos, la ausencia de sistemas de disposición de elementos sólidos que al ser expuestos se convierten en criaderos larvarios, los procesos de migración del campo a los barrios depauperados urbanos y el crecimiento de formas de vivienda precarias. En definitiva, una confluencia de procesos que llevan a una mayor transmisividad de la enfermedad, en un escenario donde ocurre una total desconexión de las campañas con la realidad social y cultural de las comunidades afectadas.¹⁸⁸

El comportamiento epidemiológico del dengue en la región es un ejemplo del resurgimiento de la enfermedad. Aunque desde finales del siglo XVIII, durante todo el siglo XIX y comienzos del XX se reportaban en Estados Unidos y el Caribe algunos casos de una enfermedad con características similares al dengue, no fue hasta al mediados del decenio de 1960 –luego de un período de 20 años sin ningún reporte–, que se identificaron brotes importantes de dengue clásico, y se reportó la reinfestación de amplias zonas con *A. aegypti* (principal vector transmisor del virus del dengue), el cual se había casi eliminado completamente en los años 50. De ahí resurgieron grandes epidemias de DH y SCD, observándose incluso una tendencia al comportamiento endémico en algunos países.¹⁸⁹

La historia de la presencia de esta enfermedad en América Latina corrobora la relación de las ETV con los períodos socioeconómicos y con el modelo que analizamos. Es a finales de los ochenta, en los inicios del período neoliberal, que cinco países sudamericanos, entre ellos Ecuador que no habían reportado casos nunca, o que no lo había hecho durante más de tres décadas, presentaron brotes explosivos. Entre 1982 y 1987 diferentes ciudades del norte y centro del Brasil presentaron más de 100.000 casos. En 1987 Bolivia, en 1988 Ecuador y en 1990 Paraguay presentaron epidemias de dengue clásico que reportaron aproximadamente 240.000 casos, aunque los estudios serológicos y encuestas sugirieron varios millones de infectados. Para 1993 Panamá y Costa Rica, los únicos dos países de Latinoamérica que habían permanecido libres de dengue, presentaron brotes. En 1998 una nueva cifra récord, 741.865 casos reportados, las dos terceras partes localizados en Brasil. En lo que va corrido del nuevo milenio, la situación empeora: en promedio se registran más de 500.000 casos al año. Entre 2001 y 2005 se reportaron 2'879.926 casos de dengue.¹⁹⁰

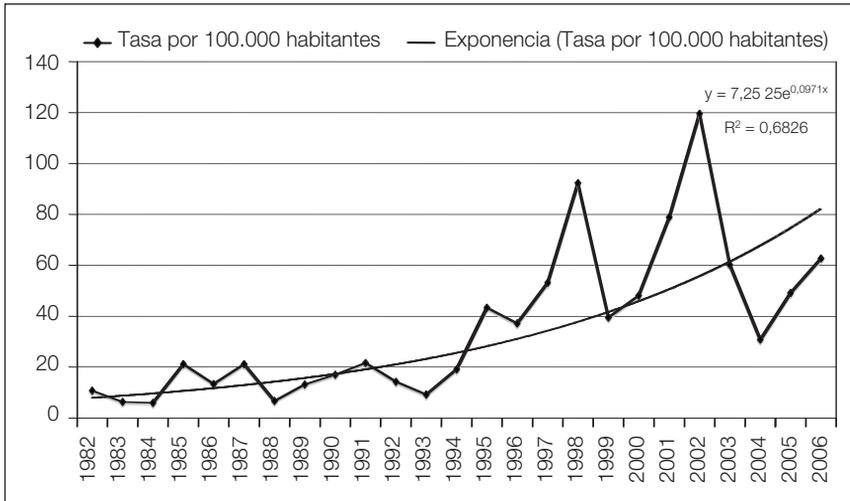
En la figura 11 se corrobora el ascenso significativo de la morbilidad por dengue clásico ($R^2 = 0,6826$) en Latinoamérica bajo una tendencia marcada de tipo exponencial desde mediados de los ochenta. Mas, al comparar la década de 1980 con la de 1990 se observa un aumento al doble en el número de casos (111.739/270.980); relación que se quintuplica entre los 80 y

189 Mirta Roses-Periago y María G. Guzmán, “Dengue y dengue hemorrágico en las Américas”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, No. 4, Washington DC, OPS, 2007, p. 187-191.

190 OPS, “Resurgimiento del dengue en las Américas”, en *Boletín Epidemiológico*, vol. 18, No. 2, Lima, OPS, 1997, p. 1-6.

2006 (111.735/548.613), en correspondencia con el ritmo de creciente deterioro que hemos descrito.^{191, 192}

Figura 11
Incremento del dengue clásico en Latinoamérica, 1982-2006



Fuente: OPS, 1997, 2007.
Elaboración: autores.

Respecto a los casos graves de dengue antes de 1981, sólo 60 casos habían cumplido los criterios de clasificación OMS y habían sido reportados como tales. En este año Cuba presentó la epidemia de dengue más importante en la historia de esta enfermedad en nuestra región, con 116.143 personas hospitalizadas, 10.312 casos de dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue y 158 muertes. A partir de este momento y por razones aún no bien entendidas, estas formas clínicas se volvieron frecuentes: todos los años, con excepción de 1983, se han reportado casos graves y su tendencia se observa al aumento. Según datos de la OPS, en 1989 se presenta la segunda gran epidemia de dengue hemorrágico, esta vez en Venezuela, que dura

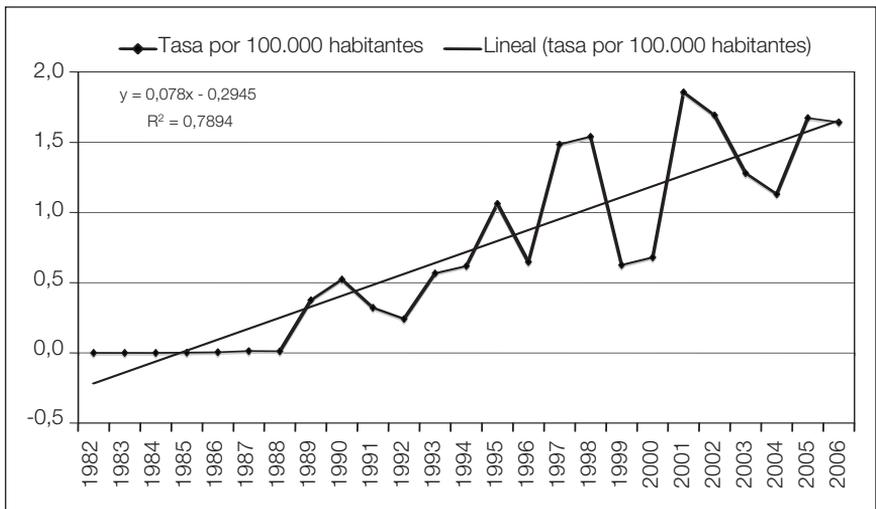
191 *Ibíd.*

192 OPS, "Número de casos de dengue", en *Organización Panamericana de la Salud*, <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dengue.htm>, consultado en diciembre de 2007.

hasta el año 1990 y donde se reportan 3.108 casos y 73 defunciones. Para el año 1996, 25 países de la región han reportado al menos un caso de dengue hemorrágico, e incluso, algunos países como Colombia, Venezuela y Brasil empiezan a presentar un patrón endémico de esta entidad.

La siguiente figura muestra la irrupción del dengue hemorrágico y el choque por dengue en la región. Luego de un período de muy baja prevalencia que va hasta el año 1988, se observa un abrupto y significativo incremento del fenómeno ($R^2 = 0,7894$). En la década de los noventa se cuadruplicaron los casos (1.471/5.920), aunque dicha diferencia en realidad sería 16 veces mayor (365/5.920) si no se tomara en cuenta los datos de la epidemia cubana de 1981 que corresponde a un comportamiento peculiar que merece ser explicado. Así mismo, hay un incremento al doble (5.920/12.195) en los casos del período 2000-2006 respecto a los años noventa.

Figura 12
Emergencia del dengue hemorrágico en la era neoliberal
en Latinoamérica, 1982-2006



Fuente: OPS, 1997, 2007.

Elaboración: autores.

Malaria

La malaria, enfermedad parasitaria transmitida por vectores, es otro proceso transmisible ampliamente estudiado en el mundo por su relación con los procesos de cambio social y ecológico. El telón de fondo de esta problemática es su larga existencia y su expansión en América Latina, pero como se verá a continuación también se amplifica notablemente en la época neoliberal.

Alrededor de 21 países en la región reportan transmisión activa de malaria, entre los que se destacan 11 países de Sudamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela. En la actualidad cerca del 14% de la población vive en zonas con algún riesgo de transmisión de malaria. Si se tiene en cuenta sólo los países con transmisión activa, este porcentaje aumenta a más del doble (entre 30,3% y 40%). En 2006, 276.139 millones de personas en Latinoamérica estaban expuestas a la malaria. Con un reporte anual promedio de más de 1 millón de casos en los últimos dos decenios, Latinoamérica contribuye con el 3% de la carga mundial de la enfermedad y casi el 1% de la mortalidad.¹⁹³

Aunque en el inicio de las campañas antimaláricas en la región a finales de los 50, se presentó una notable disminución en la morbilidad por malaria, esta tendencia sólo se mantuvo hasta los primeros años del decenio de 1970 cuando comienza a producirse un incremento constante de la endemia que se mantiene hasta hoy. Mientras el promedio del índice parasitario anual (IPA)¹⁹⁴ entre 1970 y 1979 fue de 1,78 casos por 1.000 habitantes, luego de 1990, el promedio de IPA aumentó a más del doble (ver figura 13).

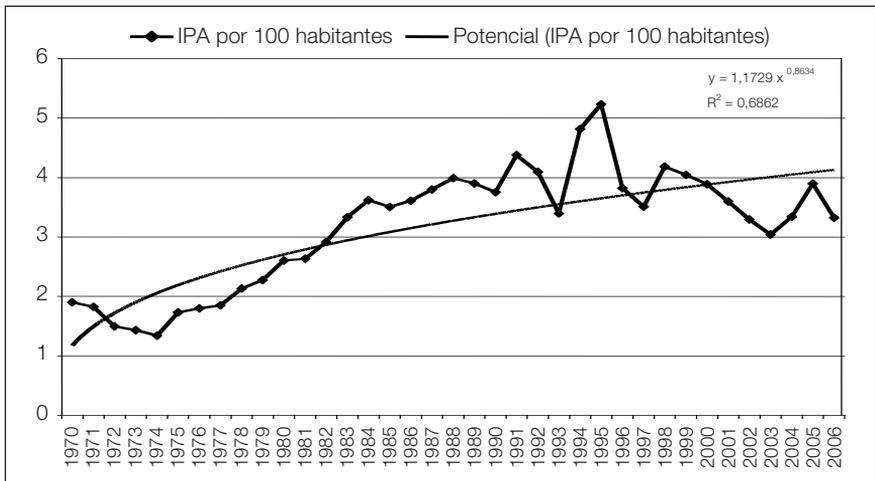
Un análisis de los procesos de transformación de la ruralidad latinoamericana durante la aceleración global, nos permite entender cómo el deterioro de los procesos productivos y de las condiciones de consumo social de las zonas de selvas y bosques húmedos tropicales –tal el caso de la Amazonía–, se relacionan con el incremento de la malaria. Los grandes procesos de la economía extractiva depredadora, que ocasionan deforestación tanto por la extracción maderera como por el crecimiento de las zonas dedicadas a la ganadería y a cultivos ilícitos, las modalidades de extracción minera no sustentable y

193 Panamerican Health Organization, “2006 Malaria in the Americas data tables”, en *Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*, <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-americas-2006.pdf>, consultado en diciembre de 2007.

194 IPA = (número de casos confirmados / población total en riesgo de transmisión) x 1.000.

los procesos migratorios bajo condiciones sociales y ecosistémicas altamente deterioradas impactan poblaciones depauperadas con patrones de exposición vectorial muy altos, debido al tipo de trabajo y a las pésimas condiciones de vivienda. Efecto nocivo que se ha potenciado por las carencias nutricionales e inmunológicas de esa población. Este fenómeno se inició a partir de los 70, pero se aceleró en años recientes¹⁹⁵ constituyendo su rápido incremento una lamentable señal de la aceleración que hemos descrito.

Figura 13
Incremento de la malaria en Latinoamérica, 1970-2006



Fuente: OPS, 1998 y OMS, 2005.

Elaboración: autores.

Campañas frente a las enfermedades transmitidas por vectores

Al examinar las campañas frente a estas enfermedades observamos que las acciones emprendidas han estado dirigidas a cada uno de los componentes de la transmisión de estas enfermedades: humano-agente infeccioso-vector. Salvo algunos cambios de tipo operativo realizados a principios de los 90, las acciones frente a la malaria, se dirigieron casi siempre a focalizar el pro-

195 World Health Organization. "World malaria report, 2005", en *World Health Organization*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593199_eng.pdf, consultado en diciembre de 2007.

blema, usando la epidemiología convencional como instrumento priorizador, y buscando ampliar las acciones de vigilancia e intervención. En lo esencial, las campañas se han mantenido en los estrechos límites de una prevención clásica: fumigaciones contra el mosquito; intervenciones sobre el entorno ecológico para el control de criaderos; campañas educativas sobre la malaria, sus formas de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados, y medidas individuales como el uso de toldillos impregnados, repelentes y ropas protectoras, el tratamiento de casos y la profilaxis.¹⁹⁶

Esa mirada convencional ha prevalecido frente a un problema en expansión, dirigiendo las acciones antimaláricas apenas hacia el control de elementos puntuales, susceptibles de manipulación sin incidir sobre los procesos determinantes. Una visión reduccionista y lineal, que contrasta con la complejidad creciente del problema. Esto a pesar de que desde 1980 hasta la fecha, los boletines e informes de distintas instituciones oficiales plantean “problemas” de tres tipos: 1) *técnicos*, como la resistencia de los parásitos a los antimaláricos y del vector a los insecticidas, 2) *sociales o asociados al desarrollo*, como los procesos de colonización de los territorios, los procesos migratorios y la transformación de espacios por los procesos agrícolas y la construcción de infraestructura física como carreteras, plantas hidroeléctricas y represas, y 3) *financieros* de los programas antimaláricos en los países. Todos los cuales son producto del proceso de aceleración global. La misma lógica epistémica y el mismo diseño de acciones que han constituido las campañas de control de dengue, aunque con un mayor énfasis sobre el vector.

Mercantilización y monopolio del deporte: hegemonía y daño a la salud

El deporte y la actividad física cotidiana son una parte decisiva del modo de vivir, con profundo impacto sobre la salud. Pero, a pesar de lo masivo de sus efectos y de la valoración social del deporte como un recurso de la vida, la mercantilización del deporte y sus efectos sobre la salud pasan prácticamente desapercibidos. Eso a pesar de que el deporte-mercancía destruye el espacio de la vida y la salud por varias vías. La lógica comercial, consumista y el espíritu de exacerbada competencia, reproducen en canchas y otros es-

196 Francisco López-Antuñano, “La malaria y su sombra: I manejo integrado”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 44, No. 1, México, Facultad de Medicina-UNAM, 2001, p. 18-23.

pacios la misma lógica del consumismo general y sus malsanas consecuencias.

El caso de la mercantilización del deporte –conversión de la práctica física y deportiva en un espacio de lucro de empresas transnacionales– cobra relieve porque refleja un aspecto muy importante de la determinación de la salud. Efectivamente, la epidemiología crítica establece que la salud se define en la contradicción entre aquellos procesos –tanto colectivos como individuales– que nos protegen y nos ofrecen soportes y defensas, en oposición a aquellos procesos que son destructivos y deterioran los modos de vivir y la salud.^{197, 198}

Entre los procesos que pueden operar como valor protector están la actividad física y el deporte. Pero en las condiciones históricas de aceleración monopólica se ha producido una inversión de dicho sentido protector, debido a que la actividad física pasa a constituir una mercancía cuya producción y circulación es absorbida por la lógica de las grandes empresas.

En un trabajo realizado por un colectivo de Brasil y Ecuador, preparado para el Observatorio Mundial de Salud, se analiza el impacto negativo en la salud de las sociedades latinoamericanas provocado por la conversión del deporte y las actividades físicas, de los *spa* y los centros de *fitness*, en dañinos instrumentos del gran negocio global.¹⁹⁹

A lo largo de las últimas décadas, los espacios deportivos de América Latina y Ecuador se han transformado, pues su contenido y espíritu empatan con la lógica global de aceleración y conquista de mercado. Las empresas del espectáculo deportivo han logrado convertir la práctica deportiva y la actividad física en mercancías que circulan bajo los engranajes de industrias de enorme rentabilidad.²⁰⁰ Su ritmo vertiginoso de crecimiento empuja a la ruptura de barreras territoriales e incrementa la necesidad de apropiarse de los recursos de la práctica física y deportiva, aun en territorios lejanos.

Los complejos transnacionales del deporte pueden realizar su proceso de acumulación porque dominan globalmente los siguientes elementos: los

197 Jaime Breilh, *Epidemiología: economía, política e saúde*, Sao Paulo, HUCITEC / UNESP, 1991.

198 Jaime Breilh, *Epidemiología crítica*:..., p. 315.

199 Jaime Breilh, Paulo Capelo y Joan Matiello, *Acumulación, aceleración global y el deporte en la salud. ¿Negocio o instrumento de la vida?*, Cuenca, Global Health Watch II / Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de Cuenca, (en prensa).

200 Ana Márcia Silva, *Corpo, ciência e mercado*, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

medios de comunicación patrocinantes; el monopolio sobre grandes y únicos eventos (espectáculos deportivos); los clubes y equipos; el control de organizaciones deportivas mundiales (encabezada por el Comité Olímpico Internacional); propiedad o convenios con empresas productoras de instalaciones e infraestructura; empresas de servicios materiales, equipos e instrumentos de competencia; equipos multidisciplinarios de investigación sobre rendimiento, deporte y afines; la complicidad de Estados nacionales sede; la propiedad de pases de jugadores o de los medios de entrenamiento de los atletas de competencia, y la masificación del consumo por un pueblo consumidor acrítico.²⁰¹

Cabe citar el caso de la industria del deporte estadounidense, la que se ha calculado que maneja US \$ 213 mil millones anuales, duplicando las ganancias del sector automotriz y generando siete veces más que la industria cinematográfica de ese país.²⁰²

Ese tipo de empresa logra construir hegemonía e ideologizarnos gracias al fetichismo de la competencia leal *-fair play-*, pues los espectáculos-mercancía se presentan bajo un supuesto “igualitarismo” y modelo ideal de convivencia humana (el deporte como sinónimo de tranquilidad, paz, armonía y *fair play*).²⁰³

El deporte-actividad física-mercancía excluye o relega a la mayoría a un papel eminentemente pasivo, el de consumidores de espectáculo y de la propaganda de los equipos. Pero, además, se realiza sobre una fuerza de trabajo del deporte estratificada con enorme desigualdad. Es decir los atletas y deportistas de más alta destreza, que conforman esa fuerza de trabajo, y que son en última instancia el imán del espectáculo deportivo, conforman una estructura de inequidad laboral, donde el desbordante éxito económico de una élite minoritaria, enmascara la desfavorable situación laboral de la mayoría de deportistas, como se puede ver en el cuadro 11.²⁰⁴

201 Eloy Altuve, *Deporte: modelo perfecto de globalización*, Maracaibo, Universidad de Zulia, 2002.

202 *La Jornada*, “El verdadero sueño americano: negocios que generan negocios; publicidad, la más beneficiada”, en *La Jornada*, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/04/index.php?section=economia&article=022n1eco>, 2007.

203 Eloy Altuve, *op. cit.*

204 Grupo de Estudos e Pesquisa em Sociologia do Sporto da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás, “Um outro mundo é possível e nele uma outra cultura esportiva”, manifiesto presentado ante el II Foro Social Mundial, Porto Alegre, 31 enero-5 de febrero de 2002.

Cuadro 11
Estratificación por ingreso de los futbolistas del Brasil
(800 clubes con 12.000 jugadores)

Estrato por salario (US \$)	%
Hasta 1 salario mínimo de 75	44,9
75 a 150	41,6
150 a 375	5,0
375 a 750	2,8
750 a 1.500	1,5
> 1.500	3,3 (402 jugadores)

Fuente: E. Altuve, *Deporte modelo perfecto de globalización*, Maracaibo, Universidad del Zulia, 2002, p. 104.

El deporte negocio reproduce una profunda inequidad social de la actividad física. Por un lado, la inequidad entre los que tienen acceso a desarrollar una práctica deportiva realmente saludable y los que quedan al margen de una práctica deportiva protectora y sostenida, convirtiéndose estos últimos, en la mayoría de casos, en meros espectadores; sobre todo si sus condiciones de género, etnicidad, edad o discapacidad los discriminan o imponen tal pasividad. En segundo lugar, reproduce la disparidad entre el valor que se paga a la fuerza de trabajo deportiva mayoritaria y los rendimientos económicos espectaculares que generan los deportistas de élite con sus hazañas espectáculo y que son acumulados por las grandes empresas. A eso se añade que no existe libertad de contratación para el deportista mercancía, para lo cual se han establecido severas regulaciones y limitaciones que producen un férreo control sobre los deportistas y su espíritu. Los conatos de protesta y los aislados actos de rebeldía de algunos famosos son inmediatamente reprimidos y desacreditados.

Por eso se observa un acceso decreciente de los pobres a los bienes y recursos de los que se requiere para una práctica deportiva adecuada, y se constata el abismo que existe entre las enormes ganancias y privilegios deportivos de élites minúsculas y la exclusión masiva de los pobres, quienes

arrancan de su empobrecido modo de vida algunos minutos de ocio deportivo de mala calidad o asisten al circo del deporte montado como forma perfecta de una globalización alienante.

Y como sucede en el caso de otras ramas novedosas del negocio transnacional –caso de la floricultura de exportación–, los atrayentes productos que se generan y circulan en el gran mercado deportivo, esconden la penosa realidad de los obreros y obreras que los generaron. Del mismo modo que tenemos que preguntarnos qué realidades sociales, de salud y ecológicas subyacen tras la belleza de una rosa, tenemos que desentrañar qué graves problemas de salud y ambientales se esconden tras del comercio del fútbol, que es una “mina de oro”, sin serlo de manera alguna para los obreros y obreras que fabrican los productos con la lógica FIFA.²⁰⁵

En el caso ecuatoriano no tenemos información sobre estudios que se hayan realizado acerca de la relación entre la mercantilización del deporte y la salud, ni de las implicaciones para la salud de las actividades físicas mercantilizadas o ligadas a un espíritu de extrema competencia, como procesos que terminan afectando masivamente las opciones de salud física y mental de nuestra sociedad; es en definitiva una tarea pendiente de la investigación nacional. Lo que si se ha producido y con productos de buen calibre, es una lectura del fútbol como ejemplo del deporte espectáculo que cautiva a las masas. Estos análisis se enfocan más en el deporte como objeto literario;²⁰⁶ en el análisis social general dedicado al fútbol como objeto cultural, como objeto periodístico; en el análisis general de la economía del fútbol o en una perspectiva historiográfica y sociológica general,²⁰⁷ pero sin énfasis en la crítica al fenómeno de la monopolización/transnacionalización del deporte en su conjunto y de su conversión en herramienta de hegemonía.

Las epidemias posmodernas de la nueva tecnología al servicio del lucro: dopaje genético y nanotecnología

Y como para corroborar la tendencia de una tecnología que se torna peligrosa al ser sometida al raciocinio del lucro, también ahora suena cada vez

205 Sergio Ferrari, “Mundial de fútbol: juego limpio y salarios justos”, en *América Latina en movimiento*, 30 de mayo de 2002, <http://alainet.org/active/2084>.

206 Galo Mora Witt, *Un pájaro redondo para jugar*, Quito, Eskéletra, 2002.

207 Fernando Carrión, edit., *Biblioteca del fútbol ecuatoriano*, Quito, FLACSO, 2006.

más frecuentemente el problema del dopaje genético. Es decir, el empleo de técnicas de la terapia genética, no para curar sino para producir “deportistas-mercancía” de alto rendimiento, modificando características como las de su musculatura o activando sus genes para estimular su producción de *eritropoyetina* y glóbulos rojos.²⁰⁸ Con este tipo de manipulaciones se busca construir los llamados *seres humanos 2.0* que puedan operar como *commodities* en el mercado del deporte, tal como lo ha denunciado el responsable de dopaje genético de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia (AAAS).²⁰⁹

El deporte-mercancía, cada vez más alejado de la competencia desinteresada, no sólo reduce la práctica deportiva al comercio de espectáculos, servicios, equipos y noticias deportivos, sino que ahora la ingeniería genética se lanza a producir atletas-mercancía genéticamente modificados aptos para la competencia económica, para garantizar la ganancia fraudulenta. A nuestra vista y paciencia, ha terminado imponiéndose el negocio del deporte espectáculo, mientras se pierde el partido de la vida.

En igual sentido las grandes empresas buscan conquistar el dominio de nuevas tecnologías que catapulten sus ganancias. Como sucede prácticamente cada década, cada vez que encuentran una veta tecnológica rentable, propagan la noticia de una nueva panacea para todos los males. A su tiempo fue el vapor, la química y la electricidad; luego, la energía barata de los átomos y los transistores; más tarde, la ingeniería genética, y ahora la flamante moda de la nanotecnología, es decir la manipulación de la materia en la escala de los átomos y las moléculas, que inclusive se esgrime como de enorme potencial para los pobres del mundo.²¹⁰

Un nanómetro equivale a una billonésima de metro, más o menos el largo de 10 átomos de Hidrógeno puestos en fila. Los campos que desarrollan productos en esta escala corresponden a la esfera de la física cuántica y son la biotecnología, las ciencias del conocimiento, la informática y la robótica, que, en conjunto, apuntan al control global de la industria, la agricultura, la industrialización de alimentos, la cosmética y la salud. Especialmente las

208 Patricia Reaney, “Genetic Doping is next Olympic Threat”, en *News in Science*, 17 de marzo de 2004, <http://www.abc.net.au/science/news/stories/s1067801.htm>.

209 Mónica Salomone, “Dopaje genético: seres humanos 2.0”, en Suplemento Científico, Madrid, *El País*, 2 de septiembre de 2008.

210 ETC Group, *Downsizing Development: an Introduction to nano-scale technologies and the Implications for the Global South*, Geneva, INCTAD, 2008.

moléculas de carbón en forma de esferas *buckyballs*, nanotubos o puntos cuánticos *quantum dots* que se prestan para el transporte biológico, o como semiconductores, aislantes o como marcadores de material biológico.

Sin embargo, diversos foros coinciden en que encarnan serios peligros para la salud humana y el ambiente puesto que tienen una alta toxicidad, con intensa reactividad y la capacidad de generar radicales libres que anteceden los procesos irritativos y la formación de tumores y que por su tamaño tiene la capacidad de atravesar defensas como la barrera hemocerebral. Lamentablemente se está expandiendo de manera casi imperceptible para los pueblos y gobiernos esta tecnología que inunda el mercado con productos de nanopartículas, tales como cosméticos, protectores solares, aditivos de alimentos y pesticidas.²¹¹ El consumo de estos productos se viene ahora como una avalancha que ha entrado sin duda en la cadena de precursores de los cánceres y de los trastornos de la inmunidad.

De tal manera que estos ejemplos de los peligros de nuevas tecnologías insertos en el vértigo de la aceleración global, pasan a formar parte de las *epidemias posmodernas*. En otras palabras, la lógica de los negocios coarta avances que fueron seguramente pensados en nombre de la humanidad, y termina entrampándolos en una lógica ajena. En el marco de los intereses empresariales, las buenas intenciones de investigadores (genetistas, fisiólogos, ingenieros electrónicos, deportólogos, especialistas del diseño ergonómico) sucumben, terminan entregando su saber a los negocios y abandonan muchas veces los referentes éticos que dicen defender.

La lección para nuestra lucha ciudadana que se desprende de este tipo de proyecciones es que la aceleración capitalista penetra y corrompe no sólo los servicios de salud, sino hasta campos supuestamente preventivos como el deporte y la industrialización novedosa, exigiendo que repensemos el ámbito y el sentido de la prevención.

Enfermedades producidas por exigencia de imagen en el consumismo: anorexia y tanorexia

La imposición de modos de vivir malsanos por la hegemonía de estereotipos de belleza, de imagen y éxito impulsa a sectores cada vez más amplios

211 *Ibid.*, p. 16.

de las clases medias y de la burguesía a patrones culturales y códigos sociales que constituyen un nuevo conjunto de amenazas para la salud colectiva.

En los grupos adolescentes el proceso de construcción de su identidad en medio de un vaciamiento de valores y de la masiva propaganda que induce modelos de femineidad y de éxito han desencadenado una verdadera epidemia de la combinación anorexia-bulimia,²¹² dos enfermedades que agobian a la población especialmente adolescente femenina, que generalmente no llegan a las estadísticas oficiales, y su acumulación transcurre invisible, poblando los casos extremos los consultorios privados.

En la misma línea va la más novedosa tanorexia que es la compulsión de exponerse a sesiones de radiación ultravioleta para adquirir un color de piel más oscuro, asumido como imagen de estatus y signo de belleza. Ha sido descrita como una forma más de dependencia incorporada al “Manual diagnóstico estadístico para desórdenes mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría”.²¹³ Esta forma de adicción ha sido científicamente corroborada estudiando una muestra de gente en la playa, de los cuales el 26% dieron positivo para perfil de dependencia y un 53% también fueron declarados psicodependientes y poseedores de este trastorno.

Como se ha visto, no hay esfera de la vida que esté libre de las distorsiones de la actividad humana al someterla a la ley del valor comercial.

El caso ecuatoriano: retroceso de la salud en los años neoliberales 1990-2007

Los límites de la información disponible

Los casos latinoamericanos que hemos destacado para ilustrar los mecanismos y efectos de la concentración económica acelerada en América La-

212 Anorexia es la disminución patológica del apetito ligada a múltiples problemas, pero que en la actualidad está profundamente relacionada con la presión por mantener una imagen corporal magra, cuyo paradigma son las llamadas *top model*, cuyas descarnadas figuras influyen en los parámetros de belleza de nuestras adolescentes atrapadas en la cultura mediática. Paradójicamente, la anorexia se combina con la bulimia que es el trastorno de ingesta exagerada, que para contrastarlo lleva a la autoprovocación del vómito.

213 Molly M. Warthan, Tatsuo Uchida y Richard F. Wagner Jr., “UV, Light Tanning as a Type of Substance Dependence Disorder”, en *Archives of Dermatology*, vol. 141, Iss. 8, aug., Chicago, American Medical Association, 2005, p. 963-966.

tina denotan semejanza con los problemas provocados en el caso específico del Ecuador; y si bien la información disponible limita notablemente un análisis profundo de los problemas, varios estudios realizados en espacios claves donde el modelo provocó impactos serios, nos permiten afirmar que el Ecuador fue también un escenario de grandes retrocesos desde los años 80.

Pero bien, al elaborar evidencias empíricas consistentes sobre el deterioro de la salud, tenemos que ser capaces de manejar dos limitaciones de la información nacional: en primer lugar, el hecho de que las bases de datos públicas, no han sido construidas para mostrar la inequidad; por ejemplo, no es factible conocer directamente la distribución de tasas por clase social, como sucede con la información de muchos países europeos, lo que permitiría presentar una imagen más objetiva y diferenciada de los verdaderos impactos.²¹⁴ De igual modo, tampoco permiten enlazar variables sociales con los efectos en salud, para construir las evidencias sobre la determinación provocada por los procesos de la crisis social. Es por eso que, en lo que respecta a variables nacionales de fuentes documentales, nuestros resultados son apenas aproximaciones elaboradas con los datos disponibles de primera mano. En aspectos más puntuales, sin embargo, hemos incorporado resultados de investigaciones de fuente directa. En todo caso nos movemos en el marco de las restricciones de tiempo y recursos de nuestro proyecto.

Una idea central es la de penetrar en los datos, pero sin caer en construcciones engañosas. Si tomamos, por ejemplo, las curvas globales de mortalidad infantil o materna en el período 1980-2006, su declive en las dos décadas podría asumirse como signo de mejoría continua a lo largo del período estudiado, pero, cuando se mira el fenómeno con más cuidado, separando por ejemplo las tendencias antes y después de 1990, es decir antes y después de iniciada la era del ajuste, encontramos el efecto de deterioro, pues se nota que hay un freno en el descenso en la etapa 1990-2006.

Este tipo de discernimientos tenemos que hacer para develar impactos que de lo contrario podrían pasar desapercibidos. En el caso de esas dos mor-

214 La lógica de los sistemas de información en salud, y las categorías que aplican para las construcciones estadísticas impiden enlazar directamente las evidencias de enfermedades, mortalidad y otros indicadores de salud con la inserción social, la condición etnocultural y las características de género de las personas; tampoco muestran directamente las relaciones con espacios y territorios socialmente caracterizados. Cuando se quieren emplear variables como las de los censos, o del INEC, hay que recurrir a operaciones metodológicas que no siempre permiten conformar *proxys* adecuados.

talidades mencionadas, que son convencionalmente reconocidas como indicadores del estado de bienestar de niños y sus madres, cuando se mira su tendencia general, en verdad sus promedios nacionales decrecen en casi todos los países del orbe, y ni las catástrofes o crisis más severas han logrado detener el descenso de ese tipo de indicadores, que mejoran año a año aun en contextos de profunda inequidad como Haití. Pero lo que pretendemos argumentar con nuestros datos es que su declive no es uniforme y que, cuando entran en escena las políticas neoliberales, experimentan importantes retrocesos o estancamiento, lo cual por sí mismo constituye una evidencia de impacto. Por el contrario, es más fácil demostrar el deterioro de la salud mediante indicadores de problemas cuyas curvas crecen rápidamente durante la etapa neoliberal, como es el caso de las enfermedades vectoriales y de las infecciones respiratorias y diarreicas, cuyas tasas aumentaron ostensiblemente de 1990 a 2006.

Pero lo dicho no quita que en un futuro debamos conseguir cambios en la lógica y categorías del sistema estadístico, para que podamos aproximarnos al estudio del impacto con datos desagregados de indicadores sensibles; usando comparaciones finas entre grupos socioeconómicos, étnicos y de género; estudiando las marcadas diferencias regionales de acuerdo con la distribución de la riqueza, los recursos y la infraestructura; analizando los daños humanos y ecológicos que se producen en los espacios de la producción; estudiando los contrastes y carencias de las zonas urbanas más depauperadas. Pero eso ha sido imposible en este trabajo pues la información que logramos reunir, no está diseñada para construir esas relaciones.

Si se reportaría la morbimortalidad en Ecuador por clase social, como lo hacen Inglaterra y otros países europeos; si los eventos de salud de la fuerza de trabajo fueran sistemática y obligatoriamente reportados y publicados en los lugares de trabajo; si se obligaría a los servicios privados a reportar sus egresos de hospitalización y consulta externa, y además con un registro mínimo de la posición social y cultural; si los determinantes sociales de salud como la exposición laboral a procesos y sustancias peligrosas fueran permanentemente monitoreados en nuestro país, y fueran transparentes al escrutinio público, entonces estaríamos en condiciones en este estudio de mostrar en toda su crudeza y magnitud los efectos de la aceleración global.

Lamentablemente los sistemas de información y los resultados de investigación que se publican no están contruidos para resaltar los problemas de fondo, sino que obedecen a la visión hegemónica que hemos cuestionado.

Ecuador tiene uno de los peores sistemas de salud de América Latina y más aun en problemas álgidos como el de las enfermedades y accidentes ocupacionales, donde hay un histórico agujero negro de nuestros sistemas de información.

Por eso en el presente trabajo apenas podemos esbozar algunos aspectos demostrativos del impacto, aprovechando las estadísticas reportadas y destacando, a manera de un caso ilustrativo, los hallazgos de un núcleo de investigación del país que ha buscado poner al descubierto los daños humanos y ambientales de la agroindustria bajo el modelo neoliberal, ligándolos justamente con los sistemas productivos y las condiciones estructurales de los espacios donde el capital logra sus niveles más altos de acumulación y relacionándolos con las políticas de demolición de los servicios públicos.

La mortalidad general e infantil en años anteriores y durante el neoliberalismo

En el marco de las transformaciones generadas por la globalización, la situación epidemiológica de Ecuador ha empeorado sobre todo en los indicadores de morbilidad que afectan a la población con mayor vulnerabilidad de la sociedad.

Al iniciar esta sección en la que se pasa revista a algunos de los impactos en salud que se pueden reconstruir con los datos disponibles, comenzaremos por un sencillo ejercicio de comparar nuestras vulnerabilidades en el terreno de dos grupos susceptibles de impacto (madres y niños) con las de Noruega, un país situado al lado opuesto del espectro de desarrollo social en el mundo y caracterizado por un alto desempeño en los clásicos indicadores de desarrollo humano. En efecto, en el cuadro 12 se puede observar la diferencia de lo acontecido en los años que analizamos en los dos países en lo referido a la mortalidad infantil y materna, que son dos indicadores sensibles a las condiciones sociales básicas que sustentan la salud. Al hacerlo, nos hemos percatado de una abismal diferencia entre los niveles de dichos indicadores. Diferencia que si bien está presente antes del período neoliberal, luego casi se duplica en la mortalidad materna, llegando al punto de que la tasa de Ecuador es 22 veces mayor que la de Noruega. Este simple ejercicio comienza recordándonos el desastroso nivel comparativo de la salud en Ecuador, y además nos recuerda que el citado abismo se amplió en los años neoliberales. Es la expresión de la evidente distancia entre un país como el nues-

tro, limitado en su soberanía, dependiente, de pronunciada inequidad social y con un Estado desentendido de los derechos sociales y de salud, y un país soberano caracterizado por una notable igualdad social y un Estado completamente responsable.

Cuadro 12
Distancia entre la mortalidad de Ecuador y Noruega
antes y durante el período neoliberal

Grupo de impacto	Indicador	País	Valor antes del neoliberalismo (1980)	Razón Nor.-Ecu. pre	Valor luego del neoliberalismo (2000)	Razón Nor.-Ecu. post
Niños menores de 1 año	Mortalidad infantil*	Noruega	9,00	7,10	4,00	6,80
		Ecuador	64,00		27,00	
Mujeres en triple demanda	Mortalidad materna**	Noruega	11,80	13,70	3,40	22,03
		Ecuador	162,10		78,30	

* Tasa x 1.000 nacidos vivos.

** Tasa x 100.000 nacidos vivos.

Fuente: INEC, 2007, www.inec.gov.ec; UNICEF, 2007; World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.

Habiendo ubicado nuestro rezago comparativo, miraremos a continuación algunas evidencias importantes acerca de las consecuencias de la situación social y política del Estado neoliberal en nuestra salud.

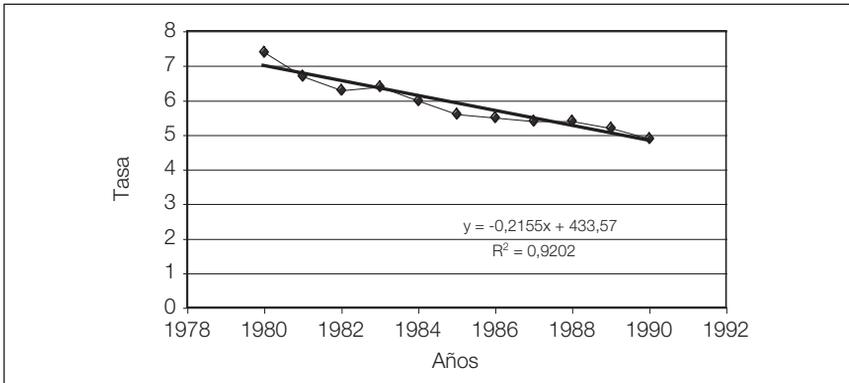
La huella epidemiológica de los años neoliberales puede observarse en los datos de mortalidad general (todas las edades) y de la mortalidad infantil (menores de un año). En ambos casos se constata que, a pesar de que hay efectivamente un declive promedial entre 1980 y 2006, sin embargo cuando los miramos con más cuidado y separamos la tendencia en dos partes: antes de la implementación a fondo del modelo de ajuste (1980-1990) y durante los años neoliberales (1991-2005), se detecta un freno o rectificación en la curva.

En efecto, si comparamos las pendientes (coeficientes β) y los coeficientes de correlación (R^2) vemos que la curva en el segundo tramo se aplana y disminuye su correlación, mostrando que en los dos indicadores hay un freno de la tendencia.

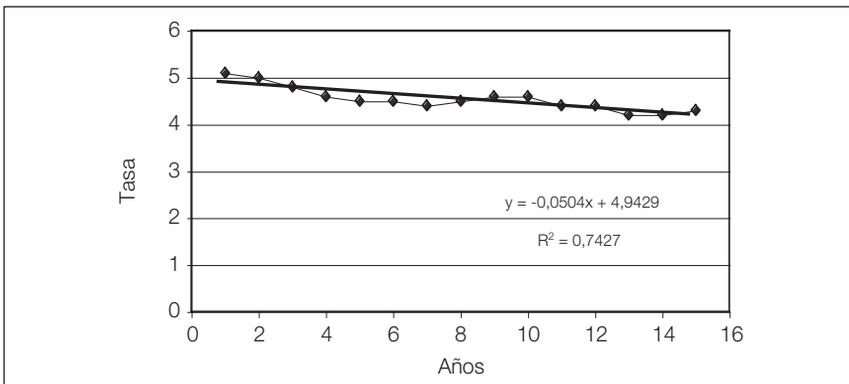
En lo que respecta a la *mortalidad general*, mientras en el subperíodo 80-90 la pendiente fue de $-0,22$ ($R^2 = 0,92$), en la etapa neoliberal apenas fue de $-0,05$ ($R^2 = 0,74$).

Figura 14
Contrastes de mortalidad general e infantil 1980-1990 y 1991-2005

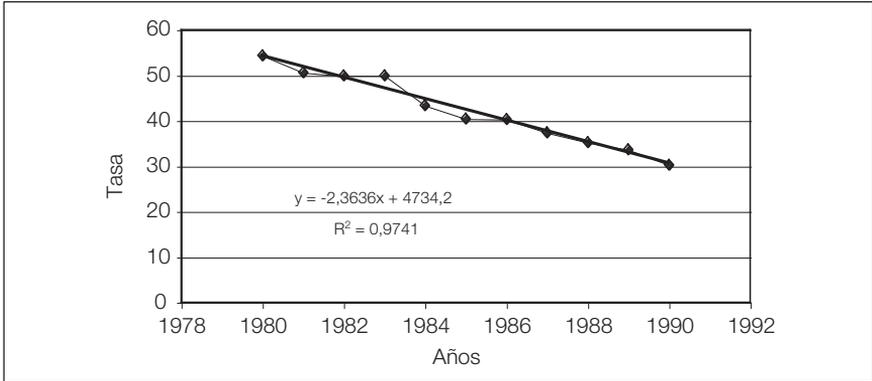
Mortalidad general 1980-1990



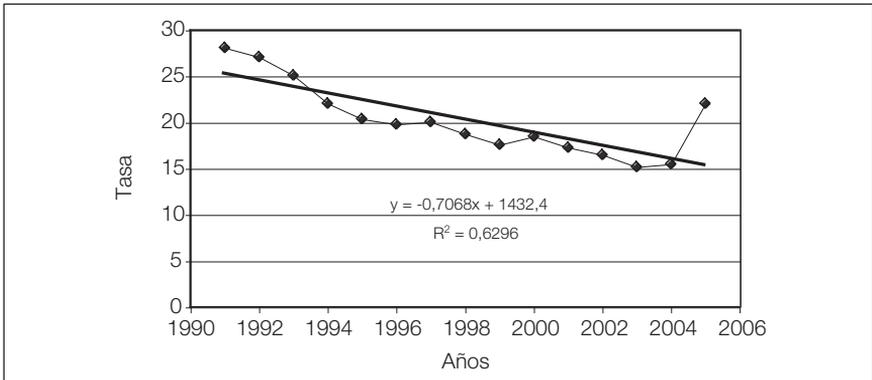
Mortalidad general 1991-2005



Mortalidad infantil 1980-1990



Mortalidad infantil 1991-2005



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2007; INEC, 2005.
Elaboración: autores.

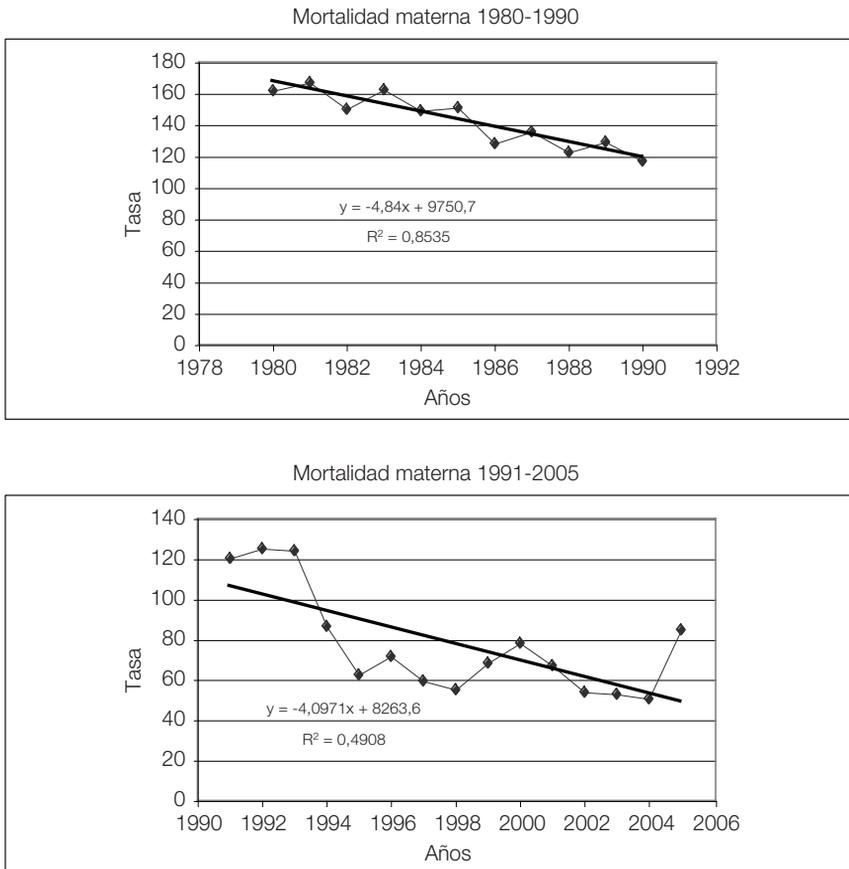
La mortalidad infantil, un indicador sensible a los cambios sociales, denotó también un importante cambio de ritmo en su comportamiento epidemiológico durante el período neoliberal. Mientras en la década de los ochenta, la tasa de mortalidad infantil presentaba una pendiente de disminución significativa de $-2,36$ ($R^2 = 0,9741$) hasta 1990, luego de ese año se observa una desaceleración importante, con pendiente de $-0,70$ ($R^2 = 0,6296$).

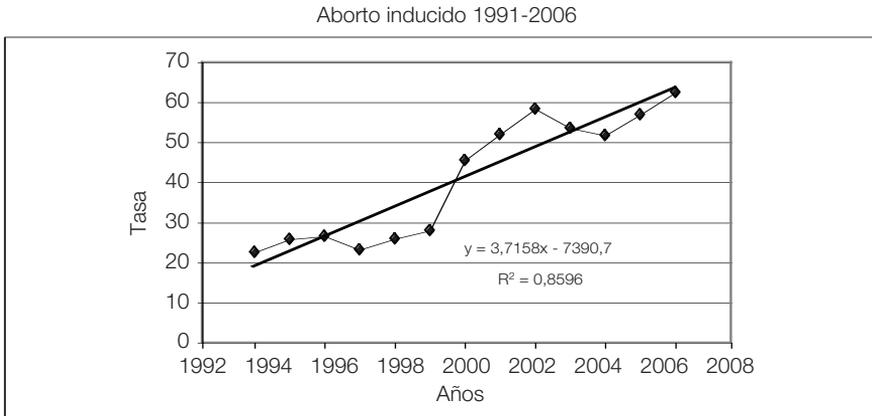
La mortalidad materna y el aborto inducido en los años del ajuste estructural

Al igual que la tendencia observada en la mortalidad infantil, la mortalidad materna presenta dos momentos con ritmos diferentes. El primero que comprende el decenio de 1980, durante el cual existe una disminución significativa en las tasas de mortalidad ($R^2 = 0,8535$), y el segundo, a partir de 1991 hasta el momento actual, donde existe un freno en dicho ritmo ($R^2 = 0,4908$).

Figura 15

Contrastes de mortalidad materna entre 1980-1990 y 1991-2005 y crecimiento del aborto inducido de 1991 a 2006





Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2007; INEC, 2005.

Elaboración: autores

Más allá de que la razón de mortalidad materna del Ecuador al salir del período neoliberal fue de 85 por 100 mil nacidos vivos, es decir 12 veces más alta que la de Canadá (7 por 100 mil nacidos vivos),²¹⁵ lo cual ya es de por sí escandaloso, se constata cómo durante los años neoliberales, cuando el Banco Mundial enunció como propósito fundamental de sus cuantiosas inversiones la mejoría de la salud materna, se produce un freno en la disminución significativa que se había empezado a dar en los años anteriores. Un hallazgo que adquiere especial relevancia si recordamos que dicho índice está claramente asociado a las complicaciones que suceden durante el embarazo y el parto, y por tanto, muy influido por la calidad de servicios obstétricos. Es decir, aquéllos que eran una supuesta prioridad de los proyectos del Banco Mundial que había ofrecido modernizarlos y ponerlos a punto.

El aborto inducido también está ligado a la disponibilidad de soportes y servicios relativos a la salud reproductiva. Llama la atención el rápido incremento de los abortos de ese tipo durante los años neoliberales, con una pendiente significativa de incremento de +3,71 ($R^2 = 0,859$).

215 UN Data, Maternal Mortality Ratio, 2008, en *UNICEF*, <http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%3A20>.

Acumulación de fuentes infectivas y patrones de transmisión infecciosa

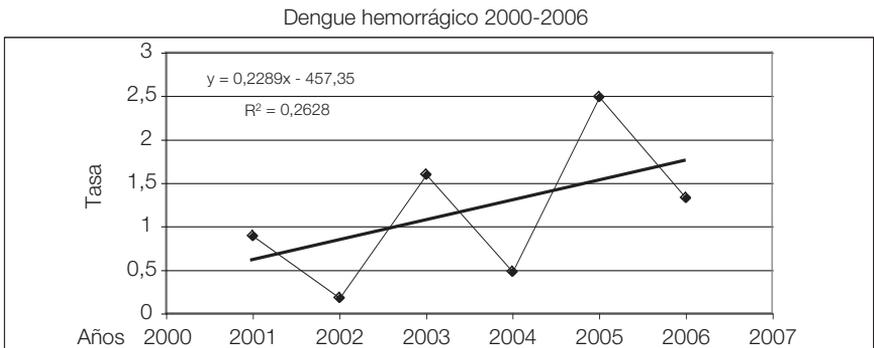
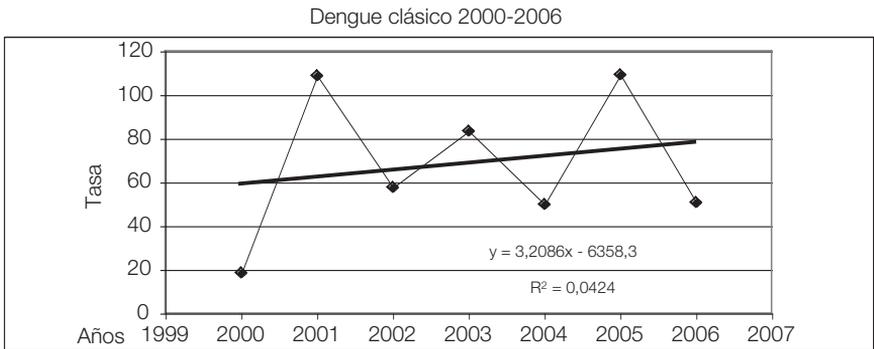
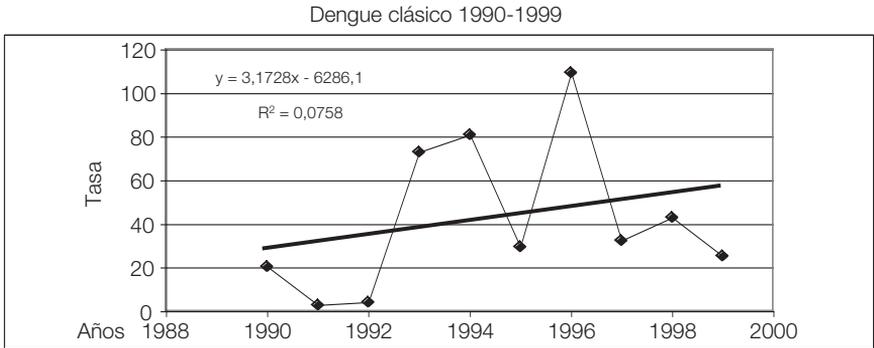
Los procesos transmisibles pesan en los índices de mortalidad en nuestro medio y han formado siempre parte de los perfiles epidemiológicos de las clases sociales más depauperadas. Con el paso del tiempo sin embargo se transforman los tres grandes procesos que la epidemiología crítica ha reconocido como integrantes de la transmisión colectiva: a) la construcción de espacios/microambientes con sus fuentes infecciosas; b) la aparición y reproducción de patrones sociales de exposición a los parásitos de todo orden, y c) la conformación en cada clase o grupo socioeconómico de patrones de susceptibilidad (infectividad).²¹⁶

Cuando los determinantes sociales de la salud generan consecuencias en dichos procesos de transmisión colectiva, se puede evidenciar aquello indirectamente en los promedios nacionales de enfermedades infecciosas.

Ya abordamos en la sección anterior, “Casos ilustrativos en América Latina” y su acápite “Deterioro de espacios urbanos y rurales: las enfermedades transmitidas por vectores (ETV)”, la explicación de cómo el avance de una lógica neoliberal en la nueva ruralidad de nuestros países incide en el despunte del dengue en todas sus formas. El caso de Ecuador no muestra un aumento significativo sino un estancamiento, como puede verse en la figura 15. Dada la alarma provocada, el problema suscitó la focalización de acciones de un Estado neoliberal en riesgo de deslegitimarse al desatender un fenómeno de alta visibilidad social. También en este caso, de disponerse de datos desagregados por zonas de las ciudades y por sectores socioeconómicos, podríamos evidenciar el recrudecimiento del problema en algunos de esos espacios.

216 Jaime Breilh, “Constraints and opportunities in the face of an alternative EID’s research paradigm, basada en E. Holloran ‘Concepts of infectious disease epidemiology’, en Rothman & Greenland, edit., *Modern Epidemiology*, Filadelfia, Lippincott Raven, 1998”, intervención realizada en Dialogue of Ecology & Epidemiology to deal with complexity and inequity working meeting, en la Conference on Emerging Infectious Disease and Socio-Ecological Systems, Honolulu, University of Hawaii, 19 de marzo de 2005.

Figura 16
Ritmos de incremento del dengue clásico y hemorrágico
en Ecuador: períodos 1990-1999 y 2000-2006

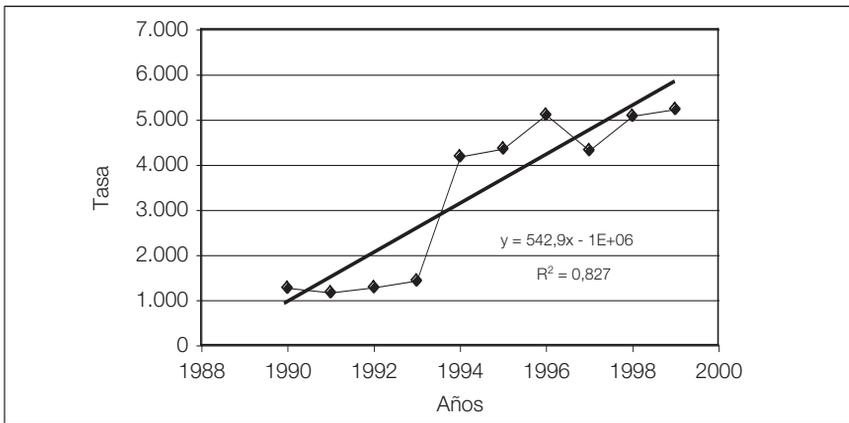


Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2007; INEC, 2005.
 Elaboración: autores.

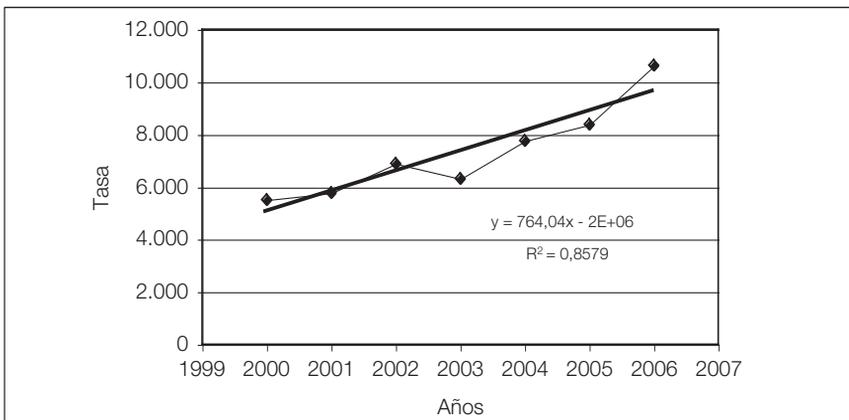
Por otro lado, cabe dar una mirada a otras dos expresiones de la crisis de la salud colectiva en los años del ajuste: las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA).

Figura 17
**Aceleración de infecciones respiratorias agudas (IRA)
 y enfermedad diarreica aguda (EDA) en Ecuador
 (1990-1999 y 2000-2006)**

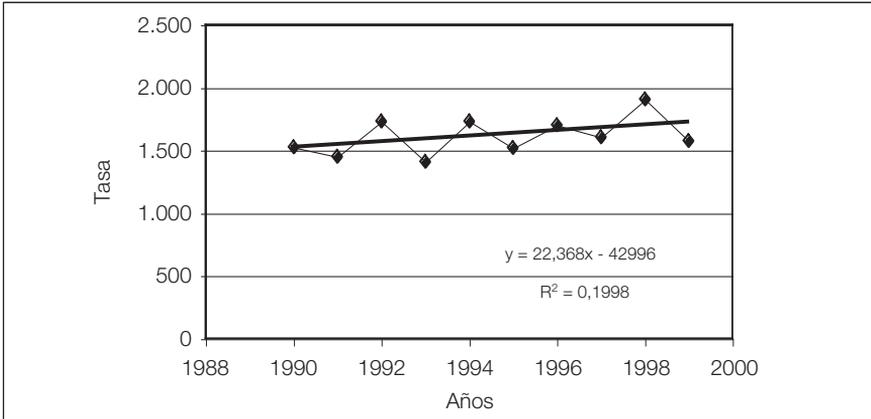
Infecciones respiratorias agudas 1990-1999



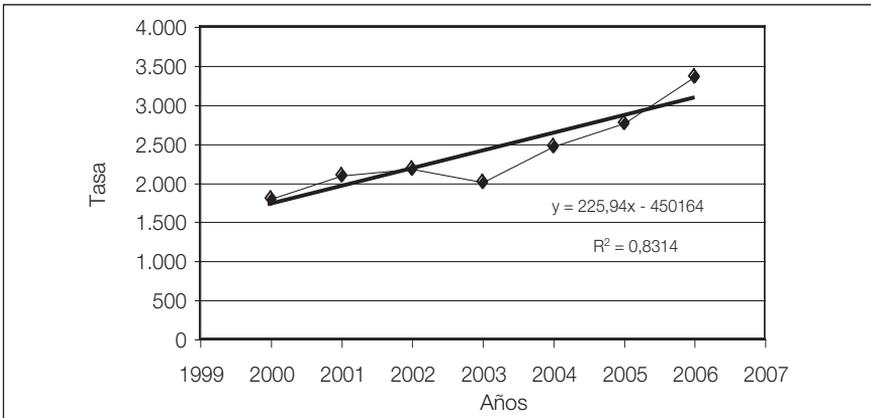
Infecciones respiratorias agudas 2000-2006



Enfermedad diarreica aguda 1990-1999



Enfermedad diarreica aguda 2000-2006



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2007; INEC, 2005.
Elaboración: autores.

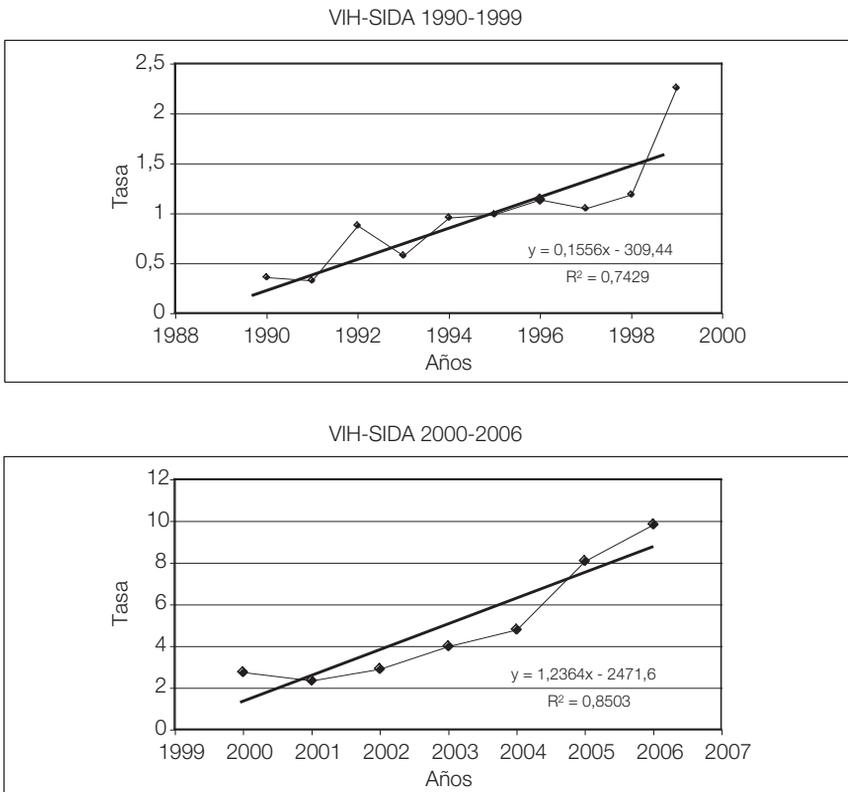
Estos dos procesos son conocidos por su asociación con los modos de vivir de las clases más pobres. Las estadísticas en estos problemas se acumulan en los sectores rurales más pobres, así como en los barrios marginales de las ciudades. El incremento de los índices promedio nacionales de IRA y EDA expresa entonces el deterioro de los espacios o circuitos secundarios, rurales y urbanos, donde los intereses económicos y políticos se enfocan menos.

En los dos casos hay una clara aceleración del registro de los dos procesos. Así mientras las IRA antes de 1999 mostraron una pendiente (β) de +542,9 ($R^2 = 0,83$), la pendiente posterior fue de 764,0 ($R^2 = 0,86$).

Finalmente, en este acápite no puede faltar una enfermedad transmisible que es afrontada desde un programa en cierto modo estrella de las instituciones de salud, con fondos y recursos mayores: el VIH-SIDA (Virus de Inmunodeficiencia y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida).

En la siguiente figura se contrasta las pendientes anterior y posterior a 1999.

Figura 18
Aceleración del VIH-SIDA en Ecuador (1990-1999 y 2000-2006)



La infección por VIH-SIDA presenta un incremento significativo de su prevalencia en el lapso 1990-1999 $+0,156$ ($R^2 = 0,743$), pero es considerablemente mayor conforme avanza el período neoliberal desde 2000, $+1,24$ ($R^2 = 0,85$). Hasta el momento, su tasa de incidencia ha aumentado 27 veces a partir de la década del noventa. Esta situación es un verdadero reflejo de las transformaciones sociales y culturales de un período histórico donde se introdujeron aceleradamente lógicas y ofertas consumistas y modos de vivir deteriorantes, incorporando prácticas habituales y cotidianas sexuales en circunstancias de un ocio mercantilizado y desprovisto de valores.

Deterioro del modo de vivir, sufrimiento mental y accidentes domésticos

La proliferación de modos de vivir malsanos no solamente impacta la salud física y la correspondiente mortalidad sino que acarrea un conjunto de problemas relacionados con la salud mental. Destacamos varios trastornos ligados a estos últimos, cuyas curvas significativas de incremento entre 1994 y 2007 está ligado en buena medida a los cambios provocados por la aceleración: nos referimos a problemas como la depresión, intento de suicidio, alcoholismo e hipertensión. Y en relación con el ambiente doméstico también crecieron los índices de accidentes domésticos.

En efecto, varios índices nacionales de morbilidad mental han aumentado significativamente según lo evidencian las pendientes (,) significativas de las curvas de depresión, intento de suicidio, hipertensión, alcoholismo para el período 1994-2007. Además, en el caso del intento de suicidio e hipertensión, las pendientes del subperíodo 2001-2007, cuando se habían pronunciado los efectos del modelo económico, ostentan aún mayor crecimiento que en el período anterior (1994-2000). (Ver esos dos problemas en el cuadro 13 y la figura 19).²¹⁷

217 Eduardo Aguilar, "Estadísticas 2006, Epidemiología", en *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*, http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=21&Itemid=17.

Cuadro 13
Incremento de morbilidad mental, hipertensión
y accidentes domésticos 1994-2007

Morbilidad	Todo período 1994-2007		1994-2000		2001-2007	
	Pendiente (β)	Significa- ción (R^2)	Pendiente (β)	Significa- ción (R^2)	Pendiente (β)	Significa- ción (R^2)
Intento de suicidio	+0,710 \leq	0,790	+0,560 \leq	0,600	+1,060 \leq	0,600
Depresión	+2,430	0,780	+1,490	0,610	-2,200	0,300 (ns)
Alcoholismo	-0,020	0,004 (ns)	-0,290	0,210 (ns)	+0,410	0,400 (ns)
Hipertensión	+16,500	0,860	+12,400	0,810	+27,800	0,740
Accidentes domésticos	+6,020	0,930	+6,230	0,950	+4,450	0,510 (ns)
Accidentes laborales	-0,250	0,050 (ns)	+0,310	0,030 (ns)	+0,800	0,130 (ns)

Fuente: E. Aguilar, 2008.
 Elaboración: autores.

En el caso de la *depresión*, el incremento se observa en el primer subperíodo mientras que en el segundo se estanca, cuestión inversa de los que se evidencia en el alcoholismo, donde el primer período no tiene variación significativa, pero en cambio crece significativamente de 2001 a 2007.

Llama la atención también el incremento de la morbilidad por *accidentes domésticos*, los cuales crecieron significativamente durante todo el período y en cada uno de los subperíodos igualmente.

Los *accidentes laborales* no registran un incremento según la fuente consultada, al igual que el alcoholismo que prácticamente permanece en un mismo nivel, aunque insinúa un leve incremento hacia el final.

Tal como lo habíamos enunciado al comienzo de este capítulo, en nuestro país se han desencadenado enfermedades principalmente asociadas con producción precapitalista o subalterna –como las transmisibles– con enfermedades principalmente asociadas al modo de producción empresarial, tec-

nologías peligrosas y consumismo –como las intoxicaciones por residuos químicos, cánceres, mentales, adicciones. etc.)

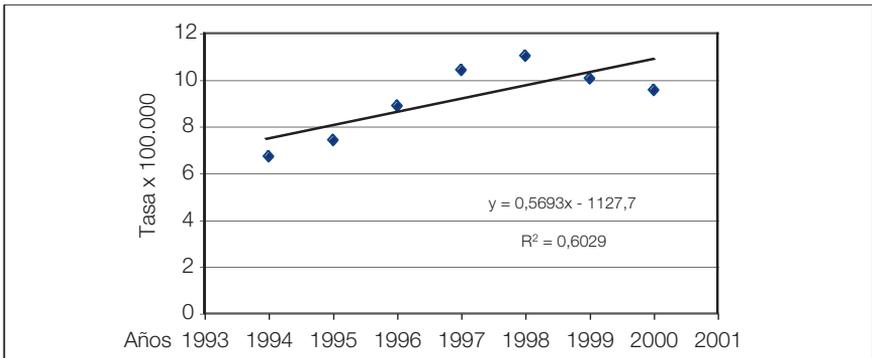
La inseguridad real y percibida también acompañan el conjunto de cambios en el perfil de nuestra salud. Si bien en comparación con otros países de América Latina el Ecuador se ubica en una posición intermedia en la escala de violencia, sí preocupa en cambio que las condiciones sociales estén incubando escenarios crecientemente agresivos y violentos.²¹⁸ La sociedad de mercado expone a amplios sectores de la población al desempleo, discriminación y pobreza, a la par que los expone por los medios a imágenes del éxito y del consumo posible; ante la imposibilidad de acceder a esos estándares por medios lícitos, el recurrir a la violencia se convierte en un mecanismo de socialización.

El homicidio como degradación de valores y del valor de la vida humana ha crecido incesantemente en Ecuador desde 1980. Desde ese año (6,4 homicidios x 100 mil) hasta 1990 (tasa de 10,3 x 100 mil) creció el 60%; y desde 1990 hasta final de esa década creció en 45%, pero en las zonas urbanas aumentó en que 57%. Es decir, si bien el neoliberalismo no acentuó la tendencia, al menos no la modificó sustancialmente. Claro que esos promedios nacionales probablemente enmascaran fenómenos zonales en donde se podría palpar la crisis (ver figura 20).

Figura 19

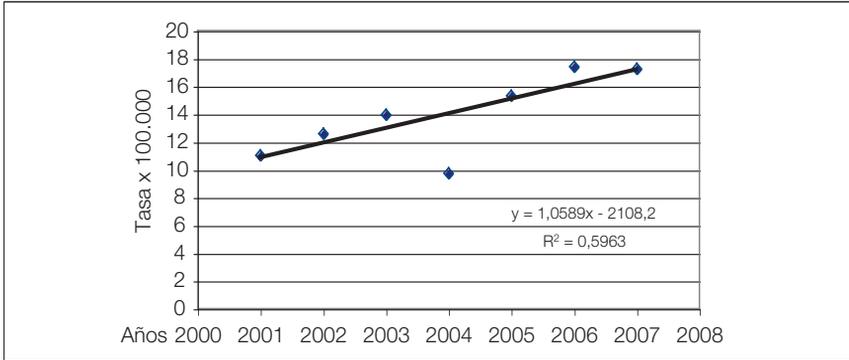
**Deterioro de la salud mental y cardiovascular en el Ecuador
Crecimiento significativo en los subperíodos 1994-2000 y 2001-2007**

Intento de suicidio 1994-2000

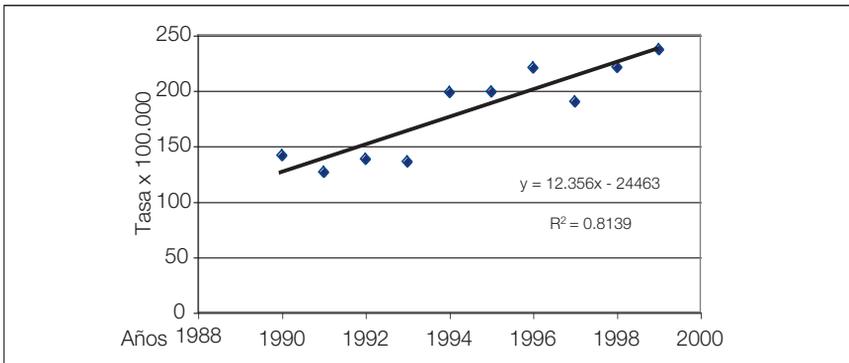


218 IADB, *Magnitud y tendencias de la violencia en el Ecuador, 1990-1999*, Quito, BID, 2002.

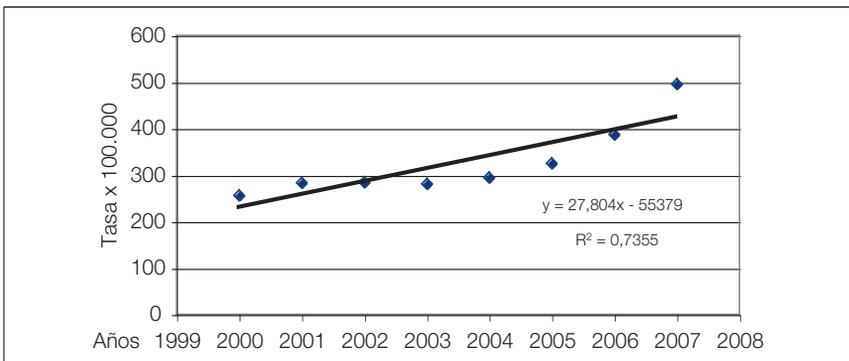
Intento de suicidio 2001-2007



Hipertensión 1994-2000



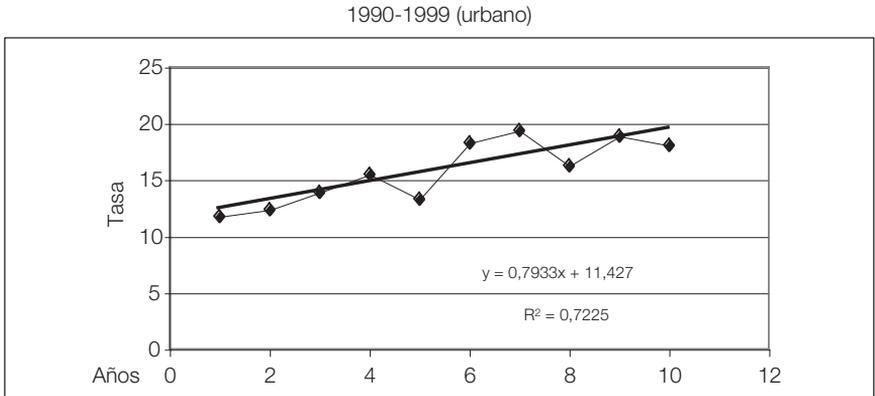
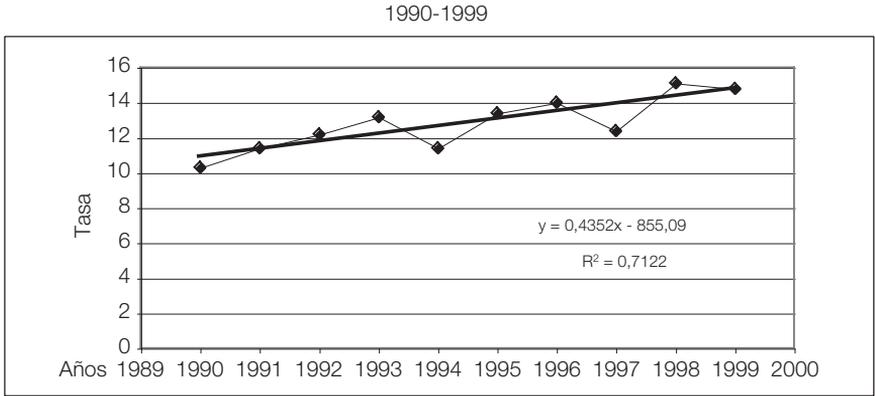
Hipertensión 2001-2007



Fuente: E. Aguilar, 2008, en http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=21&Itemid=175.

Elaboración: autores.

Figura 20
Tasas de defunción por homicidios (Ecuador 1990-1999)



Fuente: IADB, 2002.

Alto costo social en salud y ambiente en la nueva ruralidad agroempresarial: la floricultura²¹⁹

En la actualidad varios foros sobre el tema han coincidido en que ningún modelo de desarrollo o proyecto de país que no pase por la transforma-

219 Datos del CEAS presentados por Jaime Breilh, “Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador”, en *Ciencia e*

ción de las condiciones agrarias y asuma con profundidad el análisis de la ruralidad: producción sustentable y en equidad; soberanía alimentaria y mercado interno; agricultura e industria alimentaria transgénicas; agrocombustibles; relaciones interculturales en el campo, y entre los temas más importantes, podría reconocerse como una opción realmente alternativa. Y algo paralelo se puede decir sobre la salud. De hecho, ninguna propuesta de salud que no pase por una transformación de las relaciones sociales del campo, por la construcción de modos de vivir saludables en el agro y por la defensa de la vida y los ecosistemas agrarios podrá reconocerse como una propuesta legítima. Por este motivo complementamos el panorama crítico de los indicadores negativos de salud del país con el siguiente caso ilustrativo sobre los múltiples efectos de un tipo de agroempresas, sin desconocer, vale decir, que en el país existen casos aún más graves que encarnan consecuencias destructivas en varias regiones. La investigación analiza los casos de los trabajadores de dos tipos de fincas: una con tecnología más moderna y otra, que llamaremos tradicional, con menor desarrollo técnico.

Las agroempresas de flores en el país han florecido con apoyo del Estado, en un escenario muy débil en normas de protección para la vida. Éstas ilustran la ausencia o inaplicabilidad de leyes y ordenanzas que aseguren una producción social, sanitaria y ecológicamente adecuada. Más bien en su mayoría, realizan su rentable actividad al margen de cánones internacionalmente reconocidos. Es verdad que si comparamos los procesos destructivos de la floricultura con los que provocan otras actividades, como la bananera por ejemplo, no son de los más graves, pero la floricultura permite ejemplificar el caso de una rama agroindustrial de alta tecnología productiva que no se corresponde a un beneficio social equitativo ni a los cuidados hacia el ser humano y el ambiente que se esperaría atiende un sector tan informado y rentable.

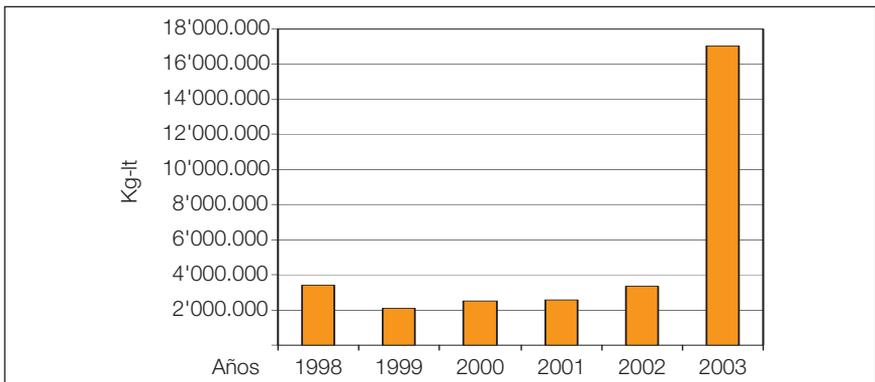
En la floricultura se destaca un empresariado que tiene para invertir entre US \$ 250.000 y US \$ 500.000 por hectárea en tecnología. La producción de flores cortadas para exportación está estructurada para una productividad en competencia y no para el bienestar de las miles de familias, directa o indirectamente ligadas a aquéllas, ni para desarrollo sustentable. La lógica de una acumulación acelerada de capital es la que se impone, ocupando un territorio agrícola fértil, drenando sus recursos hídricos, extrayendo el trabajo del campesinado pobre, inundando los ecosistemas y cadenas alimentarias de

agrotóxicos, y promoviendo una transformación cultural y organizativa que destruye la cultura agraria sustentable.

Las empresas floricultoras se presentan y justifican como fuentes de empleo y riqueza; esgrimen sus promedios salariales discretamente más altos que en otros sectores agrícolas; se muestran como una fuerza motriz regional que jalonea el progreso; reportan éxitos en la competitividad que pueden alcanzar en el concierto global las empresas de base nacional, en cambio, es muy poco lo que ofrecen realmente hacia el logro de la equidad social en el campo en el tiempo presente, peor aún en una proyección futura. Y lo que tampoco pueden mostrarnos son datos con resultados aceptables de la realidad de salud de los y las trabajadores, ni de las comunidades de las zonas florícolas, ni tampoco de las microcuencas respectivas, porque simplemente no disponen de éstos ni se han preocupado por monitorear los efectos netos que producen.

Con estos argumentos no se pretende cerrar las puertas a toda forma exitosa de agroindustria, es más bien un llamado de atención, desde la perspectiva de la ciencia y de un proyecto de desarrollo humano, sobre las inconsistencias de ese tipo de lógica empresarial respecto a la redistribución de la riqueza, las posibilidades para la expansión de formas de vida saludable y la generación de una sustentabilidad ecológica.

Figura 21
Volumen total de agroquímicos vendidos para uso
en cultivo de flores, Kg-It

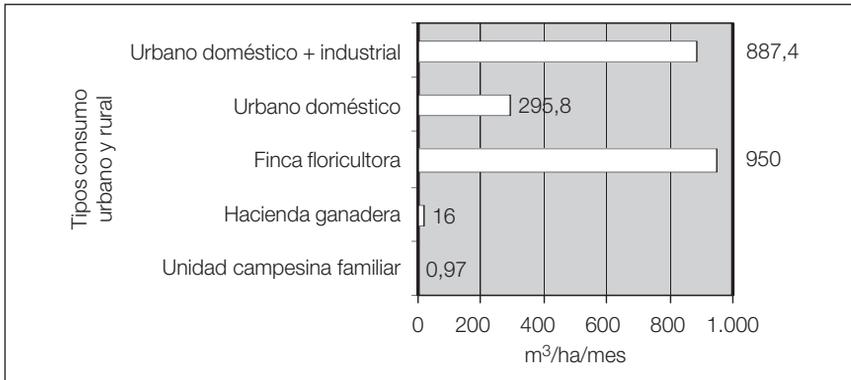


Fuente: GAMA, 2003.

Elaboración: Orlando Felicita, CEAS.

El primer gran problema son los impactos en los ecosistemas, el uso intensivo de agua y la diseminación de una gama de agrotóxicos. La demanda internacional de “flores perfectas”, en este caso, como puede ser la de “bananos sin mancha”, en otro, induce al uso de agrotóxicos para controlar las plagas y el crecimiento de productos immaculados. El lavado permanente mediante el empleo de grandes cantidades de agua determina un consumo tan elevado por hectárea y por mes, que una plantación de flores de la zona de Cayambe, por ejemplo, usa 60 veces más agua por hectárea/mes que el de una hacienda tradicional, 1.000 veces más que una pequeña propiedad campesina y hasta 1,07 veces más que el agua que se consume por mes en una hectárea de Quito Metropolitano con su gente e industrias incluidas (ver figuras 21 y 22).

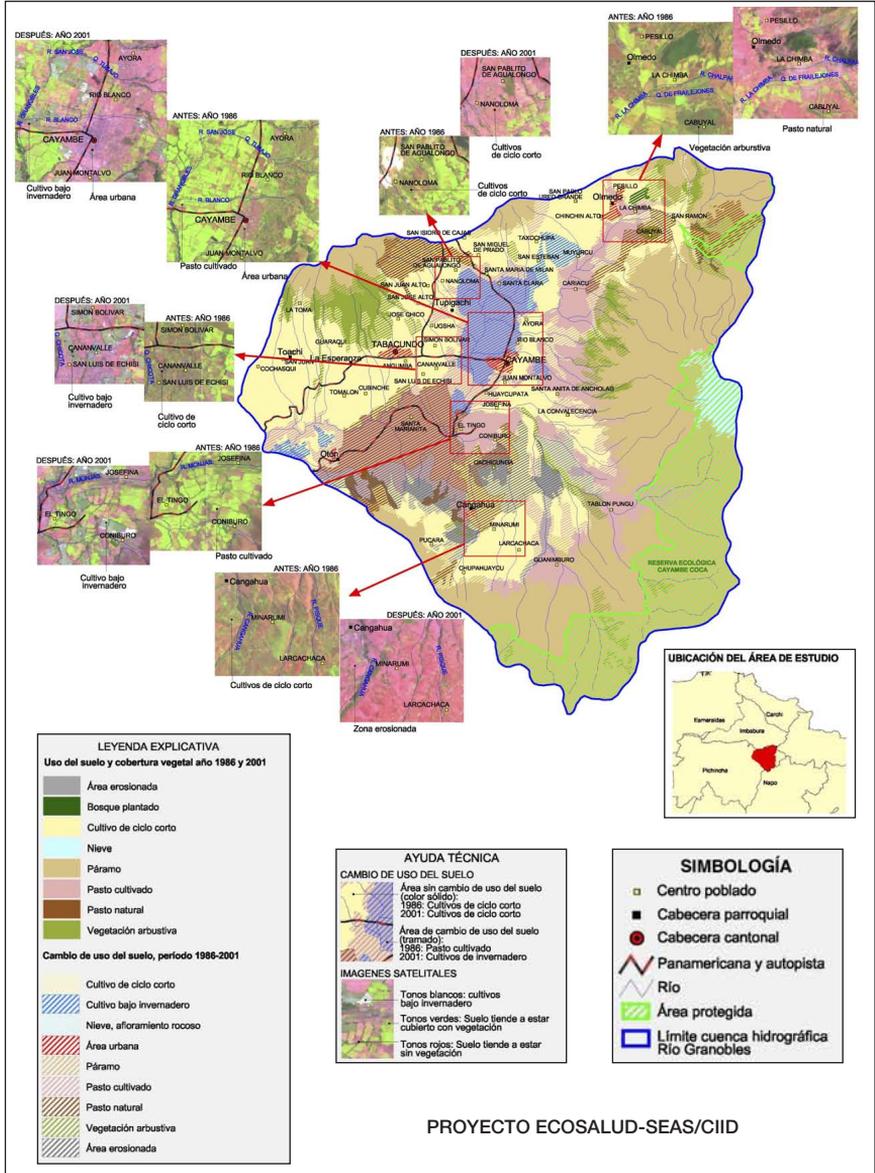
Figura 22
Consumo de agua comparativo Quito-Cayambe



Fuente: CEAS, 2004.

Investigaciones realizadas en el país muestran la contradicción entre alta rentabilidad-tecnología y deficiente protección social, de salud y ambiental. De las cerca de 400 empresas del país repartidas en la Sierra norte, centro y sur, menos de 60 se acogen al cumplimiento de los estándares internacionales de protección social, de la salud y ambiental, bajo el programa FLP –*Flower Label Program*. Es entonces considerable la cantidad de principios activos químicos que la floricultura arroja al ecosistema. Las cifras son llamativas, más aún si se toma en cuenta que la superficie cultivada con flores

Figura 23
 Contraste de biomasa en la cuenca del Granobles antes (1986) y después (2001) de la floricultura



es relativamente pequeña (menos de 4.000 ha); mucho menor que la dedicada a otros cultivos, como arroz (349.726 ha); banano (266.124 ha); caña de azúcar (131.852 ha); soya (55.980 ha); papa (49.719 ha); maíz duro (275.145 ha), maíz suave (196.400 ha).²²⁰

El CEAS (Centro de Estudios y Asesoría en Salud) en su estudio sobre impactos en la salud y el ambiente de las empresas floricultoras de la Cuenca del Granobles (Cayambe-Tabacundo), ha ofrecido contribuciones importantes. Una evidencia ecológica encontrada al estudiar la aplicación de un modelo de economía agroindustrial de escala, sin la precaución necesaria, es la pérdida de biomasa en la zona floricultora de dicha cuenca. Al comparar las imágenes satelitales obtenidas por el sistema Clirsen de 1986 (antes de la floricultura) con las de 2001 (luego de aproximadamente 15 años de operación de las agroempresas de flores en la zona), se nota un contraste considerable (ver figura 23).

El hallazgo se repite en tres puntos del valle floricultor notándose una pérdida importante de zona verde que en la imagen es sinónimo de mayor densidad de biomasa.

En el citado estudio se contrastó la contaminación por plaguicidas en los sistemas hídricos de las zonas altas (> 3.000 msnm) de La Chimba, Pespillo, Sta Ana y San Isidro (zonas productoras de papas, otros cultivos y ganadería) y las zonas bajas (< 3.000 msnm) de San Pablito de Agualongo y Cananvalle (zona de colección de efluentes florícolas). Las aguas de los sistemas hídricos correspondientes y los sedimentos de los cauces respectivos se encuentran contaminados de residuos químicos en una proporción relativa a su proximidad a las fuentes de contaminación: menor en los sectores más altos de las vertientes, moderada en las zonas de producción de papas, pastos y cebada, y de mayor grado en el valle florícola agroindustrial (cuadro 14).

En la zona de Cananvalle (Tabacundo), por ejemplo, empresas de flores venden a familias de los sectores vecinos restos de follaje y tallos de las rosas contaminados, que son comprados como forraje para alimentar el ganado vacuno, con lo cual muy probablemente se está contaminando la cadena alimentaria, cuestión que en la actualidad se está confirmando mediante análisis de residuos químicos por cromatografía de gases aplicada a dichos

220 INEC, MAG y SICA, "II Censo Nacional Agropecuario. Datos Nacionales", multicopia, Quito, INEC, 2000.

Cuadro 14
Contaminación diferencial en la región productora de flores

Cod. zona	Nombre	Ubicación caracterización	Contaminantes químicos e impactos encontrados (*) (**)
CH1	Chahuancorral Alto	De altura, próximo a vertientes	<p>Agua:</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfan y Sulfato de Endosulfan (trazas)</p> <p>FIS/QUIM/BIOL: pH bajo; sulfuros; nitritos; alta c. bact. y DBO5 alto.</p> <p>Sedimentos:</p> <p>CARB: 3 Hidroxicarbofurán (trazas agosto)</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas agosto)</p>
CH2	Chahuancorral Bajo	Luego cultivo de papas, pastos, otros	<p>Agua:</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Sulfato de Endosulfan (trazas febrero)</p> <p>FIS/QUIM/BIOL: pH bajo; sulfuros, nitritos, nitratos; c. bact. y DBO5 alto</p> <p>Sedimentos:</p> <p>CARB: 3 Hidroxicarbofurán (trazas agosto)</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas febrero)</p>
AY1	Ayora Puluví	Luego población y antes de flores (Norte bajo)	<p>Agua:</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas febrero)</p> <p>FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, c. bact. y DBO5 alta, dureza</p> <p>Sedimentos:</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas agosto); ppDDT (trazas diciembre)</p>
AY2	Ayora Granobles	Luego población, después de flores (Norte bajo)	<p>Agua:</p> <p>CARB: Carbofurán (alta diciembre y febrero); Metomil (alta diciembre 1,53 y 18,2 febrero)</p> <p>ORG. FOSF/CLOR: Cadusafos (agosto 7,59 y febrero 0,66); Dimetoato (trazas febrero); Clorpirifos (trazas febrero); Betaendosulfan (0,28 diciembre y Tiabendazole (trazas agosto)</p> <p>FIS/QUIM/BIOL: sulfatos, nitritos, nitratos, dureza, muy alta c. bact. y DBO5</p> <p>Sedimentos:</p> <p>CARB: Trazas de 3 Hidroxicarbofurán (trazas agosto); ORG.FOSF/CLOR: Cadusafos (trazas febrero) y ppDDT (trazas diciembre)</p>

P1	Pisque Bañero	Centro, luego de confluencia R. Guachalá y Granobles trayecto de oxigenación	Agua: FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, dureza, alta c. bact. y DBO5 Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: ppDDT (trazas diciembre)
P2	Pisque "Hueco"	En cañada y descargas de florícolas (a 7 km de P1 de Cayambe, Sur).	Agua: ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfan y Sulfato de Endosulfan (trazas diciembre) FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, dureza, alta c. bact. y DBO5 Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas agosto)
P3	Pisque "Puente"	Salida de la Cuenca	Agua: CARB: Carbofurán (1,5 agosto) ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfan (trazas diciembre) FIS/QUIM/BIOL: sulfatos, nitritos, nitratos, dureza, muy alta c. bact. y DBO5 Sedimentos: ORG. FOSF/CLOR: Betaendosulfan (trazas agosto)
T1	Florícola T	Efluente de florícola (Cananvalle)	Agua: CARB: Carbofurán (23,1 febrero);Metomil (3,8 diciembre y 1,2 febrero). Oxamil (4 febrero): ORG. FOSF/CLOR : Diazinon (trazas febrero); Clorotalonil 0,99 diciembre); Alfaendosulfán (0,09 diciembre); Betaendosulfan (0,35 diciembre); y Sulfato de Endosulfan (trazas diciembre). FIS/QUIM/BIOL: DQO muy alto; bajo O disuelto, sulfatos, sulfuros, nitritos y nitratos altos, cloruros, dureza, c. bact. y DBO5 altos Sedimentos: ORG. FOSF/CLOR: Dimetoato (trazas febrero); Alfaendosulfán (0,09 diciembre); Betaendosulfán (78,76 diciembre); y Sulfato de Endosulfán (trazas febrero)

(*) CARB = Carbamatos; ORG. FOS/CLOR = Organofosforados y organoclorados; MET PES = Metales pesados; FIS/QUIMO = Parámetros físicoquímicos.

(**) Se indican los tipos y nombres de químicos encontrados, sea trazas o en concentraciones mayores, sea en agua ($\mu\text{g/L}$) o en sedimentos ($\mu\text{g/Kg}$).

Fuente: Proyecto EcoSalud-CEAS/CIID, 2004.

restos y a la leche del ganado que se alimenta con ellos. A eso se suma la diseminación por venta u obsequio de restos de las estructuras de madera o plásticos de los invernaderos, igualmente contaminados.

En relación a los impactos humanos, se ha encontrado que la floricultura encarna algunos problemas importantes. La lógica empresarial ha determinado profundos cambios de los modos de vida de las comunidades y trabajadores agrícolas, estableciéndose una contradicción entre la ventaja de disfrutar una positiva oferta de empleo con salario discretamente mejor que el ingreso promedio de la economía campesina pobre de la zona y los patrones de vida dañinos para la salud y la exposición a residuos químicos peligrosos.

Así, el sistema productivo de la floricultura plantea una alta exigencia laboral, sobre todo en épocas de producción pico, que se dan alrededor de fechas de alta demanda de flores en el mercado internacional, como San Valentín.

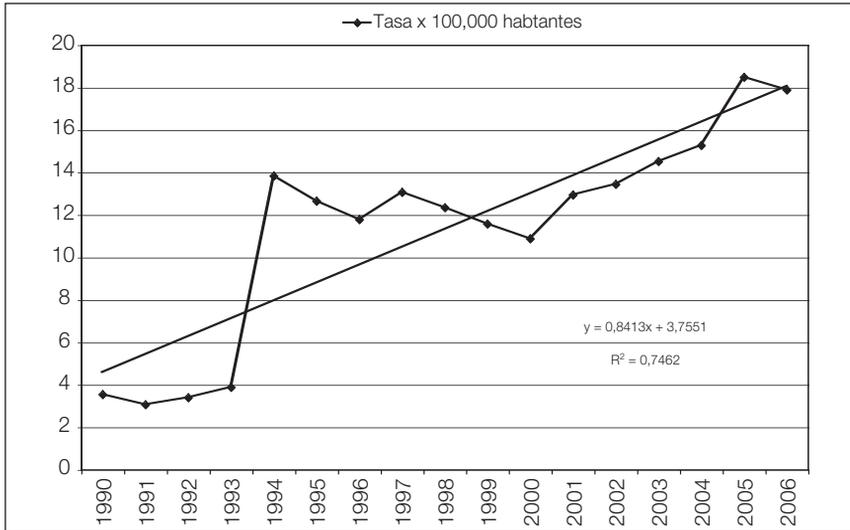
El 31% del total de las familias de la zona estudiada tiene al menos un miembro que trabaja en flores como principal y/o segundo responsable económico. Un 24% de los responsables económicos de las comunidades menos ligadas de todas maneras trabaja en flores, y hasta un 52% en las más ligadas. En la comunidad de Cananvalle, incluyendo los segundos responsables, este porcentaje asciende al 67% del total de la población censada. Es decir, una proporción importante de los pobladores tiene su modo de vida definido, directa o indirectamente, por el sistema floricultor.

El proceso mismo de producción de las flores se encuentra atravesado por modalidades de trabajo intensivo, de ritmo alto, rutinario, de producción masiva, con mínimos períodos y días de descanso (especialmente en las fases de cosecha y poscosecha), en los ciclos de mayor demanda de flores, lo cual opera en el condicionamiento de los perfiles de exposición laboral a químicos y otros peligros. Así por ejemplo, mientras en las comunidades con más trabajo en flores el 60% y 75% de las mujeres embarazadas usaron plaguicidas, en las menos ligadas apenas un 17% lo hizo. Así mismo, mientras en las primeras el 40% de los hijos estuvieron en contacto con la ropa de trabajo de la madre, en las últimas sólo el 18% lo hizo.

En Ecuador a partir de 1990, al expandirse la producción de flores y otros productos agroempresariales para exportación, se incrementa, como se ha visto, el uso de agrotóxicos y con eso el número de casos de intoxicación (+0,84, $R^2 = 0,7462$), (figura 24). Este incremento va de la mano de las trans-

formaciones de los procesos de producción agrícola y de desprotección del trabajador campesino que ha vivido el país durante el período del estudio.

Figura 24
Aceleración del reporte de intoxicación por agrotóxicos
Ecuador 1990-2006



Fuente: MSP, 2007.

En las empresas de flores la organización del trabajo en las distintas áreas de las fincas acarrea distintos problemas y patrones de exposición. Los tipos de tareas, horarios, herramientas o máquinas que se emplean y la distribución de las jornadas varían entre las secciones y se asocian también a las prácticas cotidianas de los obreros.

De modo general, los ritmos de producción de flores cortadas son intensos y no permiten un mínimo control del trabajador sobre el proceso productivo. Las jornadas de trabajo son extenuantes y estresantes por su alta exigencia, sin pausas compensatorias ni ejercicios físicos de distensión. Los tiempos para el descanso diario y periódico son mínimos e insuficientes. Las tareas, según las áreas, imponen diversos procesos dañinos: sobrecarga física dinámica, combinada en algunas secciones con sobrecarga estática (como en poscosecha); movimientos repetitivos; fluctuaciones térmicas; exposición

al ruido, a irritantes respiratorios y dérmicos; infecciones de hongos en la piel, y sobre todo exposición a agroquímicos –eventualmente aguda y generalmente crónica y de baja intensidad–, por el uso indebido de sustancias de peligrosidad alta (productos de franja roja y amarilla), ocasionado por la falta de sistemas de manejo alternativo e integral de plagas, la debilidad o ausencia de mecanismos de protección (deficiencias de equipo, implementación incorrecta de turnos y modos de fumigación). Tales problemas se amplifican en las fincas no sujetas a los estándares internacionales y controles del programa FLP.

La nueva ruralidad ha provocado especiales sobrecargas y problemas a las mujeres, no sólo por lo que se ha llamado la *feminización de la pobreza* sino por que, con la transformación de la mujer campesina en obrera, las viejas relaciones de dependencia patriarcal tienden a reemplazarse con las relaciones de subsunción al trabajo industrial y los impactos del desgarramiento de la cultura comunitaria.²²¹

Cuadro 15
Impactos en salud según el tiempo
de trabajo en floricultura, 2003

Pruebas	Años en floricultura, % positivos (n)						Total	valor p
	<5 años		5-10 años		≥10 años			
	n=35		n=48		n=60		n=143	
AChE	39,4	(13)	39,4 (13)	21,2	(7)	23,1	(33)	0,013
Prueba de Referencia	25,3	(22)	39,1 (34)	35,6	(31)	60,8	(87)	0,123
Batería CEAS	21,1	(16)	42,1 (32)	36,8	(28)	53,1	(76)	0,070

Fuente: varios autores, CEAS / UBC, 2007.

221 Jansi López, “Floricultura en el Ecuador y la problemática de género”, tesis de maestría presentada para la obtención del título por la Universidad de California en San Diego, Centro de Estudios Latinoamericanos, San Diego, 2004.

Los resultados obtenidos ponen en evidencia un alto grado de afectación de la salud humana en la población trabajadora. El análisis de las encuestas y exámenes administrados ofrecen constataciones importantes. En primer lugar, los trabajadores de todas las secciones en las dos fincas estudiadas perciben estar expuestos a procesos peligrosos. Sobre todo en la finca sin certificación FLP, casi el 60% de estos percibe la mayoría de los peligros estudiados. En segundo lugar, la calidad y cobertura de los equipos de protección de los trabajadores es limitada, especialmente en la finca que no cumple los estándares internacionales. En tercer lugar, en todos los tipos de exámenes de salud se registraron porcentajes altos de afectación de la salud. Habrá que establecer contingencias y correlaciones con variables analíticas y de control que se están estudiando ahora para saber cuántos de estos problemas son atribuibles a la floricultura; pero de todas formas, se conocen algunos hechos preocupantes. En el cuadro 15 se evidencia el porcentaje de trabajadores afectados según su tiempo de trabajo en flores.

Nótese que con los años en floricultura tienden a darse una mayor proporción de casos. Es alta la proporción de afectados en su sistema neurotransmisor –acetilcolinesterasa o AChE plasmática– (23,1%); así como el número que mostró alterción de cualquiera de los sistemas del organismo susceptibles a impacto tóxico (60,8%). Y luego, cuando se revisan otras alteraciones ligadas a la exposición a residuos químicos, se constata: alteración de la presión arterial (52%); anemia tóxica (14%); disminución de leucocitos (12%); inflamación hepática (26%); inestabilidad genética (25%); reducción de enzima de sistema neurotransmisor –acetilcolinesterasa– (23%),²²² y un 69% tuvo signos clínicos entre moderados y severos de toxicidad. Además un 43% con malnutrición (sobrepeso). Todo lo cual indica que esa fuerza laboral se halla en malas condiciones de salud. Cuando el análisis avance y tengamos datos comunitarios comparativos, podremos entender mejor cuánto de esa abultada problemática está ocasionado por la floricultura; pero desde ya los patrones de exposición apuntan hacia un predominio del problema ligado a una floricultura no responsable.²²³

222 La reducción de acetilcolinesterasa, como indicador convencionalmente usado para ponderar la exposición a plaguicidas de los y las trabajadores, no tiene la sensibilidad para detectar la toxicidad crónica de baja intensidad como problema más frecuente, como lo muestran nuestras pruebas de validación concurrente.

223 Varios autores, “Critical Evaluation of Public Health Screening Methods for Floriculture Workers in Ecuador and Development of a low-cost Test Battery to Monitor Toxicity from Chronic low-dose Pesticide Exposure”, en *Neurotoxicology*, Amsterdam, Elsevier, 2007.

Por otro lado, el estudio demostró que el estrés típico del trabajo en floricultura para cubrir el incremento de cuotas de exportación en épocas pico, es una mediación importante para la toxicidad, pues contribuye a potenciarla. Se encontró que un 56% de trabajadores se encontraban estresados. Los índices de prevalencia de cuadros clínicos (moderados y severos) de la finca tradicional eran de 73,4% y en la moderna de 58,8%; diferencia significativa en $p = 0,07$. Sin embargo, al controlar el nivel de estresamiento, dicha diferencia adquiere mayor significación ($p = 0,038$) y la distancia entre las dos fincas se amplifica llegando a ser del 100% el impacto de los tóxicos en los trabajadores más estresados de las dos fincas. Igual cosa sucede al contrastar grupos de trabajadores según peligrosidad de su sección. Y del mismo modo, el control del nivel de estresamiento torna más ostensibles los índices de reducción de la AchE en las dos fincas.^{224, 225}

El sufrimiento mental en los obreros y obreras estudiado alcanzó el 38,8%, repartido entre sufrimiento moderado (24,4%) y sufrimiento severo (14,4%). El índice resulta realmente alto si se considera que en una población media no debería estar por encima del 20 por ciento y 5 por ciento respectivamente.²²⁶

Y el desarrollo neurológico de los niños que viven en las comunidades de la región floricultora también se afecta. Dicho desarrollo neuromotor, ya afectado por aspectos del modo de vida de los niños campesinos (como el bajo ingreso, la malnutrición, las carencias maternas y paternas en su nivel educativo formal y las percepciones sobre crianza, desarrollo infantil y estimulación), se ve también golpeado por la exposición a plaguicidas.^{227, 228}

224 Establecido mediante aplicación de la prueba para estresores denominada EPISTRES (desarrollada por Breilh).

225 Varios autores, "The Interplay of Toxicity and Stress in Agroindustrial Populations of Ecuador: Floriculture and Banana", estudio presentado ante el International Journal of Occupational and Environmental Health Congress, Mérida, 1-5 de diciembre de 2008.

226 Analizado por medio del General Health Questionnaire de Golberg, validado para el contexto.

227 Alexis Handal, *et al.*, "Sociodemographic and Nutritional Correlates of Neurobehavioral Development: a Study of Young Children in a Rural Region of Ecuador", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, No. 5, OPS, 2007, p. 292-300.

228 Alexis Handal, *et al.*, "Effect of Community of Residence on Neurobehavioral Development in Infants and Young Children in a Flower-Growing Region of Ecuador", en *Environmental Health Perspective*, vol. 115, No. 11, Berkeley, National Institute of Environmental Health Sciences, 2007, p. 128-133.

Como se ha podido constatar, a partir de este panorama que nos ha permitido analizar indicadores de la salud en los años de oro del neoliberalismo en Ecuador, tanto los de nivel nacional, cuanto resultados de un caso ilustrativo, podemos concluir que efectivamente este modelo no sólo que no trajo el bienestar prometido, sino que catapultó un deterioro grave de la situación de salud y el ambiente en el país. Hecho que preocupa aún más, dado que no hay conciencia acerca de la profundidad de los problemas ya creados, y de los que sobrevendrán en años venideros porque muchos tienen un prolongado tiempo de latencia para presentarse.

Recién ahora se empiezan a registrar las consecuencias más evidentes, y comienzan a insinuarse otras, por medio de casos, todavía aislados, de niños con malformaciones congénitas, repuntes de la incidencia de cáncer, secuelas de trastornos neurológicos y respiratorios, diversos impactos en la salud mental y, en fin, todo aquello que siendo aparentemente ostensible, pasa sin embargo desapercibido no sólo para la población sino para las instituciones públicas que se suponen ser garantes del derecho a la salud.

Se ha creado y reforzado una cultura muy pobre sobre la salud. La insensibilidad con que se diseñan y manejan los procesos productivos, la debilidad de normas y programas públicos, y la falta de conciencia de las poblaciones afectadas sobre la salud y sus derechos, sumadas a la hegemonía del modelo biomédico que lleva a pensar que todo se trata de hospitales y consultorios para atender la casuística que sigue generándose.

Reflexión final: desafíos hacia el pleno derecho a la salud

A pesar de los condicionamientos históricos y de la dura realidad que se ha impuesto, el pueblo del Ecuador, junto a otros de América Latina, ha iniciado el nuevo milenio con bríos renovados que podrían ser el mejor augurio de una etapa de promesa social, política y cultural. Las sociedades del Sur comienzan a retomar el timón de su historia luego de casi tres décadas de agresivo ajuste.

Este giro, a la vez que una conquista social y política general, es en lo particular un paso firme hacia la recuperación del derecho a la salud. Luego de la noche neoliberal, y aunque no termina aún de clarear el amanecer social, se observan en varios países de nuestra región avances interesantes de recuperación de los bienes y derechos despojados a la vida, y de reinstaura-

ción de modos de vivir más justos, dignificantes y, por tanto, saludables. Lo que desde una perspectiva espiritual conforma una reconquista de la alegría.

En el caso del Ecuador luego de dos y media décadas de acumulación y articulación de sus fuerzas, los sujetos sociales movilizados conquistaron victorias políticas que han abierto paso a un proceso constituyente que permitió repensar y reconstruir el país.

La nueva Constitución lograda tras esos años de lucha no es por tanto el patrimonio de ningún gobierno ni sector político. En su concepción, debate y perfeccionamiento han concurrido las voces y miradas de distintos ámbitos y sujetos colectivos e individuales que han plasmado en millares de documentos y propuestas jurídico políticas sus ideas sobre las nuevas bases económicas, políticas y culturales de un buen vivir; o como se diría desde la epidemiología crítica, de un modo de vivir saludable.

La Red de Acción por el Derecho a la Salud convocada para consensuar interdisciplinaria e interculturalmente contenidos y estrategias hacia el derecho integral en la salud, desde su conformación en abril de 2007, asumió el proceso constituyente como una magnífica oportunidad histórica, comprendiendo que más que un punto de llegada es un punto de partida en la lucha por el derecho a la salud.

En ese camino una tarea fundamental ha sido conformar una noción integral de dicho derecho, concebida desde la perspectiva de la equidad social, de los derechos humanos pensados desde todas las culturas y desde una visión de la salud como un proceso complejo, multidimensional, social e históricamente determinado, y no la simple ausencia de enfermedad.

Organizada en grupos de trabajo alrededor de seis ejes temáticos fundamentales, nuestra Red estableció como premisas para la elaboración de una propuesta para la nueva Constitución, y para las nuevas leyes orgánicas, la necesidad de superar la errónea idea de que la salud es un fenómeno esencialmente individual y biopsicológico, y que el derecho a la salud se limita al acceso individual a servicios curativos y programas de prevención. Sin desconocer que el nuevo modelo de salud pasa necesariamente por el acceso de todo el mundo, independientemente de la situación económica y cultural, a los mejores servicios de salud, en todos los niveles y ámbitos del país, la Red dirigió sus esfuerzos a la construcción del derecho a la salud como elemento consustancialmente ligado a un modo colectivo de vivir, socialmente estructurado e indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos fundamentales que hacen viable el buen vivir en salud. La garantía del cumpli-

miento del derecho a la salud, desde nuestra perspectiva, está relacionada con el trabajo digno y protegido; ambientes saludables y gratificantes; posibilidad de un consumo soberano, no mercantilizado, suficiente y de buena calidad de alimentos y agua; vivienda, y recursos culturales y recreativos, que permitan la construcción de identidades auténticas y libres; el disfrute de la seguridad social, de soportes colectivos o comunitarios de carácter afectivo y social; y el disfrute de ambientes sanos en todos los espacios del vivir.

Era evidente que el modelo económico y las políticas generales y de salud durante los años del oro del neoliberalismo fueron la negación radical de todas estas dimensiones del buen vivir o de los modos de vivir saludables, pero también se hizo evidente que en el polo de nuestra realidad, silenciado por el festín de la aceleración, existieron en el país y en América Latina experiencias exitosas de signo contrario. El *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Observatorio Global de Salud (*Global Health Watch*) y CEAS (2005) dedicó toda una sección a describir los avances hacia esa *otra salud posible* y rescató logros fundamentales dados en nuestros países, sea desde gobiernos democráticos como desde los pueblos.

En el caso ecuatoriano las experiencias de enfrentar y derrotar tres gobiernos neoliberales forjaron la convicción colectiva de que era posible avanzar organizadamente sin violencia, pero que era indispensable conquistar un espacio crítico, plural e intercultural donde se pudieran articular las distintas miradas y propuestas sobre nuestra sociedad y consensuar líneas unitarias para la lucha de transformación.

La victoria política sobre las tesis de la derecha permitió construir un proceso constituyente abierto y democrático centrado en la Asamblea Nacional Constituyente, que elaboró con el apoyo de miles de organizaciones sociales y académicas, como la Red por el Derecho a la Salud, la nueva Constitución, cuya vigencia real deberemos monitorear y asegurar de aquí en adelante.

La nueva carta política, a pesar de sus imperfecciones, es una de las más avanzadas, pues en ella se conjugan contenido y forma transformadores. Su estructura jurídica no sólo consolida avances importantes en la ampliación e innovación de los derechos, colocando a todos ellos por primera vez en un mismo y fundamental nivel de importancia, sino que los ensambla de un modo tal que establece su interdependencia. Consolida un sistema claro de garantías, con sus basamentos institucionales y organiza el conjunto alrededor de categorías innovadoras que unen la vigencia de los derechos específicos a los regímenes económico, político y cultural que los sustentan y hacen viables.

Sabemos que no logramos incorporar en la nueva Carta Constitucional todas las dimensiones del derecho a la salud que fueron cuidadosamente trabajadas por la Red y sus grupos temáticos. Incluso fueron lamentablemente relegados artículos constitucionales que habrían dado mucho mayor consistencia a la nueva Carta, sabemos que en el camino de las negociaciones se perdió en contenido y firmeza, pero no es menos cierto que al ser toda Constitución una correlación de fuerzas, se llegó hasta donde la realidad política y la conciencia colectiva lo permitieron, lográndose un producto que sirve como base importante para las conquistas futuras.

Con esto, las bases sociales del país entero cierran un primer capítulo del proceso que busca constituir ese otro país posible. Un paso de enorme trascendencia que, más que un punto de llegada es un punto de partida, una plataforma y agenda para avanzar hacia la conquista de los derechos y sus garantías, que orientarán el encuentro de las fuerzas para derrotar el proyecto dominante.

Como lo hemos señalado antes, todos y todas somos dueños de la nueva Constitución. En los artículos que la conforman está la huella de largas jornadas de análisis de miles de organizaciones, de cientos de talleres que se escalonaron a lo largo de más de un año, concretando el espíritu creativo de un pueblo que reaccionaba con firmeza para desterrar el neoliberalismo y las afrentas en salud que hemos sistematizado en este trabajo.

Los que pretenden descalificar el resultado de las jornadas constituyentes mediante tecnicismos y argucias legales, lo hacen por que siguen pensando con la lógica de ayer. La nueva Constitución no es un producto perfecto, si se la mira desde la técnica jurídica, su valor radica más bien en el carácter social y movilizador de su propuesta novedosa y actual de los derechos humanos, sus garantías y requisitos normativos e institucionales.

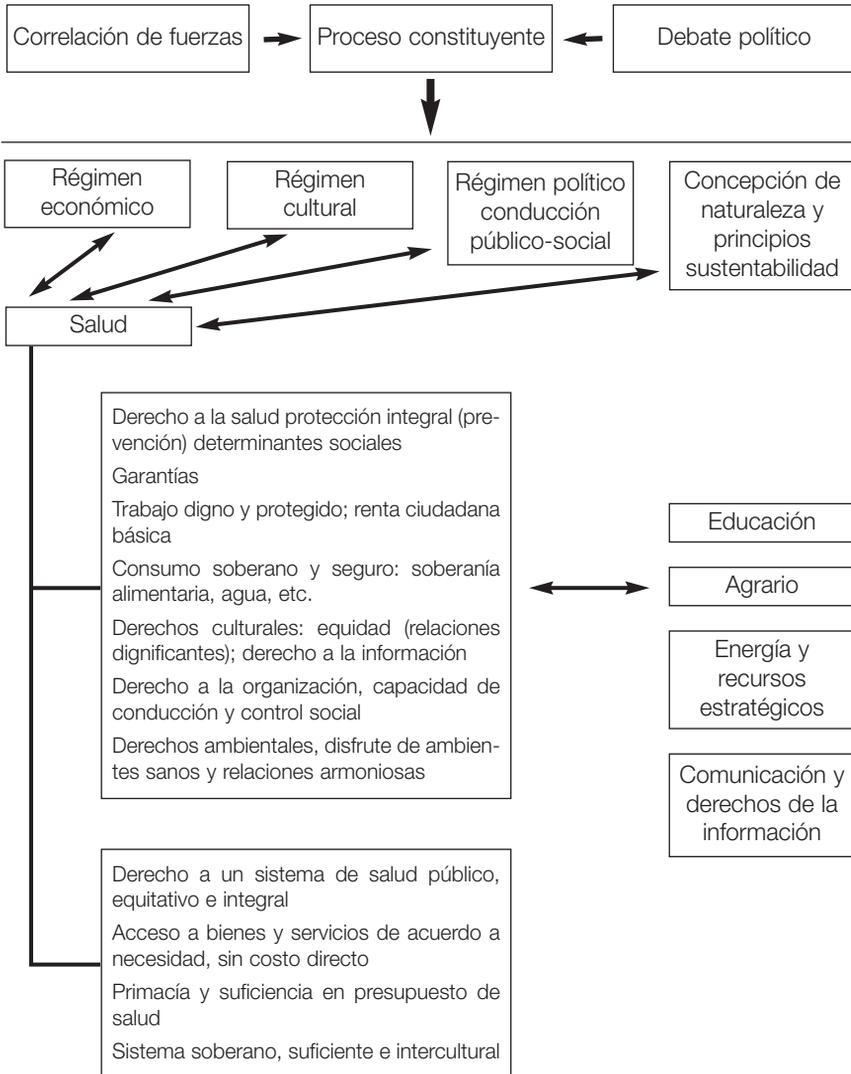
El articulado de salud, en buena medida basado en las propuestas de la Red de Acción por el Derecho a la Salud, no se encuentra sólo bajo los títulos específicos, puesto que, como hemos señalado, se adoptó la premisa fundamental de que el derecho a la salud está indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan el modo de vivir saludable, y no depende de la capacidad económica ni del estatus social, laboral, étnico, ni de género de los ciudadanos.

Empujamos con éxito la necesidad de tomar distancia con un pensamiento medicalizado, tecnocrático y unicultural. Había que demoler la lógica y la cultura sanitarias forjadas en casi dos décadas de neoliberalismo y

funcionalismo obsecuente. Había que romper la hegemonía de los tecnócratas, y su estrecha visión alopática. Había en definitiva que desterrar el dominio de ideas labradas por el Banco Mundial y sus programas.

Figura 25

La salud en un nuevo modelo de Constitución (Red de Acción)



Comprendimos que el debate y elaboración de la nueva Constitución era esencialmente un acto político y científico, y sólo secundariamente un acto jurídico y técnico. De ese modo surgieron los seis ejes temáticos sobre los que se cumplió un calendario de trabajo de la Red organizado por comisiones:

1. Control social / Derechos políticos.
2. Derechos globales, regímenes y tratados internacionales.
3. Protección y seguridad social.
4. Derecho al trabajo saludable, derechos ambientales y salud.
5. Derecho al consumo saludable (condiciones de vida).
6. Derechos culturales, universidad y salud.

Cada grupo se responsabilizó del análisis de la problemática de su eje, y lo hizo tomando en cuenta a su vez, los tópicos de cada una de las mesas constituyentes formadas en la asamblea: Mesa 1. Derechos fundamentales y garantías constitucionales; Mesa 2. Organización, participación ciudadana y sistemas de representación; Mesa 3. Estructura e instituciones del Estado; Mesa 4. Ordenamiento territorial y asignación de competencias; Mesa 5. Recursos naturales y biodiversidad; Mesa 6. Producción y trabajo; Mesa 7. Régimen y modelo de desarrollo; Mesa 8. Justicia y lucha contra la corrupción; Mesa 9. Soberanía, relaciones internacionales e integración latinoamericana; Mesa 10. Legislación y fiscalización.

El cruce de las dos definiciones temáticas hizo posible una coherencia entre el trabajo de la Red y el de la Asamblea.

A la hora presente, es clave comprender con claridad el papel que nos toca desempeñar en la etapa siguiente, de consolidación del derecho a la salud, mediante la aplicación de los nuevos preceptos constitucionales a la elaboración de las leyes orgánicas pertinentes, así como en el perfeccionamiento de las agendas de nuestras organizaciones.

Y es que no debemos aceptar sin beneficio de inventario el argumento de que en el derecho vigente y en las leyes orgánicas de salud y afines sólo faltan garantías y regulaciones que permitan redistribuir mejor los recursos; eso sería, como hemos reiterado muchas veces, como si aceptáramos que el desafío actual es simplemente repartir más y mejor de lo mismo, es decir, como si se tratara de que la “equidad en salud” consistiría simplemente en expandir los servicios curativos, tal como están ahora, ligados a la lógica del consumo de medicinas y equipos de empresas transnacionales; a la lógica lu-

crativa del acceso a la salud por medio del mercado, dejando intocada la vertiente hegemónica de las empresas farmacéuticas y médicas, cuyos eficientes engranajes de negocio se apoyan en el sistema de seguros privados y soslayando como siempre los programas que atañen a las otras dimensiones del derecho a la salud. Hay que dar un giro de timón, y ese giro no podrá jamás ser un arreglo cosmético de las mismas ideas, espacios y prácticas que han caracterizado el injusto, escuálido y desfasado sistema de salud vigente. Es indispensable partir de una redefinición profunda del propio derecho a la salud y es en esa dirección que la Red de Acción por el Derecho a la Salud lo ha definido del siguiente modo.²²⁹

La salud es un derecho humano fundamental de todos y un deber garantizado del Estado, tanto individual como colectivo, resultante y objeto del régimen de desarrollo e insolublemente ligado a otros derechos fundamentales como la alimentación, el agua, un trabajo y vida dignos. El Estado lo garantiza mediante la implementación de un régimen de desarrollo y políticas sociales y económicas que aseguren modos de vivir saludables, atiendan a la reducción de los peligros para la salud en todos los dominios de la vida social y garantiza el acceso gratuito, universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación, así como la capacidad de las colectividades y personas para autodefinir los modos de vida, soportes culturales y organizativos necesarios para una vida saludable, de acuerdo a su particular visión, su condición etnocultural, de género, y edad. La realización de una vida humana saludable, depende de condiciones irrenunciables de dignidad, autodeterminación, libre asociación, pleno bienestar y disfrute de una relación armoniosa con ambientes y microambientes saludables y el pleno respeto por la autonomía sexual y reproductiva.

La salud constituye un bien público estratégico, de cuya vigencia depende el desarrollo humano integral y la de los demás derechos humanos.

El derecho a la salud implica un acceso garantizado y libre de los ecuatorianos y ecuatorianas, a los bienes y servicios públicos que sustentan la calidad de vida, incluyendo los servicios y programas del sistema de salud, los mismos que sin costo directo para los usuarios, y sin exclusión alguna por situación económica, etnocultural, migratoria, opción sexual, capacidad o habilidad ni grupo de edad, deben cubrir con suficiencia, oportunidad, calidad

²²⁹ La Red de Acción por la Salud en la Constituyente, coordinada por la Universidad Andina, agrupa a 48 organizaciones sociales y académicas con experiencia sobre al desarrollo de programas y acciones ligadas a la salud.

y calidez, todas las actividades relativas a la promoción, prevención y recuperación de la vida, tanto humana como de la naturaleza, sin cuya protección es imposible la vigencia del derecho a una salud integral.

Cualquier violación de este derecho, sea por parte de agentes públicos o privados, es una vulneración de la dignidad humana. Nadie puede ser privado de este derecho por cualquier motivo que sea.

Debido a su carácter fundamental, el derecho a la salud podrá ser invocado directamente ante las autoridades administrativas o jurisdiccionales aunque faltase la regulación legal respectiva. Su vigencia es, por tanto, independiente de la reglamentación.

Queda ahora por definir las tareas del pueblo organizado y de la ciudadanía, que se requieren para transformar los preceptos constitucionales en mecanismos concretos, jurídicos, técnicos, políticos y culturales que permitan concretar los derechos enunciados.

El presente estudio comenzó básicamente preguntándose por los errores del pasado, por los impactos de regímenes y políticas antisociales; se orientó a promover una reflexión profunda acerca de la salud, desnudando los mecanismos por medio de los cuales la globalización neoliberal aceleró el deterioro de la salud en América Latina y el Ecuador, mostrando desde el campo de las ideas científicas, la capacidad destructiva de la codicia empresarial y del funcionalismo político. Cumplido ese ciclo, corresponde ahora afinar las nuevas o complementarias preguntas, que debemos plantearnos para orientar nuestra acción.

Han surgido ya algunas en las deliberaciones posteriores a la victoria del referéndum: ¿Cómo transformar ahora, con la nueva Constitución en la mano, los derechos a la participación en prácticas efectivas de conducción público social de la gestión en salud? ¿Cómo construir una cultura del derecho en todos los espacios? ¿Cómo hacer que la participación, tantas veces proclamada, vaya junto a la deliberación colectiva consciente, la transparencia y el pleno acceso a la información? En otras palabras, ¿Cómo evitar que no se reproduzca una participación sin deliberación profunda y poder de conducción?

La palabra la tendrá como siempre nuestro pueblo, con su sabiduría y su tenaz voluntad de dignificar la vida.

Bibliografía

- Acción Ecológica, “Alimentos transgénicos: ¿el plato fuerte de la ayuda alimentaria?”, en boletín electrónico *Alerta Verde*, No. 97, Acción Ecológica, septiembre de 2000.
- Aguilar, Eduardo, “Estadísticas 2006, Epidemiología”, en *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*, http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=21&Itemid=175
- Almeida Filho, Naomar, *Epidemiologia sem numeros: uma introdução crítica a ciência epidemiologica*, Sao Paulo, Campus, 1987.
- , *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar, 2000.
- Altuve, Eloy, *Deporte: modelo perfecto de globalización*, Maracaibo, Universidad de Zulia, 2002.
- Antuñano-López, Francisco, “La malaria y su sombra: I manejo integrado”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 44, No. 1, México, Facultad de Medicina-UNAM, 2001, p. 18-23.
- Ávila, Ramiro, *et al.*, *El Sistema de aspersiones aéreas del Plan Colombia y sus impactos sobre el ecosistema y la salud en la frontera ecuatoriana*, Quito, Mantera 2007.
- Banco Interamericano de Desarrollo, “Evaluación del programa país 1990-2002”, Washington DC, Oficina de Evaluación y Supervisión-Banco Interamericano de Desarrollo, 9 de julio de 2004.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Banco Mundial, *Insuficiencia nutricional en el Ecuador: causas, consecuencias y soluciones*, Washington DC, BM, 2007.

- Baquero, Marco, *et al.*, “Evolución de mercados laborales formales e informales. Una definición alternativa”, en *Apuntes de Economía*, No. 46, Quito, Banco Central del Ecuador, 2004, p. 41.
- Benach, Joan, y Carlos Muntaner, *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, El Viejo Topo, 2005.
- Blouin, Chantal, Nick Drager y Richard Smith, edit., *International Trade Health Services and the GATS*, Washington DC, The World Bank.
- Bonilla, Mariana, *Ecuador: reseña de los principales programas sociales y lecciones aprendidas, 2000-2006*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, 2008.
- Bourdieu, Pierre, *O poder simbólico*, Río de Janeiro, Bertrand Brasil, 1998.
- Bravo, Elizabeth, “El control sobre la alimentación”, en *Informe alternativo de la salud en América Latina*, Quito, CEAS / Observatorio Latinoamericano de la Salud, 2005, p. 171.
- Breilh, Jaime, “Derrota del conocimiento por la información”, en *Ciencia e Saúde Coletiva*, vol. 5, No. 1, Río de Janeiro, SciELO Public Health, 2000, p. 99-114.
- , “Importancia del Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas”, discurso pronunciado en la sesión solemne del Ministerio de Relaciones Exteriores, Quito, 26 de junio de 2008.
- , *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*, Quito, CEAS, 1996.
- , *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar, 2003 (ed. trad. al portugués, Río de Janeiro, FIOCRUZ, 2006).
- , *Epidemiología: economía, medicina y política*, Quito, Universidad Central del Ecuador, 1979, 1a. ed.; Santo Domingo, Universidad Autónoma de Santo Domingo / Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 1981, 2a. ed.; México DF, Fontamara, 1986, 3a. ed.; 1988, 4a. ed.; 1989, 5a. ed.; Sao Paulo, UNESP-HUCITEC, 1991, 6a. ed., trad. al portugués; Santo Domingo, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2009, 7a. ed.
- , “La inequidad y la perspectiva de los sin poder”, en Mara Viveros y Gloria Garray, comp., *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas-Universidad Nacional de Colombia, 1999, p. 130-141.
- , *La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación). El deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*, Quito, CEAS, 1991.
- , *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*, Quito, CEAS, 1994 (1995, 2a. ed.; 1997, 3a. ed.).
- , *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y salud en la era de las revoluciones conservadoras*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1991.
- , “¿Riesgo o determinación: de qué estamos hablando? Hacia una perspectiva emancipadora de los Determinantes Sociales de la Salud”, conferencia dictada

- en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, México, 29 de septiembre-3 de octubre de 2008.
- , “*Sumak kawsay* ¿en versión light?” en diario *El Telégrafo*, Guayaquil, 7 de julio de 2008.
- Breilh, Jaime, *et al.*, *Ciudad y muerte infantil*, Quito, CEAS, 1983.
- , “La floricultura y el dilema de la salud. Por una flor justa y ecológica”, en *Informe alternativo de la salud en América Latina*, Quito Observatorio Latinoamericano de la Salud / CEAS, 2005.
- Breilh, Jaime, Paulo Capela y Joan Matiello, *Acumulación, aceleración global y el deporte en la salud. ¿Negocio o instrumento de la vida?*, Cuenca, Global Health Watch II / Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de Cuenca, (en prensa).
- Briggs, Charles, y Clara Manzini, *Hegemonía comunicativa y salud emancipadora: una contradicción inédita (el ejemplo del dengue)*, Quito, Observatorio Latinoamericano de la Salud / CEAS, 2005.
- Carrión, Fernando, edit., *Biblioteca del fútbol ecuatoriano*, Quito, FLACSO, 2006.
- Castells, Manuel, *The Information Age: Economy, Society and Culture*, Oxford, Blackwell, 1996.
- Cavalcante, David, *Globalización, agricultura y pobreza*, Quito, Abya-Yala, 2004.
- Centro de Derechos Económicos y Sociales-CDES, *La exigibilidad del derecho a la salud. Una petición ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, Quito, CDES, 2002.
- Centro de Estudios Económicos para América Latina-CEPAL, *El gasto social en América Latina: tendencias positivas y consecuencias de desaceleración económica en la región, Panorama social de América Latina 2002-2003*, Santiago, CEPAL, 2001.
- , *Evolución del empleo asalariado en América Latina y tendencias recientes en la ocupación*, Santiago, CEPAL, 2006.
- , *Gasto público en servicios sociales básicos*, Santiago, CEPAL, 1999.
- , *Panorama social de América Latina 2004*, Santiago, CEPAL, 2005.
- , “Pobreza y distribución del ingreso”, en *Panorama social de América Latina 2006*, Santiago, CEPAL, 2007, p. 1-40.
- Centro de Estudios y Asesoría en Salud, *Mujer, trabajo y salud*, Quito, CEAS, 1994.
- CEAS y Observatorio Latinoamericano de la Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005.
- Citizens’ Network on Essential Services, “Los servicios públicos en peligro: el GATS y la agenda privatizadora”, en *Control Ciudadano*, www.socialwatch.org/es/informesTematicos/67.html, consultado en julio de 2007.
- Comisión de Auditoría Integral del Crédito Público, *Informe de la auditoría de la deuda interna pública del Ecuador*, Quito, Ministerio de Finanzas, 2008.

- Comité Pro Mejoras del Barrio La Floresta, oficios varios de la organización barrial al Comisario Metropolitano Ambiental y a la Comisión de Medioambiente del Consejo denunciando la instalación ilegal e inconulta de radio base de la Empresa OTECEL (Movistar), archivo de la organización barrial de Quito, consultado en julio de 2007.
- Correa, Rafael, *Vulnerabilidad de la economía ecuatoriana*, Quito, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.
- Cueva, Agustín, “América Latina ante el fin de la historia”, en *Debate*, No. 22, Quito, Actualidad, 1991, p. 45-55.
- Davidson, Alastair, “Globalización y hegemonía”, en Dora Kanoussi, comp., *Hegemonía, Estado y sociedad civil en la globalización*, México, Plaza y Valdés, 2001.
- Delgado, Diego, “Error terrible que el presidente Correa debería corregir. En defensa del Patrimonio Social y Nacional”, artículo circulado por correo electrónico, agosto de 2008.
- Díaz, Francisco Javier, “Dengue: un problema creciente”, en *Infectio*, México DF, vol. 8, No. 3, México DF, Inbiomed, 2004, p. 177.
- Easterly, William, *The White Man’s Burden*, Nueva York, Penguin, 2006.
- Echeverri, María Esperanza, *La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la equidad y la violencia*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2000.
- Echeverría, Ramiro, *El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador, período agosto 1997-agosto 2000*, Quito, CEPAR, 2000.
- El Comercio*, noticia “USD 100 millones se invierten en salud”, Quito, *El Comercio*, 26 de mayo de 2006.
- El Universo*, Guayaquil, *El Universo*, 11 de diciembre de 2006.
- El Telégrafo*, “La intermediación y tercerización agonizan”, en *El Telégrafo*, 13 de abril de 2008, http://www.telegrafo.com.ec/temadeldia/noticia/archive/septimodia/informecentral/2008/04/13/La-intermediaci_F300_n-y-la-tercerizaci_F300_n-agonizan.aspx.
- Endara, Ximena, *Modernización del Estado y reforma jurídica. Ecuador 1992-1996*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional, 1999.
- ETC Group, *Downsizing Development: an Introduction to nano-scale technologies and the Implications for the Global South*, Geneva, INCTAD, 2008.
- Evans, Timothy, Finn Diderichsen y Margaret Whitehead, “The Social Basis of Disparities in Health”, en M. Evans, T. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth, edit., *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action*, Nueva York, Harvard University Press, 2001, p. 12-23.
- Fayanás, Edmundo, “El desastre ecológico chino”, en *El inconformista digital*, 21 de agosto de 2006, <http://www.elinconformistadigital.com/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1632>.

- Federación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo-FESALUD, *Estudio de Perfil de Flexibilización de las condiciones laborales para la prestación de servicios de salud en el Ecuador*, Quito, OMS-OPS, 2002.
- Ferrari, Sergio, “Mundial de fútbol: juego limpio y salarios justos”, en *América Latina en movimiento*, 30 de mayo de 2002, <http://alainet.org/active/2084>.
- Franco Agudelo, Saúl, *El paludismo en América Latina*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1990.
- Freire, Andrés, *Estudio tarifario del servicio de agua potable de Guayaquil: un análisis técnico sobre la estructura tarifaria y el impacto del crecimiento del costo del agua potable en Guayaquil, la ciudad más poblada del Ecuador*, Guayaquil, Observatorio Ciudadano de Servicios Públicos, 2008.
- Freire, Wilma, Andrea Molina y Kerlly Bermudes, *Estimación de la prevalencia de desnutrición infantil: ajuste a los datos oficiales*, Quito, Secretaria Técnica del Ministerio de la Coordinación de Desarrollo Social, 2008.
- Garcés, Francisco, “Economía internacional al instante, No. 404: Ecuador: peligroso resultado electoral de Asamblea Constituyente”, documento circulado por correo electrónico, 29 de octubre de 2008.
- García, Francisco Pascual, “El sector agrario del Ecuador: incertidumbres (riesgos) ante la globalización”, en *Íconos, revista de Ciencias Sociales*, No. 24, enero, Quito, FLACSO, 2006.
- Gaybor, Antonio, Carlos Nieto y Ramiro Velasteguí, *TLC y plaguicidas*, Quito, SI-PAE, 2006.
- Gluckman, Peter, *et al.*, “Effect of in Utero and Early-Life Conditions on Adult Health and Disease”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, No. 1, Massachusetts, Massachusetts Medical Society, 2008, p. 61-73.
- Gnecco, Gustavo, “Panorama del sistema laboral en América del Sur”, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, www.Juridicas.UNAM.mx.
- Godoy, María, “Destrucción del espacio urbano: genocidio encubierto en barrio Ituzaingó de Córdoba”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005, p. 110-117.
- Gómez, Octavio, “Grave deterioro de la salud del pueblo chino”, en *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública de México*, vol. 46, No. 5, sep.-oct., Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004, p. 492.
- Gould, Stephen, *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Antoni Bosch, 1984.
- Grupo de Estudos e Pesquisa em Sociologia do Sporte da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás, “Um outro mundo é possível e nele

- uma outra cultura esportiva”, manifiesto presentado ante el II Foro Social Mundial, Porto Alegre, 31 enero-5 de febrero de 2002.
- Guerrón, Santiago, *Flexibilidad laboral en el Ecuador*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional / Abya-Yala, 2003.
- Guimãraes, Ângela, y Sofia Guedes, edit., *Interfase between Science and Society*, Chippenham, Greenleaf, 2006.
- Handal, Alexis, “Desarrollo psicomotriz en niños de la zona floricultora de Cayambe”, tesis doctoral para la obtención del título por la Universidad de Michigan, realizada en el programa de investigación del CEAS, Quito, 2005.
- Handal, Alexis, *et al.*, “Sociodemographic and Nutritional Correlates of Neurobehavioral Development: a Study of Young Children in a Rural Region of Ecuador”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, No. 5, OPS, 2007, p. 292-300.
- , “Effect of Community of Residence on Neurobehavioral Development in Infants and Young Children in a Flower-Growing Region of Ecuador”, en *Environmental Health Perspective*, vol. 115, No. 1, Berkeley, National Institute of Environmental Health Sciences, 2007, p.128-133.
- Harvey, David, *The New Imperialism*, Oxford, The Oxford University Press, 2003.
- Herrera, Stalin, *Percepciones sobre la Reforma Agraria. Análisis de discurso de dirigentes de organizaciones campesinas e indígenas*, Quito, SIPAE, 2007.
- Hinkelammert, Franz, *Los derechos humanos en la globalización*, San José, Departamento Ecuaménico de Investigaciones, 1997.
- Hoy, entrevista a Luis Felipe Sánchez aparecida en el artículo “El tortuoso camino del seguro de salud”, Quito, *Hoy*, 21 de enero de 2006.
- IADB, *Magnitud y tendencias de la violencia en el Ecuador, 1990-1999*, Quito, BID, 2002.
- Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales-ILDIS, *Análisis de coyuntura económica*, Quito, ILDIS, 2006.
- Kaiser, Jocelyn, “DNA Sequencing: A Plan to Capture Human Diversity in 1000 Genomes Science”, en *Science/AAAS. Scientific research, news and career information*, No. 5.862, vol. 319, p. 395, 25 de enero de 2008, <http://www.sciencemag.org/cgi/content/summary/319/5862/395>.
- Klein, Naomi, *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*, Buenos Aires, Paidós, 2008.
- Labonte, Ronald, *et al.*, *Towards Health Equitable Globalisation: Final report to the Commission on Social Determinants of Health*, Ottawa, Globalisation Knowledge Network, 2007.
- Labonte, Ronald, y Ted Schrecker, *Globalization and Social Determinants of Health: Analytic and Estrategic Review Paper, On Behalf of the Globalization Know-*

- ledge, Ottawa, Institute of Population Health Network-University of Ottawa, 2005.
- Labra, María Elena, “La reinención de la inequidad en Chile: El caso de salud”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005, p. 25-32.
- Larrea, Carlos, *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*, Quito, Abya-Yala, 2004.
- Larrea, Carlos, coord., *Pueblos indígenas, desarrollo humano y discriminación en el Ecuador*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Abya-Yala, 2007.
- Larrea, Carlos, y col., “Informe sobre el desarrollo social y gestión municipal en el Ecuador” con datos de INFOPLAN, Censo de Población de 1990 e INEC, multicopia, 2007.
- Laurell, Cristina, “Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social”, en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, San José, Confederación Universitaria Centroamericana, 1977, p. 79-97.
- , “Salud y trabajo: los enfoques teóricos”, en Saúl Franco, *et al.*, *Debates en medicina social*, Quito, OPS / Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1991, p. 249-339.
- Lewontin, Richard, *et al.*, *Not in Our Genes*, Nueva York, Pantheon Books, 1984.
- López, Jansi, “Floricultura en el Ecuador y la problemática de género”, tesis de maestría presentada para la obtención del título por la Universidad de California en San Diego, Centro de Estudios Latinoamericanos, San Diego, 2004.
- Martínez, Luciano, *La precariedad laboral, manifestación de la mala calidad del empleo*, Quito, FLACSO, 2004.
- Mazoyer, Marcel, *Defendiendo al campesinado en un contexto de globalización*, Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2001.
- McGinnis, Michael, Jennifer Gootman Appleton y Vivica I. Kraak, edit., *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?*, Washington DC, Institute of Medicine-The National Academies, 2006.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador-MSP, *Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Quito, MSP, 2007, 2a. ed.
- , *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador*, Quito, MSP, 2007.
- Miranda, Ary, Josino Moreira y Frederico Peres, “Neoliberalismo: el uso de plaguicidas y la crisis de soberanía alimentaria”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005, p. 118-127.
- Mora Witt, Galo, *Un pájaro redondo para jugar*, Quito, Eskéletra, 2002.

- Moraes Silva, Maria, *et al.*, “Do karoshi no Japão à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado”, en *Revista Nera*, No. 8, año 9, junio, Río de Janeiro, Núcleo de Estudios Investigaciones y Proyectos de Reforma Agraria-Departamento de Geografía de la Facultad de Ciencias y Tecnología-Universidad Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, 2006, <http://www4.fct.unesp.br/nera/revistas/08/Silva.PDF>
- North, Liisa, y John Cameron, *Rural Progress, Rural Decay*, Bloomfield, Kumarian Press, 2003.
- Nun, José, “Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal”, en *Revista Latinoamericana de Sociología*, vol. 2, No. 69, Buenos Aires, Centro de Sociología Comparada del Instituto Torcuato Di Tella, 1970, p. 180-225.
- Oleas, Julio, *Foro sobre la democracia, el bienestar y el crecimiento económico*, Quito, UNICEF / FLACSO / Fundación Terranueva, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS, *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. I, Washington DC, OPS, 1990.
- , *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, Quito, OPS / MSP / CONASA, 2007.
- , “Resurgimiento del dengue en las Américas”, en *Boletín Epidemiológico*, vol. 18, No. 2, Lima, OPS, 1997, <http://www.msaludjujuy.gov.ar/cargapag/actualizar/epidemiologia/dengue/Resurgimiento%20del%20Dengue.pdf>
- , “Número de casos de dengue”, en *Organización Panamericana de la Salud*, <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dengue.htm>, consultado en diciembre de 2007.
- Panamerican Health Organization, “2006 Malaria in the Americas data tables”, en *Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*, <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-americas-2006.pdf>, consultado en diciembre de 2007.
- Pazmiño, Sandra, y Gabriela Robalino, “La Seguridad Social en Ecuador”, en *Apuntes de Economía*, No. 47, Quito, Banco Central del Ecuador, 2004, p. 1-96.
- Programa Andino de Democracia y Derechos Humanos, *Inversión social y derechos humanos: apuntes para la reflexión*, Quito, Plan País, 2004.
- Proyecto Salud de Altura-Línea de Base, *La salud en Quito. Análisis de acceso y calidad*, Quito, Proyecto Salud de Altura, 2007.
- Quizhpe, Marcelo, ponencia presentada ante el Simposio sobre Conocimiento, Interculturalidad, Salud y Naturaleza, en el Módulo 7 de la Maestría en Salud con Enfoque de Ecosistemas de la Universidad de Bolívar, Guaranda, 30 de abril de 2007.
- Ramón, Galo, “¿Pluralidad o interculturalidad en la Constitución?”, Quito, documento inédito, marzo de 2008.

- Reaney, Patricia, "Genetic Doping is next Olympic Threat", en *News in Science*, 17 de marzo de 2004, <http://www.abc.net.au/science/news/stories/s1067801.htm>.
- Ribeiro, Silvia, "El imperio de Monsanto y la destrucción del maíz", en *La Jornada*, México, 26 de mayo 2008, <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/26/index.php?section=opinion&article=019a1eco>.
- Roses-Periago, Mirta, y María G. Guzmán, "Dengue y dengue hemorrágico en las Américas", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, No. 4, Washington DC, OPS, 2007, p. 187-191.
- Rubio, Blanca, "Los enfoques contemporáneos sobre el mundo rural: ¿existe un debate teórico real?", ponencia presentada ante el V Coloquio Latinoamericano de Economistas Políticos, México DF, 27 de octubre de 2005.
- Sabroza, Paulo, Luciano Toledo y Carlos Hiroyuki Osanai, "Organização do espaço e os processos endêmico epidêmicos", en Maria do Carmo Leal, *et al.*, org., *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Sao Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1992, p. 57-77.
- Salgado, Wilma, "¿Ayuda alimentaria o ayuda a las exportaciones?", en Francois Houtart, comp., *Globalización, agricultura y pobreza*, Quito, Abya-Yala, 2004, p. 72-90.
- Salomone, Mónica, "Dopaje genético: seres humanos 2.0", en Suplemento Científico, Madrid, *El País*, 2 de septiembre de 2008.
- Samaja, Juan, *Epistemología y metodología*, Buenos Aires, EUDEBA, 1996.
- San Martín, José Luis, y Olivia Brathwaite-Dick, "La estrategia de control integrada para la prevención y el control del dengue en la región de las Américas", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, No. 1, OPS, 2007, http://journal.paho.org/index.php?a_ID=888.
- Secretaría Técnica de Desarrollo Social, *Informe Desarrollo Social. Mercado laboral ecuatoriano: 1990-2005*, Quito, Secretaría Técnica de Desarrollo Social, 2006.
- Sen, Gita, Pirooska Ostlin y George Asha, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Women and Gender Equity Knowledge Network*, Estocolmo, Karolinska Institutet / IIMB, 2007.
- Sepúlveda, Juan, *Breve reseña de la situación laboral en los países andinos*, Lima, ACTRAV / ETM, 2000.
- Silva, Ana Márcia, *Corpo, ciência e mercado*, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- Sistema Integrado de la Problemática Agraria del Ecuador-SIPAE, *Hacia una agenda para las economías campesinas en el Ecuador*, Quito, Informe al Proyecto "Economías Campesinas" de Intermón-Oxfam, 2007.
- , *TLC en lo agrario: evidencias y amenazas*, Quito, SIPAE, 2004.

- , *TLC, Ecuador: el futuro no se impone, se construye*, Quito, SIPAE, 2005.
- Stuckler, David, Lawrence King y Sanjay Basu, “International Monetary Fund Programs and Tuberculosis Outcomes in Post-Communist Countries”, en *PLoS Medicine*, vol. 5, No. 7, 22 de julio de 2008, <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pmed.0050143&ct=1>.
- Sur Global, *Geopolítica de los agrocombustibles*, Quito, Red por una América Latina Libre de Transgénicos, 2007.
- Suton, Alison, *Trabalho escravo: um elo na cadeia da modernização no Brasil de hoje*, Sao Paulo, Loyola, 1994.
- Taxo, Alberto, “Sanación, filosofía y cosmogonía de los pueblos indígenas”, conferencia dictada en el Módulo 7 de la Maestría en Salud con Enfoque de Ecosistemas de la Universidad de Bolívar, Guaranda, 27 de abril de 2007.
- Tintají, Quito, Fundación Editorial La Pulga, primera quincena de noviembre de 2005.
- Valenzuela Feijóo, José, *Crítica del modelo neoliberal*, México, Facultad de Economía- UNAM, 1991.
- Varios autores, “Critical Evaluation of Public Health Screening Methods for Floriculture Workers in Ecuador and Development of a low-cost Test Battery to Monitor Toxicity from Chronic low-dose Pesticide Exposure”, en *Neurotoxicology*, Amsterdam, Elsevier, 2007.
- Varios autores, “The Interplay of Toxicity and Stress in Agroindustrial Populations of Ecuador: Floriculture and Banana”, estudio presentado ante el International Journal of Occupational and Environmental Health Congress, Mérida, 1-5 de diciembre de 2008.
- Vásconez, Rosana, *et al.*, *La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa*, Santiago, CEPAL, 2005.
- Vega, Román, *Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. Una aproximación metodológica crítica, igualitaria y pluralista*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2000.
- Warthan, Molly, Tatsuo Uchida y Richard F. Wagner Jr., “UV, Light Tanning as a Type of Substance Dependence Disorder”, en *Archives of Dermatology*, vol. 141, No. 8, agosto, Chicago, American Medical Association, 2005.
- Whitaker, M.D., *Políticas agrarias en el Ecuador: evaluación 1990-1996*, Quito, Ministerio de Agricultura y Ganadería, 1998.
- World Health Organization, “World malaria report, 2005”, en *World Health Organization*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593199_eng.pdf, consultado en diciembre de 2007.
- World Bank, “Ecuador Country Assistanse Strategy”, en <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/ECUADOREXTN/0,menuPK:325129~pagePK:141132~piPK:141105~theSitePK:325116,00.html>.

Zapatta, Alex, *Cotopaxi: dinámicas agrarias y modificación de las condiciones agro ecológicas*, Quito, Ecociencia / SIPAE, 2006.

—, “Las políticas de agua en América Latina: entre el ajuste hídrico y la resistencia popular”, en CEAS y Observatorio Latinoamericano de Salud, *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Somos Punto y Línea, 2005, p. 128-137.

Bases de datos

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas-CONSEP, III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares, Quito, CONSEP, 2007.

Encuesta Condiciones de Vida 2005-2006 en *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos-INEC*, http://www.inec.gov.ec/web/guest/institucion/regionales/dir_reg_sur/est_soc/enc_cond_vid?doAsUserId=p%252Bx9vuBVM9g%253D.

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos-INEC, Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca-MAG y Servicio de Información y Censo Agropecuario-SICA, “II Censo Nacional Agropecuario. Datos Nacionales”, multicopia, Quito, INEC, 2000.

Larrea, Carlos, coord., “Mapas de pobreza, consumo por habitante y desigualdad social en el Ecuador: 1995-2006. Metodología y resultados”, base de datos sin publicar, UASB / RIMISP, 2008, con datos de los censos de población de 1990 y 2001, INEC, y Encuesta Condiciones de Vida, 1995 y 2006, INEC.

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE, “Consumo de drogas en jóvenes”, en *SIISJOVEN*, Encuesta Consumo de Drogas en Hogares con datos del CONSEP, Quito, SIISE, 2007.

Sitios web

<http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%3A20>.

http://www.economist.com/diversions/displaystory.cfm?story_id=3104423.

<http://www.abc.net.au/science/news/stories/s1067801.htm>.

<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/4648/ecuador.pdf>.

www.viso.plades.org.pe/.../htm/vencuentro/Taller%20movimiento%20sindical%20en%20la%20region%20andina.doc.

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE ECUADOR

La Universidad Andina Simón Bolívar es una institución académica internacional autónoma. Se dedica a la enseñanza superior, la investigación y la prestación de servicios, especialmente para la transmisión de conocimientos científicos y tecnológicos. Es un centro académico destinado a fomentar el espíritu de integración dentro de la Comunidad Andina, y a promover las relaciones y la cooperación con otros países de América Latina y el mundo.

Sus objetivos fundamentales son: coadyuvar al proceso de integración andina desde la perspectiva científica, académica y cultural; contribuir a la capacitación científica, técnica y profesional de recursos humanos en los países andinos; fomentar y difundir los valores culturales que expresen los ideales y las tradiciones nacionales y andina de los pueblos de la subregión; y, prestar servicios a las universidades, instituciones, gobiernos, unidades productivas y comunidad andina en general, a través de la transferencia de conocimientos científicos, tecnológicos y culturales.

La universidad fue creada por el Parlamento Andino en 1985. Es un organismo del Sistema Andino de Integración. Tiene su Sede Central en Sucre, Bolivia, sedes nacionales en Quito y Caracas, y oficinas en La Paz y Bogotá.

La Universidad Andina Simón Bolívar se estableció en Ecuador en 1992. Ese año suscribió con el gobierno de la república el convenio de sede en que se reconoce su estatus de organismo académico internacional. También suscribió un convenio de cooperación con el Ministerio de Educación. En 1997, mediante ley, el Congreso incorporó plenamente a la universidad al sistema de educación superior del Ecuador, lo que fue ratificado por la Constitución vigente desde 1998.

La Sede Ecuador realiza actividades, con alcance nacional y proyección internacional a la Comunidad Andina, América Latina y otros ámbitos del mundo, en el marco de áreas y programas de Letras, Estudios Culturales, Comunicación, Derecho, Relaciones Internacionales, Integración y Comercio, Estudios Latinoamericanos, Historia, Estudios sobre Democracia, Educación, Salud y Medicinas Tradicionales, Medio Ambiente, Derechos Humanos, Gestión Pública, Dirección de Empresas, Economía y Finanzas, Estudios Interculturales, Indígenas y Afroecuatorianos.



Luego de dos décadas de la aplicación de agresivas políticas del ajuste neoliberal y de la hegemonía de una contrarreforma conservadora, Jaime Breith e Ylonka Tillería, investigadores de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, penetran en los mecanismos de la aceleración concentradora y el despojo, empleando la ciencia como una herramienta crítica y explicando con datos de la realidad las devastadoras consecuencias de dichas políticas en la salud humana y el ambiente.

Este estudio de aparición muy oportuna se vuelve lectura obligada para quienes quieran conocer la situación de la salud en los "años de oro" del ajuste estructural. Una voz de alerta para quienes trabajan hoy por un proyecto alternativo.



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



9 789978 228128