

ESTUDIOS ECUATORIANOS
UN APORTE A LA DISCUSIÓN

Ximena Sosa-Buchholz
William F. Waters
compiladores

ESTUDIOS ECUATORIANOS

UN APORTE A LA DISCUSIÓN

Ponencias escogidas del II Encuentro
de la Sección de Estudios Ecuatorianos de LASA
Quito 2004



2006

ESTUDIOS ECUATORIANOS

UN APORTE A LA DISCUSIÓN

Ximena Sosa-Buchholz

William F. Waters

compiladores

Ira. Edición: Ediciones ABYA-YALA
12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfono: 2506-247/ 2506-251
Fax: (593-2) 2506-267
E-mail: editorial@abyayala.org
Sitio Web: www.abyayala.org
Quito-Ecuador

Diseño de portada: Antonio Mena

Impresión: Docutech
Quito - Ecuador

ISBN: 9978-22-599-4

Impreso en Quito-Ecuador, marzo 2006.

ÍNDICE

Presentación.....	7
Introducción	9
Paradojas de los discursos de género dentro de la Iglesia Católica Progresista en el Ecuador.....	13
<i>María Cuvi Sánchez</i>	
El Ecuador y la región centro sur en la década de 1930.....	37
<i>María Cristina Cárdenas Reyes</i>	
Hacia un “control moral del capitalismo”: pensamiento social y experimentos de la Acción Social Católica en Quito.....	57
<i>Valeria Coronel Valencia</i>	
La memoria colectiva de Velasco Ibarra y su legado en la cultura política.....	79
<i>Ximena Sosa-Buchholz</i>	
Salud, transición y globalización: la experiencia del Ecuador.....	103
<i>William F. Waters</i>	
La historia del movimiento indígena escrita a través de las páginas de <i>Ñucanchic Allpa</i>	133
<i>Marc Becker</i>	

Raza y modernidad en <i>Las floristas</i> y <i>El sanjuanito</i> de Camilo Egas	155
<i>Trinidad Pérez</i>	
La reivindicación del Reino de Quito en la <i>Historia del Reino de Quito en la América meridional</i> del jesuita Juan de Velasco	167
<i>Silvia Navia Méndez-Bonito</i>	
La metáfora en <i>Huasipungo</i> y su problemática en la traducción.	185
<i>Cecilia Mafla</i>	
Sobre los autores	201

5 SALUD, TRANSICIÓN Y GLOBALIZACIÓN: LA EXPERIENCIA DEL ECUADOR

William F. Waters

Introducción

La globalización y la transición epidemiológica

La salud pública global no es fundamentalmente una simple parte de la medicina; más bien, es un elemento de las estructuras y procesos sociales, culturales, económicos y políticos de poblaciones específicas. Más aún, el análisis de la transformación de estas estructuras y procesos debe tomar en cuenta la evolución de los patrones de salud y bienestar desde la perspectiva de la transición epidemiológica. El punto básico del presente documento es que la transición epidemiológica es parte del proceso de globalización. Sin embargo, se rechaza el concepto que dice que la globalización incide en las naciones, comunidades y familias monolíticamente e uniformemente. Por el contrario, se sugiere que las condiciones y formas específicas de organización a nivel nacional o local pueden modificar los efectos de la globalización y la transición epidemiológica. Por ejemplo, la globalización ha tenido efectos específicos en el Ecuador y al mismo tiempo, está estrechamente vinculada a la transición epidemiológica, tal como se ha experimentado en ese país.

Se ha analizado la globalización desde varias perspectivas, y existen varios debates sobre sus características. Un debate se concentra en el contenido de la globalización: ¿es fundamentalmente un proceso económico, político, tecnológico o cultural, o bien, es una combinación de estos factores? Otro debate relacionado a la primera pregunta es, si la globalización es un nuevo paradigma de desarrollo y subdesarrollo o si es, más bien, una nueva etapa de procesos que tuvieron su inicio desde hace siglos atrás. Ambos debates se circunscriben a una discusión más esencial y es en relación a si la globalización ha tenido efectos beneficiosos o negativos en el mundo y como elemento básico: ¿cuál ha sido el papel de la organización local en determinar o modificar sus efectos?

Un debate distinto tiene que ver con la relación entre la salud pública y la globalización (Evers; Juárez 2001). Se ha aceptado que la salud global, el desarrollo y el subdesarrollo están estrechamente vinculados (Leon y Walt 2001; Marmot y Wilkinson 1999; Phillips y Verhaselt 1994; Stillwaggon 1998; Subedi y Gallagher 1996; Tulchin y Garland 2000). Estos lazos han sido definidos y son reconocidos por la comunidad internacional. El informe anual del Banco Mundial de 1993, bajo el título de “Invirtiendo en la Salud” (Investing in Health) introdujo la DALY (Año de Vida Ajustada de Discapacidad -Disability Adjusted Life Year-) que ahora es el indicador estándar para medir el impacto a nivel nacional de enfermedades y condiciones de salud sobre el desarrollo. También podemos nombrar a las Metas de desarrollo del milenio, elaboradas por el sistema de las NNUU (UNDP 2003) y ampliamente adoptadas tanto por los países como por los organismos internacionales, relacionan áreas claves de salud pública global a la agenda de desarrollo. Cada una de las ocho metas está relacionada a la salud pública (Banco Mundial 2003b). Tres de las ocho metas se dirigen específicamente a la salud, así como también, ocho de los 18 objetivos y 18 de los 48 indicadores (Lee, Walt y Haines 2004).

¿Cuál es la vinculación entre globalización y salud? La globalización se expresa en una serie de transformaciones que han redefinido las interrelaciones entre las naciones, agencias gubernamentales, corporaciones, organismos multilaterales, organizaciones no-gubernamentales, comunidades, y hogares. En este contexto, se da un proceso de transformación epidemiológica, que consiste en: “La evolución de contextos sociales diferentes, desde una situación caracterizada por la alta mortalidad y fertilidad, una baja expectativa de vida, una estructura

demográfica joven, y el predominio de las enfermedades transmisibles (especialmente entre la gente joven), hacia una situación de baja mortalidad y fertilidad, una expectativa de vida más larga, el envejecimiento y el predominio de las enfermedades degenerativas, especialmente en la gente de mediana y avanzada edad” (Omran 1996:5)¹.

Esta transformación no es uniforme y más bien se manifiesta de diferentes maneras en distintas sociedades y emerge con diferentes velocidades. Por lo tanto, la transición experimentada por los países industrializados en el pasado no es la misma que los países subdesarrollados están pasando en la actualidad.

Además, los países subdesarrollados siguen diferentes patrones de transición (Omran 1971; 1996; 2000). Una de las diferencias entre las transiciones del pasado y el presente es que en los países como Ecuador, las tasas de enfermedades crónicas y no contagiosas (asociadas con el envejecimiento de la población) se incrementan, manteniendo las tasas elevadas de las enfermedades infecciosas y contagiosas, con diferencias determinadas por las estructuras sociales.

El debate sobre la globalización

La globalización tiene varias definiciones. Una interpretación se enfoca en los elementos económicos que se concentran en el desarrollo cada vez más estrecho y complejo de las relaciones internacionales de finanzas y comercio. Según esta interpretación, la globalización consiste en “la integración de las economías en una economía internacional a través del intercambio de mercancías, las inversiones extranjeras directas (de parte de las corporaciones y las multinacionales), los flujos de capital de corto plazo, los flujos internacionales de trabajadores y de la humanidad en general y los flujos de tecnología (Bhagwati 2004:3). Según algunos analistas (unos a favor y otros en contra de la globalización), estas vinculaciones de comercio e intercambio no representan un fenómeno nuevo, sino una extensión e intensificación de las redes económicas y políticas que nacieron hace por lo menos seiscientos años Schuldt (1997), por ejemplo, muy crítico de los efectos de la globalización, asevera que sus características básicas son similares a aquellas de los periodos históricos anteriores. Otros afirman que la globalización es una etapa distinta porque se fundamenta no solamente en el cambio tecnológico sino también, en las políticas estatales (Bhagwati 2004).

Los análisis que interpretan la globalización como un proceso positivo se basan en la idea de que las economías abiertas optimizan el acceso a los bienes, servicios, información y empleo (Friedman 2000). Esta interpretación benigna de la globalización económica ha sido criticada desde varios ángulos, especialmente por su impacto en la desigualdad (Rapley 2004; Ravallion 2004). Según esta interpretación, la inversión multilateral tiene un alto precio con respecto a las condiciones impuestas de manera que, o tiene ningún efecto positivo o tiene efectos negativos en las poblaciones locales (Stiglitz 2002) con respecto a (por ejemplo), patrones de empleo (Sassen 1998) y al sistema global de agricultura y alimentos (Bonanno et al. 1994).

Otras interpretaciones de la globalización subrayan otras formas de integración e interdependencia más allá de lo estrictamente económico, incorporando otras áreas en donde hay la difusión de “personas, conceptos, imágenes, ideas y valores... que cruzan las fronteras políticas” (Yach y Bettcher 1998:735). Ejemplos de esta posición incluyen el impacto ambiental y el cambio climático, los efectos en los procesos democráticos, y relaciones de género (Aguilar y Lacsamana 2004; Ortiz 1997; Schaeffer 1997). Estos análisis generalmente son muy críticos de los efectos de la globalización.

Otros análisis no tan críticos, enfatizan la importancia de la tecnología, especialmente con respecto al papel de las comunicaciones en aumentar las interconexiones entre las personas y organizaciones en diversos puntos del mundo.

Un área de especial interés y debate se concentra en la globalización cultural, concepto que refiere a la difusión de la cultura, incluyendo idiomas -específicamente, el inglés-, la música, el vestuario y varias formas de consumo -por ejemplo, de comida- y, la tendencia a la homogenización (Pieterse 2004; Ritzer 2004). En este sentido, Barber (1995) afirma que las subdivisiones políticas e ideológicas en el mundo serán superadas por la globalización (“Jihad contra McWorld”) por la fuerza de la homogenización cultural. Por el contrario, algunos como Acosta, aseveran que desde un punto de vista ecuatoriano, los pobres son protegidos de la homogenización cultural de consumo por su limitada capacidad adquisitiva.

El concepto de que la globalización representa un nuevo paradigma del desarrollo que es diferente de etapas históricas previas se basa en un juego interrelacionado de observaciones. Primero, se argu-

menta que las dos últimas décadas son testigo de la emergencia de la corporación transnacional, que es distinta a la corporación multinacional de las décadas previas, en el sentido de que no está limitado por las fronteras, economías, sociedades o leyes nacionales. Esta nueva forma corporativa opera según novedosos arreglos flexibles para cumplir con sus funciones de producción, finanzas, mercadeo, comunicación y distribución.

La flexibilidad de la corporación transnacional se debe a que pueden cumplir cualquier de sus funciones (incluyendo la producción) en virtualmente cualquier parte del mundo. Por ejemplo, a movilidad de insumos (especialmente la mano de obra), el mercado flexible y la producción sin inventario *-just-in-time production-* son claves desde esta perspectiva. Un proceso industrial realizado hoy en el Ecuador fácilmente puede ser trasladado mañana a Indonesia, si las condiciones laborales y legales son preferibles. Por lo tanto, se ha sugerido que el papel del Estado como el eje vertebral en el desarrollo es cuestionable. La emergencia de la empresa transnacional ha sido muy importante en la evolución de los sistemas nacionales de salud desde la perspectiva de la reforma de la salud y las tendencias a la descentralización y privatización (Freeman, Gómez-Dantes y Frenk 1995; Lee, Buse y Fustukian 2002).

La globalización también se caracteriza por un cambio en el papel de los organismos internacionales y los acuerdos multilaterales, que con mayor frecuencia determinan los términos del comercio y las finanzas globales. Ejemplos incluyen el TLCAN (NAFTA) y el Tratado de Libre Comercio que vincularía los Estados Unidos, Colombia, Perú y el Ecuador. Tradicionalmente, los organismos internacionales facilitaron las comunicaciones y negociaciones entre los estados miembros, y proporcionaron el apoyo financiero y la asistencia técnica. Hoy en día, juegan un papel distinto porque determinan y hacen cumplir las reglas básicas de las transacciones y relaciones económicas globales (Stiglitz 2002). Los efectos en los países subdesarrollados son dramáticos. Se ha afirmado que las políticas de sustitución de importaciones ejecutadas en América Latina en las décadas de los años 60 y 70 promovieron la producción para los mercados internos, con el resultado de que había tasas muy bajas de desempleo. En las dos últimas décadas, esas políticas han sido reemplazados por nuevas políticas impuestas por los organismos multilaterales, que promuevan la producción orientada a la

exportación y una mínima participación del estado en la economía y el bienestar de los ciudadanos (González de la Rocha et al. 2004).

De estos debates, se podría concluir que la globalización se limita a la emergencia de nuevas relaciones entre los estados, las corporaciones transnacionales y los organismos multilaterales. Sin embargo, en esta discusión, casi nunca se habla de los efectos al nivel local y, lo que es aún más importante, no se discute las maneras en que al nivel nacional o local, puede modificar o influir las fuerzas de la globalización. Pero desde esta perspectiva, los actores locales y nacionales no son meras víctimas o receptores pasivos de las fuerzas monolíticas globales que afectan a todo el mundo de la misma manera. En primer lugar, los impactos económicos, sociales, y culturales de la globalización no son iguales entre los países o dentro de países.

En segundo lugar, aunque mucho del Tercer Mundo sigue experimentando altas tasas de pobreza y desigualdad (Bradshaw y Wallace 1996; Rapley 2004), una respuesta nacional y local no es meramente posible, sino por el contrario, ofrece opciones viables contra la dominación política y económica y la homogenización cultural. Como sugiere Sassen (1998) y Stiglitz (2002), la globalización ha producido un descontento generalizado y no se ha aceptado pasivamente los nuevos patrones corporativos, mientras los estados debilitados luchan contra las condiciones impuestas desde afuera.

En esta perspectiva, por ejemplo, la capacidad local colectiva en el Ecuador para organizar y actuar representa un contrapeso efectivo a las fuerzas globales (Carroll 2003; Hentschel y Waters 2002). La respuesta local es posible en parte, porque la cultura local sigue siendo una fuerza vital a pesar de las tendencias hacia la homogenización (Healy 2001). Más dramática pero todavía relevante, es la resistencia activa y organizada a los efectos de la globalización en todo el mundo (Broad 2002; Smith y Johnson 2002), incluyendo América Latina (Edelman 1999). En el Ecuador, la organización política local, regional y nacional a las medidas vistas como anti-populares (Sawyer 1997) ha fortalecido el movimiento indígena (Gerlach 2003), con efectos en el fortalecimiento de la democracia local (Selverston-Scher 2001). Menos dramática es la capacidad colectiva de responder a las necesidades cotidianas de la población. Por ejemplo, las comunidades han demostrado un alto nivel organizativo en la planificación y ejecución de servicios locales de salud (Puertas y Schlessner 2001).

La globalización y la salud pública

Los defensores de la globalización enfatizan que las nuevas estructuras, sistemas y procesos globales canalizan nuevas soluciones a los problemas relacionados a la pobreza. Por ejemplo, se dice que el nuevo sistema global tiene una alta capacidad para mejorar la salud pública y proveer fondos para los pobres del mundo. En cambio, los análisis críticos aseveran que la salud de los pobres está amenazada y que los fondos dedicados a los problemas de salud de los pobres del mundo representan una simple fracción de lo que se necesita y de lo que está disponible (Sachs 2002).

Los defensores de la globalización afirman que en general, la salud global ha mejorado y que en muchos sentidos los pobres han sido los beneficiarios. Primero, se dice que los nuevos conocimientos, los avances tecnológicos y la cooperación global han mejorado la capacidad global para la vigilancia, prevención y tratamiento de enfermedad y que estas tendencias pueden reducir la brecha entre los pobres y ricos, tanto dentro de los países como entre países, en lo que se refiere a la salud². Ejemplos incluyen los métodos modernos de contracepción, el agua potable, las comunicaciones (por ejemplo, la telemedicina y el Internet), y nuevos medicamentos. Segundo, se afirma que el papel de la Organización Mundial de la Salud y sus organismos regionales (por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud), son ejemplos de la coordinación de los esfuerzos en la salud pública a nivel global porque la cooperación internacional ha sido efectiva en confrontar varias enfermedades, como la tuberculosis y otras áreas importantes, como las vacunas. Esta perspectiva enfatiza que el sistema global de salud permite la elaboración y ejecución de actividades internacionales con el apoyo de la educación y la investigación (Labonte 2003; Roemer 1998; Yach y Bettcher 1998a, 1998b).

Según esta perspectiva, la cooperación global en la salud también se expresa en los convenios y acuerdos internacionales que promuevan, optimizan y regulan los sistemas nacionales y locales de salud. Ejemplos de esta forma de cooperación incluyen el Convenio de Control de Tabaco promovido por la OMS, los acuerdos internacionales sobre el medio ambiente (con impactos positivos en la salud pública), y el Convenio de las NNUU sobre los Derechos del Niño (De Beyer y Brigden 2003; Yach y Bettcher 1998b).

La perspectiva benigna de la globalización también afirma que los valores difundidos por todo el mundo incluyen no solamente las preferencias en el consumo, sino también otros valores de mayor importancia e impacto local, tales como los derechos reproductivos y de género. Además, se enfatiza que la liberalización de los servicios de la salud y las transacciones financieras internacionales tiene el efecto de reducir las brechas entre los países. Según esta perspectiva, los sistemas transnacionales de salud son más eficientes que los sistemas locales y aislados (Yach y Bettcher 1998a).

Finalmente, esta perspectiva asevera que el compromiso global por la salud de los pobres se evidencia en un nuevo sistema de financiamiento en que el papel financiero de los organismos bilaterales y multilaterales ha sido superado, en gran parte, por los consorcios públicos-privados, especialmente la Fundación Gates y el Fondo Global contra la VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. Hoy en día, la Fundación Gates es una de las principales fuentes financieras en distintas áreas de la salud³, especialmente en la salud reproductiva y de niños, la prevención de VIH/SIDA, la investigación sobre una vacuna anti-VIH/SIDA y la tuberculosis. Por su parte, el Fondo Global ha aprobado un total de US \$2.1 mil millones en dos años para 227 programas en 125 países y territorios (Global Fund 2004).

Los defensores de la globalización aseveran que una porción sustancial de estos nuevos fondos puede ser invertida por los gobiernos de los países industrializados en función de sus propios intereses. Por ejemplo, el apoyo de los Estados Unidos al Fondo Global (proyectado a un mil millón de dólares por año durante cinco años) se justificaría por la protección que una mejor salud global brindaría a la población norteamericana. Del mismo modo, el apoyo a la salud global daría ventajas económicas porque se establecerían relaciones comerciales y financieras con contrapartes más saludables y menos inestables.

Los críticos de la globalización contraponen tres puntos al respecto. Primero, los países industrializados apoyan la salud global por motivos económicos y políticos que limitan o imponen condiciones en la distribución de medicamentos y servicios de salud. Ejemplos incluyen la oposición de los Estados Unidos a la venta de medicamentos genéricos para el tratamiento del VIH/SIDA (en favor de las empresas farmacéuticas) y la promoción de valores sociales conservadores en las ac-

tividades relacionadas a las enfermedades sexualmente transmisibles (Yach y Bettcher 1998b).

Un segundo punto de crítica es que los mejoramientos de largo plazo en la salud global han ocurrido independientemente de la integración global y a veces, a pesar de la integración. Por ejemplo, la mayoría de los mejoramientos en la salud pública entre 1950 y 2000 (por ejemplo, en la mortalidad infantil y la expectativa de vida) ocurrieron entre 1960 y 1980, cuando las políticas de sustitución de importaciones limitaron los impactos globales en los países.

La tercera crítica es que los mejoramientos en la salud global son distribuidos en forma desigual, de modo que la integración global ha aumentado la pobreza y las brechas económicas y sociales. Desde esta perspectiva, la globalización tiene efectos directos e indirectos a nivel nacional y local porque los países son obligados a promulgar políticas que facilitan la movilidad y la flexibilidad global de recursos a través de: impuestos mínimos sobre las inversiones de capital y las transacciones financieras; reducciones en los déficit públicos a través de recortes en el gasto público en la salud y otras áreas sociales; desregulación de mercados de trabajo (incluyendo la eliminación de legislación relacionada a la salud ocupacional y ambiental) y; privatización de empresas y programas públicos, tales como el agua potable y la seguridad social (Labonte 2003; Navarro 1998).

Las políticas impuestas por entidades externas tienden a aumentar el desempleo y la exclusión de los servicios públicos. Más aún, la privatización de los servicios tiende a concentrar los mejores servicios de salud en los sectores sociales acomodados. Aún cuando se ofrecen los servicios privados y públicos de igual calidad, los servicios públicos normalmente sufren porque los aseguradores privados pueden servir a los clientes más saludables, dejando a la población en las peores condiciones de salud (y con los costos potenciales más altos de tratamiento), para los ministerios de salud y los sistemas de seguridad social (Labonte 2003).

Finalmente, Roemer (1998) y otros afirman que cuando los países carecen de la capacidad técnica de legislar y regular las actividades económicas dentro de su propio territorio, los resultados negativos pueden incluir el intercambio de sustancias perjudiciales (como el tabaco), la importación de medicamentos y alimentos no efectivos y/o

con fechas expiradas, y las amenazas ambientales tales como la deforestación y la contaminación del agua y aire.

Las interrelaciones entre la pobreza, la desigualdad y la salud pública son particularmente relevantes en este contexto (Braveman 2003; Leon y Walt 2001), especialmente en el Ecuador (Larrea, Freire y Lutter 2001; Lasprilla et al. 2001) y en todo América Latina (Casas-Zamora y Gwatkin 1998; Lloyd-Sherlock 2000; Narváez 2002; Sen 2000); Stillwaggon 1998; Wagstaff 2002).

Globalización y traslape epidemiológico

Al mismo tiempo que las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales vinculan e integran a todo el mundo, los patrones de morbilidad y mortalidad experimentan cambios complejos. El modelo básico de la transición epidemiológica comienza con el proceso histórico-tecnológico, a través del cual, el conocimiento científico de las fuentes de infección y los mejoramientos sistemáticos en la infraestructura sanitaria resultaron en la reducción (a finales del siglo XIX y los principios del siglo XX) de tres grupos de problemas de la salud identificadas por Omran (2000) como “tradicionales:”

- Las enfermedades infecciosas, incluyendo los males respiratorios agudos, de diarrea, prevenibles por la vacunación, la malaria, el dengue y la tuberculosis.
- Los problemas de la salud reproductiva e infantil y la desnutrición, incluyendo las enfermedades maternas, perinatales y de niñez, la desnutrición proteica-energética y la fertilidad no planificada.
- Las enfermedades relacionadas a malas condiciones sanitarias, especialmente los patógenos acuáticos en el agua potable y la eliminación no adecuada de aguas servidas.

Las condiciones tradicionales de salud se agudizan cuando los sistemas de salud no funcionan adecuadamente desde la perspectiva de la mala distribución de servicios, el sesgo urbano, una cobertura parcial de la población, un cuerpo profesional mal distribuido y mal formado, una sobre-centralización y un énfasis en la salud curativa y no preventiva.

El modelo de Omran de la transición epidemiológica no constituye un marco teórico, sino un modelo descriptivo, que no fue construido (ni debe ser usado) como una contribución a las teorías funcionalistas de la modernización (por ejemplo, ver Rostow 1961). Esas teorías consideran que el desarrollo consiste en una serie de etapas que todas las sociedades inevitablemente atraviesan (Carolina y Gustavo 2003). Una interpretación más amplia es que la transición epidemiológica no necesariamente ocurre en forma secuencial o con la misma velocidad en todos los casos. Más aún, se pueden observar algunas diferencias en las características de diferentes fases de la transición según el contexto específico del desarrollo social, económico y político.

Por ejemplo, la según la Organización Mundial de la Salud (2004), las enfermedades crónicas causaron aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo en 2001 (la mitad de ellas debido a las enfermedades cardiovasculares) y alrededor de 46% de la carga (*burden*) total de enfermedad global. Las tasas de morbilidad y mortalidad debido a las enfermedades crónicas no se limitan a los países industrializados y, por el contrario, son cada vez mayores en los países subdesarrollados. Al mismo tiempo, las enfermedades tradicionales siguen siendo altamente prevalentes en estos países. Por ejemplo, alrededor del 60% de la mortalidad de niños menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición, mientras las deficiencias de vitamina A y hierro todavía son problemas importantes (OMS 2003).

La coexistencia de la morbilidad y mortalidad atribuibles a los problemas “tradicionales” y “modernos” nos obliga a examinar el modelo básico de la transición epidemiológica. En primer lugar, las enfermedades “tradicionales” no han desaparecidos en los países industrializados. De hecho, varios males emergentes y re-emergentes representan nuevas amenazas. En segundo lugar, los países subdesarrollados como el Ecuador siguen experimentando altas prevalencias de las enfermedades infecciosas y contagiosas, pero simultáneamente tienen tasas elevadas de enfermedades crónicas y no-transmisibles asociadas con las fases avanzadas de la transición epidemiológicas. Por ejemplo Mitka (2004:2533) indica que las enfermedades cardiológicas representan una “amenaza global a la salud.”

En otras palabras, la evolución de los perfiles de la salud pública en los países industrializados y subdesarrollados involucra más que el reemplazo de un juego de enfermedades con otro. Este fenómeno su-

giere que la transición epidemiológica es más bien un traslape epidemiológico (Bacallao 2000).

El proceso es aún más complejo porque el Ecuador del siglo XXI experimenta un doble traslape de perfiles de salud pública: uno que es interno y otro global. Primero, se encuentran las enfermedades tradicionales y modernas en el país. Pero, la carga de enfermedad (incluyendo la morbilidad y la mortalidad) no se distribuye en forma igual en el caso de la población ecuatoriana. Más bien, existen diferencias sustanciales que se puede atribuir a las desigualdades relacionadas a los ingresos, ocupación, etnicidad, nivel de educación, la residencia urbana/rural y otros factores relacionados a la estructura de clases sociales. Segundo, como un producto de la globalización, el perfil de salud pública en el Ecuador se superpone a los perfiles de los países industrializados. En este sentido, el traslape epidemiológico es un producto de la globalización.

Ecuador: globalización, salud, pobreza y desigualdad

El papel del Ecuador en la economía global es muy pequeño. El PNB total en el 2001 fue de \$18 mil millones, que es menos de la mitad del PNB del país que se ubica en el puesto 50 del mundo, Perú. Desde otra perspectiva, si el PNB fuera comparable con las ventas comerciales, el Ecuador tampoco estaría entre las 43 empresas más grandes del mundo⁴ (The Economist 2004; UNDP 2003). No obstante, el Ecuador está íntimamente ligado a la economía global en varios sentidos.

- Varias empresas transnacionales (incluyendo los dos bancos más grandes del mundo, Citigroup y Bank of America) operan en el Ecuador.
- Mientras el Ecuador sigue exportando mercancías tradicionales (especialmente petróleo y frutas tropicales), también se ha embarcado en la exportación agresiva de productos no tradicionales, especialmente los productos agropecuarios (Thrupp, Bergeron y Waters 1995).
- Los trabajadores ecuatorianos (tanto dentro del país como los migrantes transnacionales) producen para el mercado global (Kyle 2000).

- El Ecuador ha firmado los acuerdos más recientes de la WTO, los mismos que regulan el intercambio y las finanzas globales.
- El Ecuador está endeudado con la banca transnacional y con los organismos multilaterales, que imponen condiciones estrictas al país. Por ejemplo, un acuerdo con el FMI en el 2000 contenía 167 condiciones sobre, por ejemplo, la privatización de sistemas de agua potable, la contratación del nuevo oleoducto, la despedida de algunos funcionarios públicos y recortes en los salarios de otros y aumentos en el costo de productos de primera necesidad, tales como el aceite comestible (Palast 2003: 146-149).
- Aunque la cultura autóctona sigue vigente, la cultura importada ha inundado el mercado nacional con el idioma, la comida, la ropa y la música.

Pero la inserción de la economía nacional en la economía global no ocurrió en el vacío. El Ecuador ha experimentado cambios sociales y demográficos sin precedentes en las últimas décadas, produciéndose una transformación en la estructura de clases. Así por ejemplo, una proporción cada vez mayor de la población reside en las áreas urbanas, cambio que es ampliamente reconocido hasta mediados del siglo XX; la sociedad ecuatoriana fue esencialmente rural y agraria, pero ya para el año 1975, el 42.5% de la población fue urbana, cifra que llegó al 63.2 % en 2001 (y que se proyecta al 69.4% en 2015) (UNDP 2003: 251).

La estructura de la economía también se ha transformado en el sentido de que se ha dado un aumento relativo en los servicios (56% del PIB en 2001) y un decrecimiento relativo del sector agropecuario (11% del PIB en 2001). Paralelamente, se han modificado los patrones del empleo. En el período 1995-2001, el 2% de las mujeres y el 11% de los hombres trabajaban en la agricultura, el 14% y 26%, respectivamente, en la industria y el 84% y el 63% en los servicios (Banco Mundial 1990:182; 2003a:238; PNUD 2003: 323). Estos cambios guardan relación con la migración rural-urbana permanente a las ciudades intermedias y grandes. Mientras Quito y Guayaquil han crecido dramáticamente en gran parte debido a la migración rural-urbana, las capitales provinciales y cabeceras cantonales han crecido aún más rápidamente en muchos casos⁵.

Sin embargo, los problemas de la pobreza rural no se resuelvan por la migración a los centros urbanos. Por el contrario, desde 1990, las

condiciones de vida se han deteriorado y se han agudizado las tasas históricamente altas de desigualdad. Es así que, el desempleo urbano casi se duplicó del 9.2% en marzo de 1998 al 17% en julio de 1999. Si bien se observó un decrecimiento en esta cifra al 9.6% en diciembre de 1999, tenía que ver con la emigración y el crecimiento del sector informal urbano, que representó el 57% de la población económicamente activa en 1999 y 66% un año más tarde (PAHO 2002: 238).

Por consecuencia, la pobreza ha ido creciendo a niveles siempre muy altos. Esta tendencia refleja los salarios estancados y decrecidos, que solamente en el último período han llegado a los niveles vigentes hace varias décadas. Pero esta recuperación modesta de salarios y una tasa modestamente menor de pobreza e indigencia en 2001, no representó un mejoramiento sostenido o permanente (Larrea 2004).

La pobreza ligada a la crisis también se refleja en la mala distribución de los recursos y el consumo. Como sociedad agraria, el Ecuador históricamente se caracterizó por una propiedad concentrada de la tierra (Waters 1985). Hoy en día, se observa la desigualdad en la sociedad urbana y relacionada al sector de los servicios en términos de los ingresos, las condiciones de vida y la distribución de ingresos. En 1995, el primer decil ganó el 41% de los ingresos totales, mientras el decil más pobre ganó solamente el 1%. Pero cuatro años más tarde en 1999, esas cifras fueron el 43% y el 0.6%, respectivamente. No es sorprendente que el coeficiente de Gini de desigualdad en los ingresos aumentó de 0.54 a 0.59 entre 1995 y 1999 y para el consumo, de 0.43 a 0.48 (PAHO 2002; World Bank 2003a)⁶.

La agudización de la pobreza y desigualdad están relacionadas a las brechas en las condiciones de vida en la población. Por ejemplo, el acceso al agua potable, que es fundamental para la salud pública, muestra enormes brechas entre los residentes rurales y urbanos y entre los más ricos (primer decil) y los más pobres (último decil). El 91% del primer decil del sector urbano, pero sólo el 11% del último decil de la población rural dispersa dispone de agua potable (PAHO 2002:238).

La reestructuración social y económica del Ecuador como producto de su papel en el sistema global se refleja en el nuevo perfil epidemiológico que demuestra que el país ha entrado en un proceso de traslape caracterizado por la presencia de dos factores: las tasas relativamente altas de las enfermedades “tradicionales” (contagiosas y transmisibles), y las condiciones “modernas” (crónicas/no contagiosas). Pe-

ro estas condiciones no afectan a todos los ecuatorianos por igual; mientras los estratos pobres siguen estando afectados por las enfermedades tradicionales, también están siendo sujetos de las enfermedades crónicas, en proporciones mayores cuando se compara con los estratos ricos. Además, los estratos más ricos de la población disfrutan de un acceso adecuado a los servicios de salud y a la información que les permite regular sus estilos de vida.

Hace más de una década, Breilh et al. (1990) demostraron que las condiciones de vida están asociadas con la salud de los pobres. Quizás más dramático es el hecho de que las mujeres pobres tienen un riesgo de morir cuatro veces mayor que las mujeres no pobres, mientras la relación entre hombres pobres y no pobres es 3 a 1 (WHO 1999). De la misma manera, la probabilidad de muerte en las áreas rurales (145 por 1000) es casi el 50% mayor que en los centros urbanos (98 por 1000); mientras que, las tasas de mortalidad son más altas entre los grupos indígenas que los no indígenas (Behm 1980).

El Cuadro No. 1 provee datos sobre dos indicadores sensibles de la salud y el desarrollo. Se observa una brecha sustancial en la salud en base a la residencia rural/urbana, nivel de educación y provincia de residencia (que refleja también la raza y la etnicidad).

Cuadro No. 1
Brechas en la salud y desarrollo

	Urbano	Rural	Sin educación o con educación primaria	Nivel más alto de educación	Provincia más baja	Provincia más alta
Fertilidad por mujer 15-49	2.8	4.3	5.6	1.9	2.7	4.7
Mortalidad infantil: tasa por 1,000 nacimientos vivos	22.0	40.0	51.0	11.0	26.0	34.0

Fuente: UNFPA/PRB: 2003: 241

Las desigualdades en la salud, entendidas en términos de brechas en los cuidados de la salud y de los resultados (*outcomes*) fueron evidentes en la epidemia de cólera en 1991, que comenzó en la ciudad portuaria de Callao, Perú para llegar después a casi todo el continente. Después del Perú, el Ecuador presentó las prevalencias más altas (450.9

por 100,000) y el número mayor de casos (46,284) en el primer año de 1991. En total, se dieron más de 93,000 casos hasta 2000 (PAHO 2002, II: 310-311). Pero se sintieron los efectos de la enfermedad casi exclusivamente en las comunidades y los barrios marginales, en donde la morbilidad y mortalidad se debía a las condiciones no sanitarias de agua pública, los servicios sanitarios no adecuados, el consumo de alimentos contaminados (Guthmann 1995) y la carencia de servicios adecuados de tratamiento, situación que fue muy diferente en las comunidades con acceso seguro al agua potable. Se presentaron casos hasta en algunas comunidades indígenas de la Sierra, donde las tasas de mortalidad fueron seis veces más altas que el promedio nacional (Weil y Berche 1992).

Traslape epidemiológico en el Ecuador

En las últimas décadas, las causas de muerte han evolucionado sustancialmente. Muchos de estos cambios son el producto del envejecimiento de la población pues, mientras el 4.9% de los ecuatorianos tenían más de 65 años en 2001, se ha proyectado que esta cifra llegará al 6.6% en el año 2015. Estas proporciones son relativamente bajas, pero la tendencia significa que habrá una proporción cada vez mayor de personas en riesgo de padecer las enfermedades crónicas y no transmisibles.

Aunque algunas enfermedades infecciosas siguen siendo causas importantes de la mortalidad, las primeras causas de muerte son: “otras enfermedades del corazón,” enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, neumonía, enfermedades cardiovasculares isquémicas y enfermedades de hipertensión. En otras palabras, cinco de las primeras seis causas de muerte reflejan el cambio de enfermedades infecciones y nutricionales a los males degenerativos. Se debe agregar que estos cambios ocurrieron en el contexto de un mejoramiento general en los indicadores de la salud. La expectativa de vida aumentará de 58.8 años (1970-1975) a 70.8 años en el período 2000-2005; la tasa de mortalidad infantil decreció de 87 por 1,000 nacimientos vivos en 1970 a 24 en 2001 y la proporción de entre niños menores de un año vacunados contra el sarampión aumentó del 60% en 1990 al 99% en 2001. Sin embargo, estos mejoramientos no se distribuyen de manera igual en el total de la población.

Algunos estudios confirman que la distribución de las enfermedades y condiciones de la salud varía según el grupo social dentro de la población.

- Una encuesta nacional realizada en los años 80 encontró diferencias significativas entre clases sociales en lo que se refiere a la desnutrición entre niños e infantes (Freire, Bacallao y Carrasco 1991; Freire et al. 1988). Estudios más recientes confirman que estas diferencias persisten (Larrea y Freire 2002; Larrea, Freire y Lutter 2001).
- La deficiencia de la vitamina A todavía pone unos segmentos de la población en riesgo, particularmente las familias de la Sierra, indígenas y de las áreas rurales, así que también las familias en las cuales la madre no obtuvo una educación formal y en las cuales los niños tiene bajo peso o estatura (Rodríguez, Guamán y Nelson 1996).
- El mal de Chagas, que es una enfermedad prevenible, es endémico en el Oriente y en la cuenca de Guayaquil. Entre 120,000 y 200,000 ecuatorianos están infectados y entre 2.2 y 3.8 millones viven en riesgo de la transmisión de la enfermedad (Aguilar et al. 1999).

Por otro lado, los problemas “modernos” de la salud identificado por Omran (1996; 2000) también son altamente prevalentes.

- La prevalencia de la obesidad ha sido estimado en el 10%, aunque si se compara esta cifra con los países vecinos, es probable que la proporción real es más alta. Además, la prevalencia de sobrepeso puede significar un 20% a 30% adicional de la población. El incremento del sobrepeso y la obesidad está vinculada a una serie de transformaciones socioeconómicas, especialmente la urbanización, la evolución de la dieta, la poca disponibilidad de alimentos saludables y la oferta de comidas de mala calidad nutricional y, los cambios en el estilo de vida y en la estructura de clase (Braguinsky 2002; Jacoby 2004; Peña y Bacallao 2000). La obesidad es especialmente importante por su relación a diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunas formas de cáncer.

- Un estudio de la zona rural de Borbón encontró que las enfermedades cardiovasculares fueron las causas principales de la muerte entre adultos y que la hipertensión arterial, que no se controla en la mayoría de los casos, fue una causa importante de la mortalidad (Anselmo et al. 2003).

La situación del cáncer amerita una atención especial porque no es solamente una enfermedad emergente en el Ecuador, sino porque los patrones de resultados y acceso a los servicios reflejan diferencias en base a la clase social. Varios estudios reflejan tendencias similares en lo que se refiere al cáncer.

- El cáncer del útero ha decrecido dramáticamente en los países industrializados, pero más lentamente en América Latina. Sin embargo, la prevalencia ha cambiado muy poco en el Ecuador (Bocciolone et al. 1993).
- El cáncer asociado con las condiciones ocupacionales y ambientales presentan un riesgo adicional. Por ejemplo, los hombres y las mujeres que residen y trabajan en las zonas petroleras de la Amazonía tienen un riesgo elevado del cáncer del estómago, recto, piel, tejido blando y riñón. Además, las mujeres tienen un riesgo elevado adicional del cáncer de cerviz y los nódulos linfáticos, mientras los niños menores de 10 años tienen un alto riesgo de leucemia y linfoma (Hurtig y San Sebastián 2002).
- La incidencia del cáncer de cerviz es aproximadamente 48 y la mortalidad es aproximadamente 19 por 100,000 (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin 2003). Esta forma de cáncer está relacionado al virus humano papilloma, pero también a otros factores tales como una dieta pobre, baja expectativa de vida, barreras a los servicios de salud, y bajo peso al nacer de los niños. Los factores protectivos incluyen la fertilidad baja y la postergación del primer parto. Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de cerviz también son altas por la falta de medidas de prevención y control, especialmente los exámenes oportunos, que pueden reducir la incidencia y la mortalidad en el 90%. Aún cuando los exámenes están disponibles, la colección y análisis inadecuados de las muestras y el seguimiento incompleto de las pacientes después de los exámenes ponen a las mujeres, especialmente las más

pobres, en riesgo. Es así, que los programas existentes son “parcial, carecen de organización y control de calidad y no cumplen con sus objetivos” (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin 2003: 314).

- Mientras la prevalencia del cáncer del pulmón no es particularmente alta, los resultados son peores de lo esperado porque los servicios de salud para los pobres son de muy mala calidad. Aún cuando los pacientes reciben un diagnóstico y tratamiento, la evaluación de casos es “un proceso ineficiente, lento y potencialmente peligroso, en casos en los cuales la probabilidad de una prognosis de cáncer es alta” (Freire et al. 2003: 167).

Esta información subraya la importancia del tamizaje y la detección oportuna, especialmente en la población pobre, rural, indígena y otros que experimentan barreras al acceso de los servicios de salud preventiva. Por ejemplo, los exámenes tales como el PSA para detectar el cáncer de la próstata son efectivos, cuando están disponibles en forma oportuna, para detectar el cáncer.

Las brechas en el sistema ecuatoriano de salud se explica, en parte, por ser segmentado en el sentido de que consiste en varios niveles de servicios privados por un lado, y servicios públicos asociados al Ministerio de Salud y Bienestar (MSB) y al Instituto de Seguridad Social (IESS), por otro. La oferta de servicios privados incluye las clínicas locales muy modestas, que muchas veces pertenecen a un solo médico, pero también los hospitales modernos que ofrecen servicios de la más alta calidad. Estos hospitales privados y elites son accesibles solamente a aquellos ecuatorianos que tienen pólizas privadas de seguro médico y que pueden pagar los costos del tratamiento.

A pesar de los últimos cambios en el sistema de salud, los pobres (incluyendo los sin empleo y los trabajadores del sector informal) normalmente utilizan los servicios ofrecidos por el MSB, mientras los trabajadores del sector formal tienen acceso a los servicios ofrecidos por el IESS. En esta categoría se incluye los puestos rurales de salud, los hospitales regionales (que proveen los servicios ambulatorios y tienen un número limitado de camas), y los hospitales grandes. Pero la calidad de los servicios ofrecidos por el sector público ha disminuido debido a la falta de recursos económicos. Además, la calidad de los servi-

cios públicos no son iguales; como demuestra Robertson et al. (1991), las clínicas del IESS brindan un mejor servicio que las clínicas del MSB.

En cualquiera de los casos, el cuidado de la salud del sector público es curativo más que preventivo, y en el contexto de las malas condiciones de vida, los ingresos estancados y los costos al usuario de los servicios, los segmentos pobres de la población tienen poca probabilidad de recibir los exámenes para detectar las enfermedades “modernas,” especialmente las condiciones cardiovasculares, las varias formas del cáncer (tales como de la próstata, cerviz, y el colon-rectal) que normalmente no tienen síntomas hasta las etapas avanzadas.

Alternativas locales al traslape epidemiológico y la globalización

A pesar de los altos índices de pobreza y desigualdad, y a las transformaciones epidemiológicas y socioeconómicas a nivel mundial, se propone y se ejecuta respuestas alternativas a nivel nacional y local. Varios investigadores (Carroll 2003; Hentschel y Waters 1996) demuestran que los ecuatorianos pobres del área rural tienen la capacidad y la experiencia para analizar las causas de la pobreza y sugerir alternativas realistas para superarla. Una respuesta proviene de la medicina social, que tiene una larga historia en América Latina, y que reconoce las múltiples interrelaciones entre la salud pública y las condiciones socioeconómicas. En el Ecuador y en otros países de la región, la medicina social analiza el papel de las relaciones sociales de clase en base de “la premisa de que los arreglos sociales del poder y la propiedad modifican la salud pública” y reconoce el papel de las fuerzas externas, especialmente los “efectos de las políticas neoliberales (por ejemplo del NAFTA) que generan los planes de ajuste, la degradación ambiental y las disparidades en la salud” (Krieger 2003: 1484). La medicina social también incluye la justicia social (Yamada 2003).

La participación local optimiza, la posibilidad de sostenibilidad, especialmente porque la experiencia demuestra que en el Ecuador, los programas y proyectos participativos devuelven la responsabilidad a las comunidades. Un enfoque en la comunidad representa una alternativa práctica y viable para la planificación, ejecución y evaluación que responden a las necesidades locales, especialmente cuando hay también la

participación de ONG y universidades (Buitrón y Velasco 1997; Puer-tas y Schlessner 2001). Hay muchos ejemplos exitosos de este enfoque.

- Un sistema colectivo de salud pública que se inició en Cotacachi con la formación de un comité intersectorial en 1996, bajo el cual, una comisión diagnóstica con representación de los sectores públicos de salud y educación y de las comunidades locales planificó una encuesta de salud, capacitó a los encuestadores y realizó la encuesta en base a los problemas identificados por la comunidad (Buitrón y Velasco 1997; Velasco 1997).
- El desarrollo comunitario, ejecutado en base a conceptos del género entre mujeres pobres en Guayaquil, incluyendo la construcción y operación de un centro de salud que pertenece a la misma comunidad. Ejemplo similar a otras experiencias en América Latina y África, que demuestra que programas de apoyo a la microempresa de los sectores informales y basados en la perspectiva de género tienen efectos positivos en la salud de las mujeres y sus familiares (Rodríguez, Macinko y Waters 2001).
- El tratamiento médico con técnicas occidentales y tradicionales, a través del sistema de *Jambi Huasi* (Casa de la Salud), en varias partes de la Sierra se han ejecutado programas de educación en la salud en el idioma quichua para mejorar los conocimientos de la salud reproductiva lográndose en Otavalo un incremento en el uso de contraceptivos modernos del 10% al 40%, y un decremento en las tasas de mortalidad infantil y materna (Hinrichsen 1999).

Observaciones finales

El sistema de la salud en el Ecuador se encuentra en una encrucijada. La doble carga de enfermedad impuesta por el traslape epidemiológico pone a la mayoría de los ecuatorianos en riesgo porque siguen expuestos a las enfermedades infecciosas y contagiosas, y a la presencia de barreras para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas y no transmisibles, como el caso del cáncer cuya incidencia y mortalidad presentan desafíos que solamente puede crecer en el futuro.

En primer lugar, es muy difícil interpretar los datos existentes. Las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con las diferentes formas de cáncer probablemente son subestimadas debido a los bajos niveles de detección y diagnóstico correcta. Especialmente entre los estratos pobres, es muy probable que no se diagnostique una alta proporción de casos. Aún cuando se detectan los casos de cáncer, las diversas barreras a los servicios de salud (económicas, culturales y logísticas), significan que se presentarán en una proporción más alta que lo esperado en las etapas avanzadas y agresivas de la enfermedad, lo cual resulta en tasas menores de lo esperado de supervivencia.

Los estudios realizados en los Estados Unidos demuestran que las barreras a los servicios de salud tienen ese efecto en la población latina de ese país (Aguirre-Molina, Molina y Zambrana 2001).

En los términos humanos, estas tendencias significan que entre los pobres en particular, los hombres y mujeres se enferman y mueren sin información sobre su condición y sin un acceso oportuno a los servicios de detección y tratamiento. Los tratamientos para muchas formas de cáncer son relativamente sencillos en sus etapas iniciales, pero en muchas de estas formas (incluyendo el cáncer de cerviz, colon-rectal y de la próstata) las etapas iniciales de la enfermedad no son sintomáticas. Se requiere programas más efectivos de detección especialmente porque en la medida de que la tendencia demográfica del envejecimiento sigue, las tasas de prevalencia tendrán que aumentar.

Los obstáculos principales al diseño y ejecución de programas efectivos de detección y tratamiento del cáncer son la pobreza y la desigualdad. La solución no reside solamente en el plano médico, sino en la transformación social en base a la participación amplia de todos los segmentos de la población. Afortunadamente, El Ecuador tiene una larga tradición de participación que es la base de una respuesta nacional y local a las fuerzas del traslape epidemiológico y la globalización.

Notas

- 1 Esta cita y otras fueron traducidas por el autor.
- 2 Sin embargo, Homedes (2003) concluye que la región fronteriza entre México y los Estados Unidos no ha beneficiado los flujos de información, conocimientos, o tecnología.

- 3 La Fundación Gates gastó US \$1.4 mil millones en programas de salud entre 2001 y 2002 (Lee, Walt y Haines 2004).
- 4 De hecho, el PNB del Ecuador equivale a menos de la décima parte de las ventas anuales de Wal-Mart, la empresa más grande del mundo.
- 5 La migración internacional es muy importante pero no se analiza el fenómeno en el presente documento (ver Kyle 2000).
- 6 Alker (1965:40-42) describe la metodología utilizada para calcular el coeficiente de Gini.

Bibliografía

- Acosta, A.
1997 "Un recuento de sus mitos: la globalización, el gran invento de nuestro tiempo". *Ecuador Debate* No. 40 (Abril).
- Aguilar, D. D; A.E. Lacsamana
2004 *Women and Globalization*. Amherst, NY: Humanity Books.
- Aguilar H.M; F. Abad-Franch; J. Racines; A. Paucar
1999 "Epidemiology of Chagas disease in Ecuador. A brief review." *Memorias del Instituto Oswaldo Cruz* 94 suppl 1:387-393.
- Aguirre-Molina, M; C.W. Molina; R.E. Zambrana (eds.)
2001 *Health Issues in the Latino Community*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alker, H.R.
1965 *Mathematics and Politics*. London: McMillan.
- Anselmi, M., Avanzini, J.F., Moreira J.M, Montalvo, G., Arman, D., Prandi, R., Marquez, M., Caicedo, C., Colombo, F., Tognoni, G.
2003 "Treatment and control of arterial hypertension in a rural community in Ecuador. *The Lancet* 361 (April 5):1186-87.
- Arrosi, S; R. Sankaranarayanan; D.M. Parkin
2003 "Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America". *Revista Salud Pública de México*.
- Bacallao, J.
2000 "Epidemiologic and demographic transition: a typology of Latin American and Caribbean Countries." en M. Peña y J. Bacallao (eds.), *Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Banco Mundial – World Bank-
1990 *World Development Report 1990: Poverty*. New York: Oxford University Press.
-
- 1993 *World Development Report 1993: Investing in Health*. York: Oxford University Press.
-
- 2003 a *World Development Report 2003: Sustainable Development in a Dynamic World*. New York: Oxford University Press y the World Bank.

-
- 2003 b *Health, nutrition, and population and the millennium development goals.* Washington, DC: The World Bank.
- Bhagwati, J.
2004 *In Defense of Globalization.* New York: Oxford University Press.
- Barber, B.R.
1995 *Jihad vs. McWorld.* New York: Times Books.
- Behm, H.
1980 "Economic and social determinants of mortality in Latin America." *Revista Cuhana Adm Salud.*
- Bocciolone, L; C. la Vecchia, F; Levi, F; Lucchini y S. Franceschi
1993 "Trends in uterine cancer mortality in the Americas, 1955-1988." *Gynecological Oncology.*
- Bonanno, A; L.Busch; W. Friedland; L. Gouveia; E. Mingione (eds.)
1994 *From Columbus to ConAgra: The Globalization of Agriculture and Food.* Lawrence: University of Kansas Press.
- Bradshaw Y.W; M. Wallace
1996 *Global Inequalities.* Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Braguinsky, J.
2002 "Prevalencia de obesidad en América Latina." *Ana. Del Sistema Sanitaria Navar.*
- Braveman, P.A.
2003 "Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 21 (3):191-192.
- Breilh J; A. Campana; P. Costales; E. Granda; R. Páez; J. Yépez
1990 *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud.* Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud/Corporación Editora Nacional.
- Broad, R. (ed.)
2000 *Global Backlash: Citizen Initiatives for a Just World Economy.* Lanham, Boulder, New York, y Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Buitrón, M; N. Velasco
1997 "Participative health diagnosis in Cotacachi" *Correo de Población y Salud* 5 (3):20-23.
- Carolina, M.S; L.F. Gustavo (sic)
2003 "Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico". *Social Science & Medicine* 57: 539-550.
- Carroll, Thomas F. (ed.)
2003 *Construyendo capacidades colectivas: fortalecimiento organizativo de las federaciones campesinas-indígenas en la Sierra ecuatoriana.* Quito: Soka University of America/World Bank Group Danish Trust Fund/PRODEPINE-/World Bank Fondo Sociedad Civil/Oxfam America/Heifer International.
- Casas-Zamora, J.A; D.R. Gwatkin
2002 "Las muchas dimensiones de la equidad en la salud". *Pan American Journal of Public Health* 11 (5/6): iii-iv.

- De Beyer, J; L.W. Brigden
2003 *Tobacco control policy: strategies, successes, and setbacks*. Washington, DC: The World Bank and Research for International Tobacco Control.
- Edelman, M.
1999 *Peasants Against Globalization: Rural Social Movements in Costa Rica*. Stanford: Stanford University Press.
- Evers, B. and M. Juárez
2001 *Understanding the links: globalization, health sector reform, gender and reproductive health*. Globalization Committee Reproductive Health Affinity Group. New York: Ford Foundation.
- Freeman, P., O. Gómez-Dantés y J. Frenk (eds.)
1995 *Health Systems in an Era of Globalization*. Washington, DC y México: Institute of Medicine USA and National Academy of Medicine Mexico
- Freire, W; H. Dirren; J.O. Mora; P. Arenales; E. Granda; J. Breilh; A. Campana; R. Páez; L. Darquea; E. Molina
1988 *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco Años-DANS*. Quito: Consejo Nacional de Desarrollo/Ministerio de Salud Pública.
- Freire, W; J. Bacallao; F. Carrasco
1991 *Desnutrición y Condiciones Socioeconómicas en el Ecuador*. Quito: Consejo Nacional de Desarrollo/UNICEF/ Pan American Health Organization-World Health Organization.
- Freire, A.X; S. Benitez; K. Briones; N.V. Freire
2003 "Duration of the diagnostic process for lung cancer versus other solid tumors at the National Oncology Institute of Ecuador." *Arch Bronconeumol*. 39 (4):167- 170.
- Friedman, T.
2000 *The Lexus and the olive Tree*. New York: Anchor Books.
- Gerlach, A.
2003 *Indians, oil, and politics: A recent history of Ecuador*. Wilmington, DE: SR Books.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria
2004 "Progress Report – 10 May 2004" www.globalfund.org
- González de la Rocha, M; E. Jelin; J. Perlman; R.R. Roberts; H. Safa; P.M. Ward
2004 "From the marginality of the 1960s to the 'new poverty' of today: a LARR research forum". *Latin American Research Review* 39 (1): 205-222.
- Guthmann, J.P.
1995 "Epidemic cholera in Latin America: spread and routes of transmission". *Journal of Tropical and Medical Hygiene* 98 (6):419-427.
- Healy, K.J.
2001 *Llamas, weavings, and organic chocolate: multicultural grassroots development in the Andes and Amazon of Bolivia*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

- Hentschel, J.; W.F. Waters
 2002 "Rural Poverty in Ecuador: Assessing Local Realities for the Development of Anti-Poverty Programs." *World Development* 30:1:33-47.
- Hinrichsen, D.
 1999 "Taking health to the high Sierra. Millennium Trailblazers 4: Jambi Hua-si." *People Planet* 8 (4): 21-22.
- Hurtig, A.K; M.J. San Sebastian
 2002 "Geographical differences in cancer incidence in the Amazon basin of Ecuador in relation to residence near oil fields." *International Journal of Epidemiology* 31 (5):1021-1027.
- Homedes, N y A. Ugalde
 2003 "Globalization at the United States-Mexico border." *American Journal of Public Health* 93 (12):2016-2022.
- Jacoby, E.
 2004 "The obesity epidemic in the Americas: making health choices the easiest choices." *Pan American Journal of Public Health* 15 (4):278-284.
- Krieger, N.
 2003 "Latin American social medicine: the quest for social justice and public health." *American Journal of Public Health* 93 (12):1989-1991.
- Kyle, D.
 2000 *Transnational peasants: migrations, networks, and ethnicity in Andean Ecuador*. Baltimore y London: The Johns Hopkins University Press.
- Labonte, R.
 2003 *Dying for trade: why globalization can be bad for our health*. Toronto: The CSJ Foundation for Research and Education.
- Larrea, C.
 2004 *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*. Quito: ILDIS-FES/Instituto de Estudios Ecuatorianos/FLACSO/ Abya Yala.
- Larrea, C. y W. Freire
 2002 "Social inequality and child malnutrition in four Andean countries." *Pan American Journal of Public Health* 11 (5/6): 356-364.
- Larrea, C; W. Freire; C. Lutter
 2001 *Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños Ecuatorianos*. Washington, D.C: Pan American Health Organization/Ministerio de Salud Pública.
- Lasprilla, E; J. Granda; C. Obando; E. Encalad; C. Lasprilla
 2001 "Health system inequality and poverty in Ecuador." En *Investment in health: social and economic returns*. Scientific and Technical Publication No. 582. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Lee, K; K. Buse; S. Fustukian (eds.)
 2002 *Health policy in a globalising world*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lee, K., G. Walt, y A. Haines
 2004 "The challenge to improve global health: financing the Millennium Development Goals." *JAMA* 294 (21):2636-38.

- Leon, D. y G. Walt (eds.)
2001 *Poverty, inequality and health: an international perspective*. London: Oxford University Press.
- Lloyd-Sherlock, P.
2000 *Healthcare reform & poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies.
- Marmot, M; R.G. Wilkinson
1999 *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Mítka, M.
2004 "Heart disease: a global health threat." *JAMA* 291 (21):2533.
- Navarro, V.
1998 "Comment: whose public health?" *American Journal of Public Health* 88 (5):742-743.
- Narváez Guzmán, R.
2002 *Inequidades en el estado de salud, acceso y uso de los servicios de salud. Bolivia: 1998*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
- Omran, A.R.
1971 "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49:509-538.
-
- 1996 *The Epidemiologic Transition in the Americas*. Washington: Pan American Health Organization.
-
- 2000 "The epidemiologic transition theory revisited thirty years later." *World Health Statistics Quarterly* 51, 2/3/4, 1998. Geneva: World Health Organization.
- Ortiz, P.
1997 *Globalización y conflictos socioambientales*. Quito: Programa bosques, árboles y comunidades rurales-FAO/Corporación para el Manejo Alternativo de Recursos, Ambiente y Conflictos/Centro Cultural Abya Yala.
- PAHO (Pan American Health Organization; Organización Panamericana de la Salud)
2002 *Health in the Americas*. 2 Vols. Scientific Publication No. 569. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Palast, Greg
2003 *The best democracy money can buy*. New York: Penguin Books.
- Peña, M; J. Bacallao (eds.)
2000 *Obesity and poverty: a new public health challenge*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Phillips, D.R. y Y. Verhasselt (eds.)
1994 *Health and development*. London y New York: Routledge.
- Pieterse, J.N.
2004 *Globalization & culture: global mélange*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

- Puertas, B. y M. Schlessner
2001 "Assessing community health among indigenous populations in Ecuador with a participatory approach: implications for health reform." *Journal of Community Health* 26 (2):133-147.
- Rapley, J.
2004 *Globalization and inequality: neoliberalism's downward spiral*. Boulder, CO: Lynn Rienner.
- Ravallion, M.
2004 *Competing concepts of inequality in the globalization debate*. World Bank Policy Research Working Paper 3243. Washington, DC: The World Bank.
- Ritzer, G.
2004 *McDonaldization of Society*. Revised New Century Edition. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Robertson, R.L; C.E. Castro; L.C. Gomez; G. Gwynne; C.L. Tinajero; D.K. Zschock
1991 "Primary health services in Ecuador: comparative costs, quality, and equity of care in Ministry of Health and rural social security facilities." *Social Science and Medicine* 32 (12):1327-1336.
- Rodríguez, A; G. Guamán; D.P. Nelson
1996 "Vitamin A status of children in five ecuadorian provinces." *Bulletin of the Pan American Health Organization* 30 (3):234-241.
- Rodríguez-García, R; J.A. Macinko; W.F. Waters
2001 *Microenterprise development for better health outcomes*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Roemer, M.I.
1998 "Comment: the globalization of public health." *American Journal of Public Health* 88 (5):744.
- Rostow, W.W.
1961 *The stages of growth: a non-communist manifesto*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sachs, J.
2002 "Weapons of mass salvation." *The Economist*. Oct. 24.
- Sassen, S.
1998 *Globalization and its discontents*. New York: The New Press.
- Sawyer, S.
1997 "The 1992 Indian mobilization in lowland Ecuador." *Latin American Perspectives* 24 (3): 65-82.
- Schaeffer, R.K.
1997 *Understanding Globalization: the Social, Consequences of Political, Economic, and Environmental Change*. Lanham, New York, Boulder, Oxford: Rowman & Littlefield.
- Schuldt, J.
1997 "Globalización o nueva división de trabajo." *Ecuador Debate* No. 40 (Abril): 59-71.

- Selverston-Scher, M.
2001 *Ethnopolitics in Ecuador: Indigenous rights and the strengthening of democracy*. Miami: North-South Center Press.
- Sen, A.
2000 "Por qué la equidad en salud?" *Pan American Journal of Public Health* 11 (5/6): 302-309.
- Smith, J. y H. Johnson
2002 *Globalization and Resistance: Transnational Dimensions of Social Movements*. Lanham, Boulder, New York, y Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Stiglitz, J.
2002 *Globalization and its Discontents*. New York: W.W. Norton & Company
- Stillwaggon, E.
1998 *Stunted lives, stagnant economies: poverty, disease, and underdevelopment*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Subedi, J. y E.B. Gallagher
1996 *Society, health, and disease: transcultural perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- The Economist
2001 *Pocket World in Figures 2004 Edition*. London: Profile Books.
- Thrupp, L.A., G. Bergeron y W.F. Waters
1995 *Bittersweet harvests for global supermarkets: challenges in Latin America's agricultural export boom*. Washington: World Resources Institute.
- Tulchin, J.S. y A.M. Garland (eds.)
2000 *Social development in Latin America: The politics of reform*. Boulder, CO: Lynne Reiner Publishers.
- UNDP -United Nations Development Programme- -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-
2003 *Human Development Report 2003*. New York y Oxford: Oxford University Press.
- UNFPA/PRB -United Nations Population Fund/Population Reference Bureau-
2003 *Country profiles for population and health: policy developments and indicators 2003*. New York y Washington: UNFPA/PRB.
- Wagstaff, A.
2002 "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud." *Pan American Journal of Public Health* 11 (5/6):316-326.
- Velasco, N.
1997 "Social participation and health promotion in Cotacachi: an experience in progress." *Correo de Población y Salud* 5 (4): 37-40.
- Waters, W.F.
1985 *Access to land and the form of production in the central ecuadorian highlands*. Unpublished. Ph.D. Dissertation, Cornell University.
-
- 1996 "The road of many returns: rural bases of the informal economy in Ecuador." *Latin American Perspectives* 24 (3): 50-64.

Weil, O; P. Berche

1992 "The cholera epidemic in Ecuador: towards an epidemic in Latin America. *Revue de Epidemiologie et Santé Publique* 40 (3): 145-155.

WHO - World Health Organization; Organización Mundial de la Salud-

1999 *World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva, WHO.

2004 World Mortality Database. <http://www-depdb.iarc.fr/who/menu.htm>.

Yach, D; D. Bettcher

1998a "The globalization of public health, I: threats and opportunities." *American Journal of Public Health* 88 (5):735-738.

1998b "The globalization of public health, II: the convergence of self interest and altruism." *American Journal of Public Health* 88 (5):738-741.

Yamada, S.

2003 "Latin American social medicine and global social medicine." *American Journal of Public Health* 93 (12):1994-1996.