

**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE  
SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR:  
UNA INTERPRETACION**

Dr. Edmundo Granda\*  
Dr. Jaime Breilh\*

El debate sobre la investigación de servicios en salud y sobre el impacto que éstos tienen en la salud de la población se ha acrecentado en las últimas décadas. Profundos cuestionamientos se han levantado alrededor de la eficacia de los mismos.

El pensamiento estatal que deposita en la eficiencia y cobertura de acciones de salud, la explicación de todos los progresos en el bienestar de los grupos sociales ha perdido su vigencia al tener que enfrentar importantes investigaciones que señalan una baja participación de la oferta potencial de servicios de salud frente a la variación de los índices de morbi-mortalidad con el efecto global de las condiciones sociales. Estudios de gran trascendencia como los de McKeown (1), Stewart, (2), Laurell (3), Delarue (4), Pharoah y Morris (5), Menendez (6), Franco (7) a nivel internacional, así como otros realizados a nivel nacional (8), (9), (10) constituyen importantes evidencias que obligan a buscar nuevos marcos interpretativos sobre esta problemática.

Todos estos estudios establecen con claridad que los servicios de salud no constituyen los únicos elementos para la acción de salud y que por el contrario su efecto aún llega a anularse frente al

peso determinante de las condiciones de reproducción social que experimentan las clases. Cuando por el contrario, la acción del servicio es parte de una transformación social a fondo, no restringida por condiciones económicas ni políticas ajenas a los intereses de la población beneficiaria, entonces más bien los efectos de los programas de salud se potencian.

Ante este planteamiento ha surgido alrededor de la práctica formal en salud un nuevo dilema ¿Cómo condicionar los servicios en función de las necesidades de los distintos grupos sociales?. La naturaleza homogénea de los programas de salud basados en planes de tipo descriptivo ha chocado con la pobre utilización de los mismos y con la imposibilidad de ejecutar cambios en las políticas de salud que permitan satisfacer esas necesidades.

La investigación en este campo, centrada en el análisis de la eficiencia y dirigida fundamentalmente al estudio del costo beneficio, ha dado paso a nuevos empeños para, por un lado comprender las determinantes de la oferta y demanda de acciones de salud, y solventar el creciente requerimiento de ampliar la cobertura en un momento en que el Estado soporta una aguda crisis fiscal que lo imposibilita mantener su esquema tradicional demos-

\* Profesores del Departamento de Salud Pública.

tradamente ineficaz. En medio de esta crisis ha surgido como hemos dicho en un trabajo anterior, (11) a comienzos de la década de los 70 posiciones de tipo "radical" que enfilan el mayor peso de su crítica hacia las instituciones del Estado responsables de la salud o hacia las universidades o gremios donde se forman u organizan los profesionales. Sin negar que el Estado en nuestro tipo de sociedades, es el gran mediador y coordinador de la denominación de clase y que siempre existe una capa de profesionales que se han insertado en el aparato voraz de lucro capitalista, sin embargo no se encuentra en estos sectores la raíz de la crisis de la salud. Este enfoque distorcionado que en la medicina cobró especial vigor con las tesis de desmedicalización y lucha anti-institucional de Ivan Ilich, tiene su más importante sustento teórico en la Fenomenología. Esa visión fenomenológica tan en boga en el pensamiento médico-social contemporáneo "... al reducir y confinar todos los acontecimientos sociales a la motivación, a la experiencia inmediata y al consenso de la comunidad lleva a negar la existencia de los fenómenos estructurales y a concentrarse en la experiencia cotidiana en la cual los individuos se encuentran e interactúan en términos de símbolos arbitrarios y significados convencionales" (12). Tras el aparente progresismo del acercamiento a esas expresiones de la cotidianidad popular, tras la crítica a las instituciones médicas se ubica una estrategia distractora frente a las causas esenciales de los problemas de la salud y de la producción y distribución de servicios que nacen incuestionablemente de los procesos estructurales.

La investigación de servicios de salud reclama por tanto un marco interpretativo más global que permita estudiar las determinaciones generales y particulares que delimitan la práctica en salud y comprender el modo como surgen las necesidades de salud en las poblaciones. Ese tipo de aproximación facilita la medicación de los procesos en su distinta jerarquía, superando en esta forma las limitaciones impuestas por el multicausalismo que concede una importancia homogénea a todos los fenómenos y por otro lado debe visualizar las determinaciones más generales que condicionan la vida cotidiana de los grupos sociales.

El interés de interpretar las relaciones de la necesidad poblacional con el comportamiento de los servicios, con el objeto de sugerir planteamientos alternativos, facilitado por el hecho histórico de que éste se ha convertido en un problema cardinal de las ciencias administrativas en salud, ha conducido al CEAS a incursionar en el campo de la investigación de servicios de salud, como parte de sus estudios epidemiológicos. Siendo la distribución de la salud-enfermedad el objeto fundamental de los estudios, que al mismo tiempo es punto de referencia para la evaluación de los servicios, los aportes que el centro ha considerado en el ámbito de los servicios de salud son todavía incipientes, pero de todas maneras, estos han permitido establecer bases para trabajos de mayor profundidad.

#### LINEAMIENTOS TEORICO CONCEPTUALES

El Centro de Estudios y Asesoría en Salud, tanto para sus investigaciones epidemiológicas, así como para sus estudios sobre servicios de salud, ha tomado la categoría **reproducción social** como eje interpretativo de la relación sociedad-salud. Dicho proceso reproductivo se da en dos planos de la realidad. En el ámbito general ocurre como proceso de reproducción de las condiciones generales de acumulación de capital y en el ámbito particular de las clases de la formación social se expresa en la manera especial de producir y consumir que realiza cada clase social. Constituye este último nivel del análisis un elemento interpretativo de enlace entre los hechos y cambios estructurales ocurridos en la sociedad y las consecuencias de salud-enfermedad de los individuos integrantes; es un nivel intermedio del estudio que explica el patrón de vida de la clase como base para interpretar los hallazgos empíricos de enfermedad o salud en los individuos que lo componen y el papel de los servicios como elemento integrante.

La reproducción social en su nivel particular permite por otro lado comprender la forma en que se origina la **demand**a de los servicios de salud por parte de la población. En cambio a nivel general representa un elemento de enlace para interpretar la manera en que se **distribuyen** en una sociedad concreta, las **condiciones de vida** de las distintas clases sociales, es decir, la **oferta de las mismas**.

mismos y los cambios en sus hábitos y costumbres.

Si bien las condiciones de trabajo y consumo son las determinantes fundamentales en el origen de las **necesidades mínimas** de demanda, éstas aparecen determinadas por fenómenos que se originan por fuera de la situación de trabajo—consumo de la clase. Estos determinantes se ubican a nivel general, responden a los requerimientos de reproducción de las relaciones generales de producción y se expresan en las modalidades de reproducción social de las clases. De acuerdo a la clase social a la que el sujeto pertenece, éste participa en forma diferente en la **distribución de las condiciones** de reproducción social, niveles de distribución que son, en la sociedad capitalista, producto de la contradicción entre el capital y el trabajo (como contradicción general más importante) modulado por la participación del estado en su interés de sancionar la relación de fuerzas establecidas coyunturalmente y representando siempre la dominación del capital pero desempeñando un papel activo en el desarrollo ulterior de esas relaciones de fuerza. Dicho en otra forma, las necesidades surgidas a nivel de las condiciones de trabajo de las clases se modifican bajo la influencia de fenómenos que no ocurren en el espacio restringido del trabajo sino que se originan a niveles superiores de la producción, de las relaciones sociales generales y a nivel del Estado.

Si es que se persigue establecer los términos reales de la demanda, no es suficiente establecer un diagnóstico descriptivo conformado por la simple medición de índices de enfermedad tal como ocurre en los capítulos correspondientes de los planes de salud convencionales. La medición de indicadores de salud sin lugar a dudas es un requisito importante, puesto que la condición de salud—enfermedad individual y el nivel de impacto en la reproducción biológica constituye en sí el origen de la demanda, pero la propia percepción del problema mórbido individual y la demanda del tratamiento está condicionada por la decisión que hace el individuo en función de su reproducción como sujeto social. En otras palabras, el hecho biológico por sí mismo no genera demanda.

## LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Los estudios sobre oferta de servicios de salud se han localizado fundamentalmente, como se había explicitado anteriormente, en el interés de buscar mayor eficiencia de los mismos o en trabajos puntuales dirigidos a superar los desfases que pudieran existir entre la oferta y la demanda. Si es que el objetivo fundamental es lograr la estructuración de servicios que siendo eficientes sean al mismo tiempo eficaces y efectivos, se debe no solamente comprender su funcionamiento sino que es necesario comprender cuáles son los determinantes en la producción y distribución de servicios y acciones de salud. Sólo así se puede hacer planteamientos alternativos para su estructuración que superen las simples medidas puntuales y de limitada utilidad.

En una sociedad de régimen empresarial atrasado y dependiente como la sociedad ecuatoriana, la distribución de servicios de salud responde a las leyes generales y particulares que determinan la distribución social de los recursos o condiciones que estructuran su perfil reproductivo en función al papel que cumple la clase dentro del proceso general de producción. Por lo tanto la distribución de recursos en una formación social concreta está determinada a nivel general por el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción y a nivel particular por la clase social beneficiaria.

La distribución de recursos en general y de servicios y acciones en salud en particular constituye la resultante del juego de distintas fuerzas que actúan contradictoriamente. Por un lado aparecen los requerimientos de la clase empresarial que busca la reproducción del trabajador como valor de uso para asegurar la acumulación del capital de su empresa. Es decir, el capital requiere que la fuerza de trabajo asalariada pueda encontrarse en adecuadas condiciones de salud para la producción. No es importante para el capital que el trabajador halle un nivel integral de salud, sino que encuentre una salud productiva. Los propietarios de las empresas fijan los niveles de gasto en salud de acuerdo a un óptimo económico definido por Compes como el punto de mínima suma de los gastos de salud y seguridad de los trabajadores con

La demanda y la oferta aún cuando son procesos que pueden ser separados con fines analíticos, constituyen una unidad, puesto que en cada momento histórico existe una correspondencia entre la organización formal de los servicios y las formas de demanda. Si bien la investigación puede descubrir contradicciones objetivas entre el tipo de oferta y la necesidad real de la población, esos dos polos contradictorios del problema coexisten muchas veces bajo la influencia alienante de la ideología de un sistema de salud de clases. Dicho de otro modo, la oferta y la demanda constituyen una unidad de contrarios, es decir, la contradicción de una oferta que responde a los intereses de los sectores hegemónicos y una necesidad objetiva de las mayorías que es parte de sus requerimientos de reproducción social. Dicha contradicción puede verse en algunos momentos atenuada por el efecto conciliador momentáneo de una ideología enajenante de lo que es la salud y el derecho a la salud.

Se abordará el análisis por separado de estos dos aspectos y luego se sintetizará la relación oferta—demanda mediante el análisis de ejemplos.

### LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

La demanda de servicios de salud constituye un primer problema que es abordado por la planificación clásica de salud en una forma limitada y unilateral. El diagnóstico descriptivo, primer paso de la planificación de salud convencional permite tan sólo una medición de los efectos o situaciones resultantes de la salud—enfermedad de las poblaciones y en ningún momento intenta comprender los procesos que determinan esos efectos. Ante ese conocimiento parcial se organiza la oferta considerando, implícitamente, que ésta condicionará la demanda.

A pesar de que la oferta, en cierta medida puede condicionar la demanda de servicios, sin embargo, no constituye el determinante fundamental ya que la demanda surge o se origina en la vida misma de las clases sociales. Comprender cómo se origina la necesidad de consumo de servicios de salud constituye entonces, el aspecto fundamental.

El intento de explicar esta problemática ha

llevado por lo general a planteamientos psico—culturales o antropologistas en donde ha primado la interpretación de que el individuo aislado y libre dotado de necesidades y motivaciones psicológicas es el que decide sobre su demanda y tan sólo la oferta debe asegurar su presencia para condicionar el poder de decisión del demandante. Es importante analizar que el individuo no se halla aislado sino que participa en un proceso social de producción en donde el sujeto social tiene que asegurar en primer lugar la reproducción de su fuerza de trabajo. De acuerdo a como se ubique en el aparato productivo aparecerán por tanto distintos tipos de necesidades, producto de su participación diferencial en procesos definidos de trabajo y consumo.

El planteamiento anterior traslada la discusión al campo de la dinámica trabajo—consumo de las clases sociales, ya que las formas de trabajo:

a) Condicionan las modalidades de desgaste (o consumo físico y psíquico) y consecuentemente las **necesidades** de reposo y consumo que repercuten sobre su propio ser, así como frente a su familia y similares;

b) Determinan la intensidad y frecuencia de exposición a los beneficios y riesgos del trabajo y su ambiente inmediato y consecuentemente sus **necesidades** de protección;

c) El producto de la venta de su fuerza de trabajo (e. g. salario) o la comercialización de productos excedentes etc., condicionan los límites mínimos de satisfacción de sus **necesidades**; y,

d) Determina las **necesidades** de trabajo familiar complementario (e. g. trabajo materno) lo cual delimita entre otras cosas la compatibilidad del horario de los padres con la crianza y cuidado de los niños.

Por otro lado la inserción en el aparato productivo y las formas de trabajo de las clases sociales que se expresan además en la organización del tiempo de trabajo, tiempo de reposición vital condicionan las **necesidades** y posibilidades del consumo de bienes culturales, la priorización de los

el monto de pérdidas de la empresa por enfermedad y accidentes. Más allá de ese punto, un incremento de los gastos en salud y seguridad ya no se ve compensado por la disminución de gastos por accidentes y ausentismo y significaría una disminución de rentabilidad de la empresa. En el caso de las trabajadoras mujeres el sistema de seguridad social asume la atención obstétrica, el cuidado pediátrico del niño sólo durante el primer año bajo esa misma lógica rentabilidad.

Además de la presión ejercida por la clase empresarial, aparece, en una fase inicial, la presión que ejerce el trabajador en la búsqueda de asegurar la posibilidad de conservar su fuerza de trabajo y reproducirla para poder venderla. En función a nivel de comprensión que tiene la clase trabajadora de la importancia de la salud para asegurar el valor de cambio de su fuerza de trabajo y en la medida en que esa presión se proyecte, en una segunda fase de su lucha por la salud, a la comprensión más científica del proceso salud-enfermedad, aquellos planteamientos se acercarán cada vez más a la consecución de servicios más acordes con las necesidades de salud.

Por último, en la distribución de servicios de salud interviene el Estado como sanción de esa relación de fuerzas establecidas coyunturalmente, representando siempre la dominación del capital. Esa sanción no siempre implica un respaldo directo al proceso acumulativo individual de las empresas, sino que puede expresarse como un esfuerzo para racionalizar el uso de la fuerza de trabajo con miras a factibilizar la reproducción global del régimen productivo, ya que el Estado no solamente tiene a su cargo la vigilancia y factibilización de la acumulación de capital sino que también está en obligación de crear las condiciones de armonía social necesarias. "Un Estado capitalista que utiliza abiertamente sus fuerzas coercitivas para ayudar a una clase a acumular capital a costa de otras clases, pierde su legitimidad y por tanto mina la base de su lealtad y apoyo. Pero un Estado que ignora la necesidad de ayudar al proceso de acumulación de capital se arriesga a agotar la fuente de su propio poder, la capacidad de producción de excedentes de la economía y los impuestos derivados de ese excedente" (13).

Las condiciones de reproducción social y los servicios y acciones de salud son distribuidos, por tanto, diferencialmente entre las distintas clases sociales. Aquellas clases indispensables para el proceso productivo hegemónico gozan de condiciones cuali-cuantitativas superiores a aquellas clases que no son esenciales, o no han sido integradas dentro del mismo. En esta forma es posible explicar las grandes contradicciones en la adjudicación de servicios de salud en el campo y en la ciudad, en los sectores asalariados y sub-asalariados.

En un régimen de producción empresarial atrasado como es la formación social ecuatoriana es fundamental asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo del obrero, de la burocracia administrativa y de la clase empresarial. Los servicios de seguridad social han cubierto en buena forma los dos primeros y los servicios privados se han distribuido alrededor de los terceros ante su posibilidad de compra de servicios en el mercado.

El nacimiento y desarrollo de los servicios de la seguridad social en el Ecuador ha sido la resultante de la presión ejercida por el capital, el trabajo y el Estado. Aquellas clases sociales que no juegan un papel importante en el sistema productivo no han recibido el apoyo del capital para la obtención de acciones de salud y tampoco éstas han tenido la fuerza organizativa y la conciencia suficientes para lograr la estructuración de servicios eficaces, sino tan sólo obtienen la cobertura por parte del Estado con acciones dirigidas principalmente a legitimizar su imagen y mantener la armonía social.

En función a la clase a la cual va dirigida los servicios, éstos se estructuran de forma diferente. Los servicios destinados a los grupos claves para el proceso de producción hegemónico buscan siempre la eficacia, ante la necesidad de disminuir el costo de no productividad por causa de enfermedad o accidente, así como implementan medidas preventivas y de rehabilitación con la misma finalidad. En cambio los servicios destinados a las clases no fundamentales para el proceso productivo no se preocupan de la eficacia sino su preocupación fundamental se halla en la eficiencia y cobertura. Dicho de otra forma los servicios para los trabaja-

dores buscan conservar el valor de uso de su fuerza de trabajo, en cambio los servicios para los subasalariados, trabajadores agrícolas, dependientes de clases populares, etc. que no se presentan en el mercado con un valor económico importante, se preocupan fundamentalmente en ratificar la persistencia del "derecho a salud" a través de la implementación de acciones baratas y de amplia cobertura.

Con el fin de lograr una comprensión más global, el CEAS ha realizado una clasificación de los servicios de salud de acuerdo a tres criterios interdependientes: económico, político e ideológico.

Desde el punto de vista económico se puede delimitar tres formas de práctica: a) La práctica mercantil simple dada en el contexto privado y que ejerce de modo artesanal; b) La práctica empresarial que se ejerce en el mismo ámbito privado y que involucra relaciones de capital invertido y trabajo asalariado; y, c) La práctica no mercantil o mercantil en apariencia que se efectúa desde el Estado, en que el personal cumple funciones inherentes a los objetivos estatales a cambio de una remuneración. En el caso, por ejemplo, de la atención materno-infantil la práctica empresarial y a las capas medias altas. Los servicios de carácter artesanal ofrecen una gama de posibilidades y se distribuyen de acuerdo a la capacidad de compra y ubicación geográfica de las distintas clases; y los servicios estatales no mercantiles se dirigen principalmente a brindar atención de sub-asalariados y capas medias bajas, (caso de los servicios del Ministerio de Salud), o adoptan bajo la forma de la seguridad social una organización de servicios de alta calidad para los sectores claves de las clases vinculadas a la producción y la burocracia.

Desde el punto de vista político los servicios de salud se clasifican en servicios formales, que incluyen todas las variantes anteriormente mencionadas, reconocidas por el Estado; y, una práctica no formal surgida históricamente en el seno de la colectividad que recién comienza a ser reconocida por el Estado como táctica de extensión de cobertura en etapa de crisis. Para el caso del mismo ejemplo antes mencionado, buena parte de las ac-

ciones de atención materno-infantil ocurren en el ámbito de atención no formal y es éste un punto que amerita analizar sus potencialidades reales y sus posibles usos deformados por las políticas estatales para disminuir los gastos sociales.

Desde el punto de vista ideológico o cultural, existe una práctica cotidiana basada en el saber común de la colectividad; una práctica que concentra y sistematiza la experiencia de la comunidad en largo tiempo, práctica empírica; y, una práctica profesional técnica que igualmente sistematiza dicha experiencia, pero constituyendo cuerpos teóricos explicativos, una metodología y elementos técnicos altamente depurados. La práctica científica es la expresión más evolucionada de esta última forma. En el campo de la atención materno-infantil se observa una tendencia hegemónica a desplazar el crecimiento conjunto y armónico de estas tres formas de saber intentándose tomar los niveles cotidiano y empírico como un recurso para disminuir el gasto y entregar a las mayorías poblacionales la responsabilidad de su propia atención de salud.

## RELACION OFERTA-DEMANDA

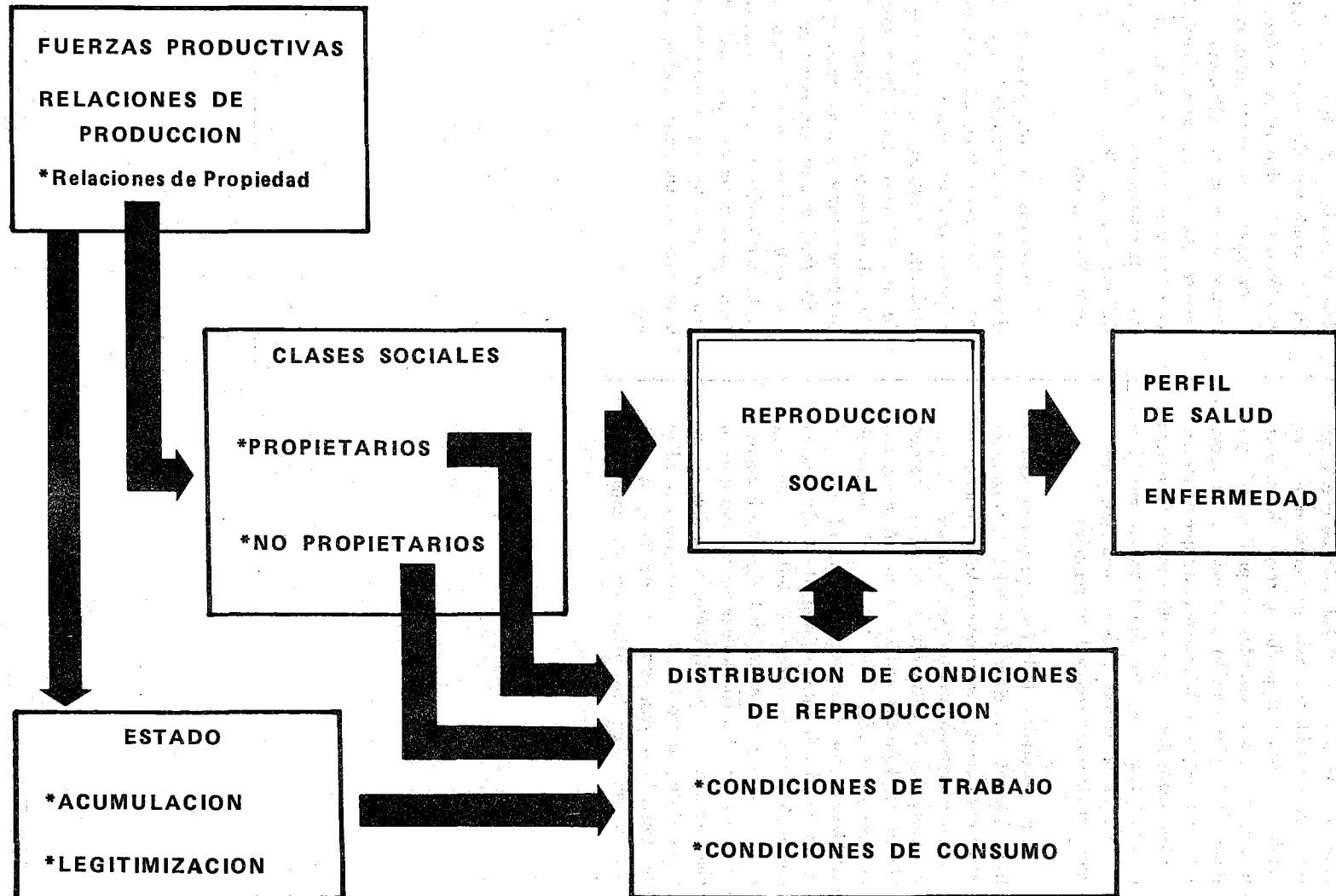
El siguiente gráfico apoya la comprensión de las determinantes del proceso oferta-demanda de servicios de salud.

### VER GRAFICO

Si la demanda de servicios de salud surge desde la propia vida de las clases sociales y responde a las condiciones de trabajo y consumo y en general a las formas de reproducción social de las distintas agrupaciones, la oferta debería visualizar fundamentalmente esas formas de reproducción con el fin de controlar los efectos negativos o potencializar los efectos positivos que allí se generan. Pero la oferta, restringida por los determinantes antes anotados, no dirige su mirada hacia este campo, razón por la que se produce una contradicción de difícil superación entre oferta y demanda en la sociedad ecuatoriana.

Los servicios de salud se presentarán más adecuados cuando éstos se estructuren en fun-

PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE LA SALUD-ENFERMEDAD  
Y DE LAS CONDICIONES DE REPRODUCCION SOCIAL



ción al sistema de necesidades de las clases, sistema de necesidades cada vez cambiante y ascendente. Esto será posible a través del conocimiento de esas necesidades y la participación popular en la planificación y manejo de las acciones de salud, ante la evidencia de que el interés de los demandantes expresado a través de formas de conciencia y organización adecuadas es el único que puede señalar opciones científicas y objetivas para la organización de los servicios.

Los resultados de la investigación de mortalidad infantil en la ciudad de Quito, (14) comienzan a corroborar la veracidad de las argumentaciones anteriormente expuestas. En primer término la incongruencia entre formas de oferta y situaciones de demanda real se manifestó al evaluar la mortalidad infantil en las áreas de influencia establecidas por el Ministerio de Salud Pública para los centros de salud urbanos. En todas ellas se encontró dentro del círculo de influencia de cada centro índices de mortalidad significativamente distintos para los conglomerados sociales que en ellas residen. Así por ejemplo, en el área de influencia del Centro No. 5 se encontró un índice de mortalidad post-neonatal de 21.1 por mil nacidos vivos en los habitantes de zona resi-

dencial media, y de 91.6, por mil nacidos vivos en los residentes de zonas de asentamiento espontáneo. Tal disparidad se hizo presente pese a considerar dos zonas urbanas que se hallan dentro del área de influencia y se encuentran equidistantes y con igual accesibilidad geográfica a la planta física del centro. En este mismo sitio de la ciudad se constató que el porcentaje de defunciones infantiles ocurridas en domicilio, fue del 71.9 por ciento.

En el caso de otra investigación del Centro de estudios y el Curso de Postgrado en Ginecología y Obstetricia (15), sobre determinantes de la epidemia de aborto que vive el país, se encontró mediante un estudio de casos y testigos efectuado en 2.700 pacientes de los hospitales de maternidad de la Provincia de Pichincha, índices de riesgo relativo mayores en las clases cuya reproducción social condicionaba una conducta anticonceptiva y además se identificó diferenciales significativos en las tendencias de aborto ocurridas en regiones socio-económicas distintas, todo lo cual habla una vez más de la profunda heterogeneidad de la demanda en las distintas clases sociales y regiones.



**BIBLIOGRAFIA**

1. MC KEOWN, T.: *The Role of Medicine*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
2. STEWART, G.: *Epidemiological Evaluation of Immunization and Other Factors in the Control of Whooping Cough*. *Lancet* 471-473, 1976.
3. LAURELL, C.: *Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de la Morbilidad de Dos Pueblos Mexicanos*. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84, 131-158, 1977.
4. DELARUE, F.: *Salud e Infección, Auge y Decadencia de las Vacunas*. México, Nueva Imagen, 1980.
5. PHAROAH, P., and MORRIS, J.: *Postneonatal Mortality—Epidemiologic Reviews*, 1:170-183, 1979.
6. MENENDEZ, E.: *Poder, Estratificación y Salud*, México, Edicions de la Casa Chata, 1981.
7. FRANCO, S.: *El Paludismo en América Latina*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1981.
8. INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES MEDICO-SOCIALES. *Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural*. Quito, Ministerio de Salud Pública.
9. MOLINA, E. y PERALTA, H.: *Enfermedad Diarréica Aguda en una Ciudad de Desarrollo Urbanístico Inicial*. Quinto Curso de Postgrado en Investigación y Administración, 1982.
10. CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD. *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito, Ediciones CEAS, 1983.
11. BREILH, J. y GRANDA, E.: *Acumulación Económica y Salud—Enfermedad: La Morbimortalidad en la Era del Petróleo en Ecuador*. *Salud y Trabajo*, 2:2-29.
12. GARCIA, J.: *Consideraciones sobre el Marco Teórico de la Educación Médica*. Ponencia Oficial de la XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, 1982.
13. O'CONNOR, J.: *Estado y Capitalismo en la Sociedad Norteamericana*. Argentina, Ediciones Periferia, 1974.
14. CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD. *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito, Ediciones CEAS, 1983.
15. CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD y CURSO DE POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. *Determinantes Estructurales del Aborto Hospitalario*. Quito, Informe de Investigación, 1981.