

ECUADOR **Debate**

CONSEJO EDITORIAL

José Sánchez-Parga, Alberto Acosta, José Laso Ribadeneira, Simón Espinosa, Diego Cornejo Menacho, Manuel Chiriboga, Fredy Rivera, Jaime Borja Torres, Marco Romero.

DIRECTOR

Francisco Rhon Dávila
Director Ejecutivo CAAP

EDITOR

Juan Carlos Ribadeneira

ECUADOR DEBATE

Es una publicación periódica del Centro Andino de Acción Popular CAAP, que aparece tres veces al año. La información que se publica es canalizada por los miembros del Consejo Editorial. Las opiniones y comentarios expresados en nuestras páginas son de exclusiva responsabilidad de quien los suscribe y no, necesariamente, de ECUADOR DEBATE.

SUSCRIPCIONES

Valor anual, tres números:

EXTERIOR: US \$ 18

ECUADOR: S/. 13.000

EJEMPLAR SUELTO: EXTERIOR US \$ 6

EJEMPLAR SUELTO: ECUADOR S/. 4.500

ECUADOR DEBATE

Apartado Aéreo 17-15-00173-B Quito, Ecuador
Redacción: Diego Martín de Utreras 733 y Selva Alegre, Quito.
Se autoriza la reproducción total y parcial de nuestra información, siempre y cuando se cite expresamente como fuente a ECUADOR DEBATE.

PORTADA

Magenta Diseño Gráfico



RITEN
3941

5300

ECUADOR DEBATE

29

Quito-Ecuador, agosto de 1993

EDITORIAL

COYUNTURA

El proceso y las perspectivas de la coyuntura a mediados de 1993: inventario y recomendaciones. Coyuntura Internacional / 8-52
Equipo Coyuntura CAAP

TEMA CENTRAL

La recesión / 54-56

Mauricio Pozo C.

Los corrosivos fermentos de la recesión mundial / 57-64

Michel Chossudovsky

Ajuste, recesión y economía popular en los países andinos: los efectos lexicográfico y de disociación / 65-81

Jürgen Schuldt

Recesión y salario real en el Ecuador, 1980-1993 / 82-90

Milton Maya

Recesión y educación: ¿Hay salidas posibles? / 91-105

Carlos Paladines

Situación de salud y ajuste / 106-115

José H. Sola V.

Programa de estabilización, reformas estructurales y recesión en el Perú / 116-128

Humberto Campodónico

LIBROS / 129-132

DEBATE AGRARIO

Globalización de la economía y campesinado serrano. Análisis en tres dimensiones / 134-147

Roberto Santana

Crédito y financiamiento rural / 148-158

Grace Santos

ANALISIS

<<¡Me cago en la lógica del Mercado!>> / 160-167

Alain Touraine

Más allá de un psicoanálisis etnocentrista / 169-174

Marie-Astrid Dupret

CRITICA BIBLIOGRAFICA

Crudo Amazónico / 175-179

Antonio Brack Egg

BIBLIOTECA



FLACSO
Ecuador

SITUACION DE SALUD Y AJUSTE

Dr. José H. Sola V. (*)

En el actual contexto de crisis económica, al decir de la Federación Médica Ecuatoriana, la realidad sanitaria surge como una señal de máxima alarma, apenas atenuada por pocas acciones de compensación que arrojan la duda de ser persistentes.

Si bien es cierto que los indicadores sanitarios que se han mantenido o mejorado hasta los '80, estos sufren una constante amenaza por parte de los indicadores económicos, "... quedando cada vez menos protegidos de consecuencias inevitables que van desde la caída de las defensas inmunológicas populares hasta el colapso del actual sistema sanitario público".¹

En los últimos 30 años, el Ecuador redujo significativamente sus índices básicos de morbilidad y mortalidad, pero a finales de los ochenta e inicios de la presente década, dichas tendencias empezaron a estancarse e iniciaron un proceso de reversión.

La presencia de tasas elevadas de enfermedades tropicales, entre ellas el

cólera, el dengue y la malaria, el repunte de algunas infecto-contagiosas como la Tuberculosis, niveles elevados de desnutrición, en todos los casos por carencia primaria de alimentos, vivienda y saneamiento, nos recuerdan que dependen de problemas sociales igualmente crónicos.

Pero a estas enfermedades típicas de la pobreza, hay que añadir la existencia de tasas altas de enfermedades cerebro vasculares, tumores, infarto de miocardio, enfermedades crónico-degenerativas, que son también causa importante de mortalidad, junto con los problemas de salud mental, accidentes y violencia y que se signan como propias de los países desarrollados.

Dicho de otra forma, son los

(*) Médico Coordinador del Programa de Salud CAAP-CELCO

¹ Federación Médica Ecuatoriana: "Las Condiciones socio-sanitarias del Ecuador en la Crisis". Documento de Discusión. Quito, 1.992.

pobres los que sufren más los dos tipos de patologías. Por lo tanto, son los pobres, rurales y urbanos, los que suelen requerir más servicios, tanto preventivos simples (fomento y protección) como curativos complejos (de ambulatorio a hospitalario de especialidad), de ahí entonces que es inexacto suponer que estos últimos son servicios principalmente para ricos.

Y es preciso apuntar este hecho, dado que el Banco Mundial si bien reconoce esa notable reducción de la morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo, frente a ello advierte que el “aumento en los ingresos”, el envejecimiento de la población y la urbanización creciente, incrementan la demanda por servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, por lo que propone una reforma en el financiamiento de los servicios de salud, a partir de la imposición de costos a los usuarios.

Pero como los “usuarios” no ven incrementar sus ingresos, gran parte de la población urbano-marginal y campesina difícilmente accede a servicios de salud; de plasmarse las recomendaciones planteadas, el deterioro de la salud se agudizará, afectándose por tanto de manera negativa los indicadores de morbi-mortalidad.

Frente a este panorama de suyo desalentador, el componente preventivo y de fomento se lo percibe como permanentemente relegado, pues al decir de los gremios médicos del país, predomina un modelo médico hegemónico empresarial y excluyente, con una fuerte tendencia a la privatización, fortalecida en

dirección a la curación y la individualización de los problemas, que aspira a la más alta tecnificación, justificándose ello en el franco deterioro e inercia del sector público en salud.

Es por ello, que en las actuales circunstancias, la salud pública tiene pocas posibilidades de competir en la solución social de los problemas sanitarios. En un esquema de esta naturaleza la participación comunitaria es constantemente relegada, puesto que su valía solamente se verifica cuando la prevención es la principal estrategia para mejorar las condiciones de salud.

En este aspecto el problema reviste visos de gravedad, dado que si la participación popular y comunitaria no alterna o complementa el quehacer preventivo oficial, su actividad puede enrumbarse a la automedicación, y justificar la desprotección estatal y la desatención formal, por lo que sus respuestas defensivas a la larga agudizan su exclusión socio-económica.

El impacto de los ajustes en el sector salud.-

Desde inicios de los ochenta, las políticas de estabilización y ajuste dictadas para enfrentar la crisis económica, tanto para combatir y controlar la inflación, cuanto para efectuar cambios en la estructura económica que posibiliten la reducción del déficit fiscal y la reactivación del crecimiento económico, sin duda han traído consecuencias en el sector Salud.

El sector salud ha sufrido cons-

tantes recortes en sus gasto corriente, en el afán de equilibrar el presupuesto público y disminuir el déficit fiscal; a estas medidas se han sumado constantes revisiones selectivas de los proyectos de inversión pública en el sector.

Las variaciones presupuestarias para la salud se exponen en el siguiente cuadro donde se demuestra la disminución del gasto en respecto del Presupuesto General del Estado.

AÑO	% DEL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO PARA SALUD
1980	6.99%
1985	10.10%
1990	7.73%
1991	8.06%
1992	6.36%
1993	4.35%

Fuente: Registro Oficial de Proforma Presupuestaria 91-92 CONADE.
MSP. Informes Anuales

A partir de 1991 se da una reducción sustancial en la participación del sector salud en el Presupuesto General del Estado. De esos rubros asignados el gasto corriente predomina sobre el gasto de inversión, así en 1992 el gasto corriente es el 88.09% del total del presupuesto del sector y en 1993 es el 94.40%, lo que reduce a un mínimo la inversión.

A esto se debe sumar que la tasa de crecimiento del sector del 91 al 93 marca cifras negativas. Entre 1991-1992 hubo un decrecimiento del 19.82%, y entre el 92 y 93 un decrecimiento del 38.23%.

Es decir la crisis financiera del sector salud suma una menor partici-

pación del Presupuesto General del Estado, y esos montos tienen una baja capacidad adquisitiva, lo que conduce a una limitada capacidad operativa y de inversión que se traduce en una presencia irregular y poco efectiva en la solución de los problemas socio-sanitarios.

En particular preocupa el limitado crecimiento de la cobertura de los servicios de saneamiento ambiental, pues de los 1.672 proyectos que a nivel nacional ejecuta el IEOS, el 64.4% se encuentran concluidos o con avances superiores al 80%, mientras que el 35.6% se encuentran inconclusos o paralizados. Hay pocos proyectos, y estos son ejecutados irregularmente, lo que conduce a que

gran parte de la población, especialmente urbano-marginal y campesina no dispon-

ga de este tipo de servicios, tal como se puede comprobar en el siguiente cuadro:

COBERTURAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL BASICO POR AREA (1980-1990) -PORCENTAJE % DE POBLACION ATENDIDA-

SERVICIO	1980	1988	1989	1990
AGUA POTABLE	47.6	50.8	52.2	54.5
URBANO	79.0	62.1	60.9	63.3
RURAL	19.8	36.9	41.7	43.6
ALCANTARILLADO	30.5	29.9	29.7	30.3
URBANO	59.9	44.6	43.2	43.8
RURAL	4.4	12.8	13.3	13.6
LETRINAS	15.4	16.9	17.5	18.0
URBANO	13.3	13.0	12.5	12.5
RURAL	12.2	21.5	23.5	20.9

Fuente: IEOS-MSP.

Se puede concluir diciendo que los servicios de saneamiento ambiental con su cobertura favorecen sólo a una fracción de la población, preferentemente urbana, y su ritmo de crecimiento ni de lejos se aproxima al ritmo de crecimiento poblacional, lo que es muy evidente en estos últimos 5 años.

Pero no solo se evidencian problemas en el MSP, sino que también el IESS sufre los efectos del ajuste, que lo quiere encaminar hacia la privatización, particularmente de sus actividades médico recuperativas, área en la que se constata que su infraestructura deja de

crecer, con lo que consecuentemente hay una congestión de sus instalaciones.

Por lo expresado se puede resumir que la crisis del sistema actual de salud se expresa de manera importante en la crisis de servicios. En todas sus áreas se detectan problemas: en el suministro de medicamentos, en su creciente burocratización, en sus sistemas de información que no solventan las necesidades del sector, etc.

La Federación Médica Ecuatoriana reconoce que esta grave crisis de los servicios también parte de problemas en la organización del trabajo y de las

condiciones en que se desenvuelve el mismo. Pues si bien la estrategia oficial es incrementar la productividad de los servicios, no se ofrecen las bases necesarias a las instituciones y personal para poder satisfacer esas metas. De manera perenne existe movilización por parte de los trabajadores organizados del sector, demandando condiciones mínimas para mejorar la calidad de los servicios; sin embargo las soluciones siempre son transitorias e insuficientes.

En este marco, los nuevos programas previstos al amparo del FAS-BASE, como el de salud familiar por ejemplo, no dejan de suscitar duda respecto a su eficacia y eficiencia. Pues reconociéndose que se tratan de intentos innovadores, los gremios de la salud concuerdan en que si no se adoptan los mecanismos adecuados, pueden significar solamente un incremento de la presencia institucional y hacer poco por la solución real de los problemas.

Redundando en las explicaciones de la crisis del sector salud el CONADE acusa el deterioro del MSP al mantenimiento de programas verticales, a la prestación de servicios predominantemente curativos, a la desconexión de la política de planificación nacional y programación local, a la baja cobertura de atención médica, a la inaccesibilidad y desconfianza de la población, a la inadecuada organización estructural, gerencial y funcional, a más de detectarse una marcada inestabilidad por los innumerables conflictos de trabajadores y paros de profesionales.

Según el mismo CONADE el

sistema sanitario y de prestaciones médicas tiene marcadas deficiencias porque hay una ausencia o insuficiencia de mecanismos de coordinación entre las principales instituciones del sector (MSP, IESS, FFAA, sector privado), a esto hay que agregar una mala administración de los recursos existentes así como una concentración de servicios en los estratos urbanos medios y una falta de priorización de los grupos poblacionales de alta exposición y riesgo a la enfermedad.

Las deficiencias del sistema sanitario también se expresan en las inadecuadas prácticas nutricionales e insuficiente seguridad alimentaria a nivel intrafamiliar, en la falta de información y programas de educación nutricional y de control/atención a la madre y al niño. Por último se encuentra una descoordinación entre programas e instituciones que realizan acciones de nutrición y un déficit en la cuantía del personal paramédico intermedio.

Este estado crítico de la salud mantiene una relación causal directa con el modelo de desarrollo económico y social imperante en el país, que en las últimas décadas se ha caracterizado por el desplazamiento poblacional y su concentración en ciudades, lo que ha significado también un crecimiento polarizado de la infraestructura y los servicios que ha beneficiado primordialmente a los cantones de mayor desarrollo productivo y urbanístico, y dentro de las ciudades a los sectores sociales medios y altos, que a la vez concentran a los profesionales médicos, prevaleciendo en

conjunto la atención hospitalaria sobre la ambulatoria; tanto es así que solo el 23% del personal del MSP trabaja en unidades ambulatoria, nivel donde se solventa algo más del 80% de las consultas ².

A partir de este somero diagnóstico del sector salud, es preciso debatir las propuestas neoliberales.

Las políticas neoliberales

Los lineamientos de estabilización y ajuste, nacidos de las políticas del neo-liberalismo para la salud, considerando su estado crítico antes analizado, contemplan primordialmente las siguientes dimensiones ³.

a. Dimensión económica: consiste en sumar a los recortes presupuestarios del gasto en todos sus componentes, las imposiciones de costos a los usuarios, sea en forma de tasas, cuotas, contratos o seguros complementarios. La condición es que se restringe la cobertura al núcleo de la enfermedad, quedando los aspectos preventivos y de promoción reducidos o simplemente afuera.

b. Dimensión sanitaria: es claro que este componente busca centrar los objetivos a la enfermedad, limitando con ello las acciones preventivas y de pro-

moción, e incluso condicionarlas.

Esto supone que se pretende consolidar la mentalidad positivista del personal sanitario en su desempeño, formación e investigación; asimismo, se espera reforzar la faceta tecnocrática y autoritaria del ejercicio médico y de la relación entre el sistema sanitario y la población.

Operando de esta manera, se afecta el sistema de referencia y contra-referencia, puesto que se interrumpe la tendencia integradora entre las funciones primarias y las hospitalarias, reforzándose además, como se apuntó anteriormente, la subordinación y obstaculización de la participación de la población en la gestión del sistema, sobretodo en el nivel primario, exacerbando su marginación.

c. Dimensión socio-cultural: se pretende argumentar una imagen por la que, la enfermedad es un problema individual, exonerando con ello de culpa a la estructura socio-económica, la misma que considera una constante ajena al proceso de salud/enfermedad.

Queda claro que con medidas de esta naturaleza se pretende desmantelar el concepto de seguridad social, basado en la redistribución equitativa y la solidaridad. Sin este principio básico se quiere poner en vigencia, sea un sistema

² CAAP: Alternativas Locales de Salud y Ajuste Económico. Doc. Interno. Quito, 1992.

Suárez, José et. al: La situación de la Salud en el Ecuador 1962-1985. (NIMNS-MSP/OPS). Quito, 1987.

³ World Bank: "Financing. Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform". The World Bank, Washington D.C. 1989.

Banco Mundial (John Akin, Nancy Birdsall y David de Fersanti): "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma. Mesa Redonda, Departamento de Población, Salud y Nutrición. Washington D.C. 1987.

nacional de salud, o un seguro obligatorio de enfermedad.

El problema nutricional:

Para la fecha, en las comunidades indígenas de la sierra se ha ponderado que la ingesta diaria de calorías es de 1.680 calorías, donde las proteínas suman 30.2 gramos ⁴, valores que están muy por debajo de las recomendaciones (2.300 calorías y 62 gramos proteínas/día/percápita), constatándose con esto la reiteración en la vigencia de una dieta hipoproteica e hipocalórica.

Pero esta alta prevalencia de desnutrición no solo depende de un consumo inadecuado de nutrientes esenciales por escasa disponibilidad de los mismos a nivel familiar, sino también de otros factores que integran un síndrome de privación social.

El estudio DANS, resume estos factores en: inadecuadas prácticas alimentarias e insuficiente seguridad alimentaria a nivel intrafamiliar, inadecuado cuidado infantil, producción insuficiente e inadecuada distribución de los alimentos; a estas causas directas se agregan otros factores que agudizan el problema como la insuficiente y deficitaria acción de los servicios de salud, al igual que el déficit marcado en la infraestructura sanitaria (agua, eliminación

de excretas y basura) particularmente entre la población rural y urbano-marginal.

A la luz de esto podemos decir que se establece una acción recíproca entre la desnutrición y las infecciones que influyen directamente sobre el estado de salud de los individuos y de las colectividades.

La alta incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas entre los menores de 5 años (EDA, IRA) constituye uno de los factores de incremento de la desnutrición en este grupo de edad, en razón de las alteraciones biológicas y fisiológicas que producen.

La desnutrición provoca una disminución de la resistencia natural, que predispone a las infecciones, éstas a su vez generan una absorción deficiente que lleva a la desnutrición, fomentándose un círculo vicioso que termina en la muerte.⁵

Esto permite entender que la mortalidad infantil tiene como causas fundamentales a las enfermedades infecciosas, por lo general sobre una base de desnutrición muy generalizada entre la población infantil.

En 1990 la Tasa de Mortalidad Infantil es de 39.5 por cada mil nacidos vivos, mayor a la de 1989, donde el valor era de 33.7 o/oo.⁶ Según el CEPAR, el 50% de las muertes de los niños menores de un año son debidas a la in-

⁴ Valoración del Estado Nutricional de la Población Pre-Escolar y Escolar en Comunidades Indígenas de la Sierra. CELCO. Mayo de 1993.

⁵ Srcimshaw, WNS; Taylor C.E; Gordon, J.E: "Interactions of Nutrition and Infections", Monograph Series 57, WHO. Geneve 1968.

⁶ INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, 1990.

teracción entre desnutrición con IRA y EDA⁷.

Para el caso de la sierra el valor de la Tasa de Mortalidad Infantil es de 46.70/00, lo que argumenta en favor de una situación de mayor gravedad en esta región, donde provincias como Cotopaxi (68.30/00) y Chimborazo (55.70/00) con una importante población indígena marcan tasas tan altas como en la década de los '60.

Podríamos resumir diciendo que estas tasas elevadas de Mortalidad Infantil, que al parecer se están nuevamente incrementando a partir de 1989, tienen una correlación directa con la mala calidad de las prestaciones médicas, y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de desnutrición, que se explica por lo deficitario de la infraestructura de servicios básicos (agua, alcantarillado) y por la escasa disponibilidad de nutrientes a nivel individual, familiar y colectivo.

Por estudios realizados sobre el estado nutricional entre la población pre-escolar y escolar de comunidades indígenas de las provincias de Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar y Chimborazo, en febrero de 1993, se desprende que los niveles de desnutrición entre la población infantil se han incrementando sustancialmente.

Los estudios se realizaron entre niños de 5 a 14 años que asisten a guarderías y escuelas en las que el Programa de Educación Sanitaria para la

Vigilancia y Control del Cólera en Comunidades Indígenas de la Sierra, ejecutado por el Comité de Emergencia de Lucha contra el Cólera -CELCO⁸ cumple sus actividades.

Las valoraciones del estado nutricional se realizaron siguiendo las recomendaciones y estándares de la OPS y MSP-CONADE. Las mediciones antropométricas fueron hechas en los mismos centros educativos. Se consideró como indicador principal la prevalencia de **desnutrición crónica**, puesto que esta forma de desnutrición que se expresa en la deficiencia de talla es el resultado o la suma de carencias acumuladas a nivel individual de alimentos formadores, es decir, la desnutrición crónica expresa o demuestra a nivel individual y colectivo una historia donde la ingesta de proteínas es insuficiente.

Los resultados del estudio arrojan que la prevalencia total de desnutrición es del 68.2%, cuyos atributos se presenta en el siguiente cuadro:

Según los datos de desnutrición crónica en la Encuesta DANS de 1985, se ve que en la Sierra dispersa los valores para ese año eran de 66.6% del total de la población menor de 5 años. Si comparamos con los datos del estudio del CELCO, confirmamos este tipo de deterioro y consolidación de la desnutrición crónica entre la población pre-escolar y escolar. Su incremento revela un constante deterioro de las condiciones alimentarias de la población rural de la sierra.

⁷ CEPAR. Endemian/89.

⁸ Comité creado en Mayo/91 por CAAP, CESA, FEPP, CEDEP y ECLOF para enfrentar la epidemia de Cólera, en sus áreas de influencia.

CATEGORIAS DE DESNUTRICION CRONICA POR PROVINCIA *

Niños de 5 a 14 años

PROVINCIA	CATEGORIAS								POBLACION	
	GRAVE		MODERADA		LEVE		NORMAL			
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
BOLIVAR	276	37.4	218	29.6	157	21.3	86	11.7	737	100.0
COTOPAXI	513	32.8	503	32.1	340	21.7	209	13.4	1,565	100.0
CHIMBORAZO	117	30.0	144	36.9	102	26.2	27	6.9	390	100.0
IMBABURA	414	51.0	234	28.9	116	14.3	47	5.8	811	100.0
PICHINCHA	728	32.2	754	33.3	539	23.8	242	10.7	2,263	100.0
TUNGURAHUA	247	34.1	279	38.5	148	20.4	50	6.9	724	100.0
TOTAL	2,295	35.4	2,132	32.9	1,402	21.6	661	10.2	6,490	100.0

Fuente: Areas de Trabajo de CELCO
Febrero de 1993

A este grave problema la desnutrición crónica que, como se anotó, expresa una carencia sostenida de alimentos formadores, hay que añadir una carencia actual de nutrientes energéticos, que da como resultado niveles igualmente altos de desnutrición global (bajo peso para la talla). Esto tiene su razón

de ser por cuanto los niños campesinos, que ingieren diariamente una dieta hipocalórica o hipoproteica, se integran precozmente al trabajo productivo por lo que, los pocos nutrientes que disponen se gastan en esas labores y no en ganar masa corporal.

Estos datos permiten afirmar que

* Para establecer la prevalencia de desnutrición, se consideró el punto de corte de -2 desviaciones estándar. Es decir se considera a un niño como desnutrido cuando su puntaje Z está por debajo de 2, y se lo considera como normal en caso contrario.

Además de esta calificación, se estimó también una categorización del retardo de la talla (o desnutrición crónica) de la siguiente forma:

Retardo grave si $Z < -3$

Retardo moderado si $-3 \leq Z < -2$

Retardo leve si $-2 \leq Z < -1$

Normal si $Z \geq -1$

Donde Z representa las desviaciones estándar.

la población pobre del país, en particular el sector campesino de la sierra, ve de manera progresiva incrementar sus niveles de desnutrición, como consecuencia directa de sus bajos ingresos que no le permiten disponer para el consumo diario los nutrientes requeridos, además, estos niveles críticos de desnutrición se construyen en un factor altamente predisponente o condicionante para una alta prevalencia de enfermedades infeccio-

sas, que como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, son la causa de la mayoría de las muertes entre la población infantil. La tendencia encontrada en este estudio es que la prevalencia de desnutrición se incrementa en la misma proporción que la pobreza, y con ello el riesgo de enfermar y morir también se eleva, tal como se puede apreciar con la reactivación de la Tasa de Mortalidad Infantil a partir de 1990.

NUEVA SOCIEDAD

No. 124

Marzo-Abril de 1993

COYUNTURA: Venezuela 1989-1994. Cambios, elecciones y balas, **Joaquín Marta Sosa**, Tedios, desafíos y sorpresas, **Carlos Toranzo Roca**, **Bolivia**. La gran derrota de Lacalle, **Guillermo Waksman**, **Uruguay**. La caída de Collor, **Carlos Eduardo Carvalho**, **Brasil**. **APORTES:** Democracia, modernización y cambio social en México, **Rodolfo Stavenhagen**. ¿Adiós al bipartidismo imperfecto? Elecciones y partidos provinciales en la Argentina, **Fabían Echegaray**. Guzmán y Sendero. Después de la caída, **Carlos Iván Degregori**. **TEMA CENTRAL:** Mujer y trabajo, **María Berenice Godinho Delgado**, **Nilde Balcao**. El mundo del trabajo rural, **Emilio Klein**. El sector informal urbano. Estrategias de vida e identidad, **Eliana Chávez O'Brien**. Innovación tecnológica, organización del trabajo y relaciones industriales en el Brasil, **Marcia de Paula Leite**. Reestructuración del mercado laboral y estrategia sindical, **Julio Godio**. Nuevo sindicalismo, viejos problemas. La concertación en Chile, **Eugenio Díaz Corvalán**. La crisis de representación de los sindicatos. Del esencialismo de clase a la función comunicativa, **Ana María Catalano**. El sindicalismo internacional en movimiento. Nuevos panoramas, **Gustavo Blanco D.** La relación ciencia-sindicatos. Temas prácticos, técnicos y críticos, **Eduardo Rojas**. Rasgos estructurales y tendencias regionales de los sindicatos asiáticos, **Arnold Wehmhorner**. **POSICIONES:** La diplomacia de la coca, **Jaime Paz Zamora**. **LIBROS.**