

ESPACE URBAIN ET SANTÉ PUBLIQUE
L'HISTOIRE SOCIALE ET POLITIQUE
DU SYSTÈME DE SOINS À QUITO,
ENTRE CARTE ET RÉCIT

Anne-Claire Defossez *

Didier Fassin **

Henry Godard ***

Résumé

La spatialisation des données relatives au système de soins de Quito depuis l'époque coloniale jusqu'à la période actuelle permet de mettre en évidence, à travers une série de cartes commentées à l'aide de documents historiques, des phénomènes que révèle également l'analyse de la localisation d'autres services et équipements dans la ville : ségrégation sociale à la fois au niveau de l'espace urbain, des structures hospitalières, et à l'intérieur même des institutions ; processus parallèles de médicalisation et de laïcisation d'un appareil sanitaire qui se spécialise de plus en plus ; affirmation d'un pouvoir étatique, au demeurant fragile, aux dépens des prérogatives municipales. En raison de sa simplicité d'exécution et de sa lisibilité, la cartographie du système de soins nous semble être un indicateur pertinent et aisément transposable du fonctionnement urbain.

Mots clés : *Urbanisation, santé publique, géographie de la santé, système de soins, ségrégation spatiale, histoire des institutions, État, Quito, Équateur.*

Resumen

ESPACIO URBANO Y SALUD PÚBLICA - Historia social y política del sistema de atención en Quito

La espacialización de los datos relativos al sistema de salud en Quito desde la época colonial hasta la actualidad nos permite, a través de una serie de mapas comentados gracias a documentos históricos, aclarar fenómenos que se observan también, estudiando otras funciones urbanas : segregación social, tanto a nivel del espacio urbano como de las estructuras hospitalarias y dentro de las mismas instituciones; procesos paralelos de medicalización y de laicización de un aparato sanitario siempre más especializado; afirmación del poder del Estado

* Institut Santé et Développement, Université Paris VI.

** Institut Français d'Études Andines, A.P. 17 11 06596, Quito.

*** Mission ORSTOM, A.P. 17 11 06596, Quito.

central, no obstante frágil, a costa de las prerrogativas municipales. Debido a su realización relativamente sencilla y a su legibilidad, la cartografía del sistema de salud nos parece ser un indicador pertinente del funcionamiento urbano que puede ser fácilmente traspuesto a otras ciudades.

Palabras claves: Urbanización, salud pública, geografía de la salud, sistema de salud, segregación espacial, historia de las instituciones, Estado, Quito, Ecuador.

Abstract

URBAN SPACE AND PUBLIC HEALTH - Social and political history of the health care system in Quito

Spatialization of data concerning Quito health care system since the colonial period until the present time brings to the fore, through a series of maps which are commented with historical documents, phenomena similar to what has been observed for other urban functions: social segregation in the urban space, the health structures, and even inside the institutions; parallel processes of medicalization and secularization of a system which becomes more and more specialized; extension of State power, which remains fragile, at the expense of the Municipalities. Because of its relatively simple realization and of its legibility, the cartography of the health care system seems an easily transposable indicator of urban functioning.

Key words: Urbanization, public health, geography of health, health care system, spatial segregation, history of the institutions, State, Quito, Ecuador.

Les travaux historiques portant sur les systèmes de soins en négligent volontiers la dimension spatiale. C'est pourtant à travers la spatialisation des données que certaines informations prennent toute leur signification sociale et politique. À cet égard, la carte, dans la mesure où elle donne une visibilité particulière à des phénomènes qui passeraient sinon inaperçus, constitue un instrument efficace de déchiffrement et de questionnement de la réalité. Cependant, elle laisse dans l'ombre des aspects que seul le récit, celui de l'historien, peut restituer et expliquer. C'est ce dialogue entre carte et récit que nous avons essayé d'établir à partir de l'analyse du système de soins de Quito depuis les débuts de la Colonie jusqu'à l'époque actuelle.

La cartographie, dont les difficultés méthodologiques seront largement discutées, nous est apparue comme un outil d'un emploi relativement aisé permettant la lecture rapide de l'évolution d'un appareil sanitaire dans un espace urbain. D'ailleurs, les phénomènes mis en évidence, s'ils prennent un sens spécifique dans le cas de la santé publique (1), n'en ont pas moins une grande généralité: les mécanismes de ségrégation spatiale par exemple se manifestent de manière presque identique lorsque l'on étudie l'histoire et l'évolution de la localisation géographique

(1) Lorsque nous parlons de "santé publique", nous nous référons à la santé des populations, selon l'usage le plus fréquent. En revanche, lorsque nous utilisons les expressions "institutions publiques" ou "établissements publics", c'est pour les distinguer des structures du secteur privé.

d'autres services publics ou privés au sein de l'espace urbain. C'est pourquoi nous pensons que la cartographie du système de soins, au-delà des informations spécifiques qu'elle peut nous livrer sur la santé publique, peut être considérée de manière plus générale comme un indicateur du fonctionnement urbain, c'est-à-dire comme un révélateur reproductible dans d'autres lieux et pour d'autres thématiques.

Nous intéressant au développement parallèle de l'espace urbain et du réseau hospitalier, nous traiterons initialement des questions méthodologiques, avant d'aborder le système de soins sous l'angle des phénomènes de ségrégation spatiale, des transformations au sein des institutions et enfin des enjeux de pouvoir.

1. LES CHOIX CARTOGRAPHIQUES, LES SOURCES ET LEURS LIMITES

1.1. La représentation cartographique: à la recherche de l'homogénéité

Les cartes qui illustrent cet article et appuient la progression thématique de ses axes directeurs devaient nécessairement rassembler des données zonales (extensions successives de l'aire urbanisée) et ponctuelles (localisation des hôpitaux et cliniques et représentation du nombre de lits disponibles); les données linéaires (axes de circulation principaux) permettent le repérage des établissements.

Afin de rendre compte de l'évolution tant quantitative que qualitative du réseau hospitalier (2), il était indispensable de cartographier le système de soins à des dates précises. Les années retenues correspondent à des événements politiques et économiques qui permettent d'expliquer, du moins partiellement, les raisons des profondes transformations qui ont affecté depuis un siècle le réseau des établissements. Toutefois, il faut souligner que si la représentation cartographique répond à une chronologie pertinente, cette coïncidence entre les dates et les événements est souvent fortuite puisqu'il nous fallait réunir quasi simultanément les données suivantes: tracé de la limite urbaine, localisation et nombre de lits des établissements et population de la capitale. Nous avons donc procédé par élimination: certains plans peu fiables n'ont pas été retenus, d'autres ont été écartés en raison de l'absence d'informations hospitalières ou de données relatives à la population. Les années 1888, 1921, 1956, 1971 et 1987 ont donc été sélectionnées en fonction de l'homogénéité des informations nécessaires à la cartographie.

1.2. Le tracé des enveloppes urbaines successives: un travail méticuleux de report sur le plan de 1982

Les plans et les couvertures aériennes suivants ont été utilisés pour tracer les limites urbaines:

- Plano de la Ciudad de Quito con el plano de todas sus casas por J. Gualberto Pérez, 1/3 000, 1888 (réduction du plan de J. Gualberto Pérez au 1/1 000 conservé à la Mairie de Quito);

(2) Lorsque nous employons le terme "hospitalier", nous incluons les hôpitaux et les cliniques (ne sont donc pas prises en compte ici les structures de soins qui ne comportent pas d'hospitalisation: dispensaires, centres de santé et cabinets de consultation qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des soins ambulatoires). En effet, ces établissements, essentiellement publics dans le cas des hôpitaux et privés dans le cas des cliniques, se caractérisent par la possibilité d'hospitalisation. La différenciation entre les deux types d'établissements est fonction de leur taille: les hôpitaux disposent généralement d'un nombre de lits supérieur à celui des cliniques.

- *Plano de la Ciudad de Quito para los trabajadores del censo*, 1/8 000 (échelle approximative), 1921 ;

- *Instituto Geográfico Militar*, couverture aérienne, 1/10 000, mai 1956 ;

- *Instituto Geográfico Militar*, couverture aérienne, 1/20 000, juillet 1971 ;

- *Instituto Geográfico Militar*, couverture aérienne, 1/20 000, février 1983 (cette limite a été actualisée en 1987 par les services de la Municipalité de Quito) (3) ;

- SPOT, image satellite, canal panchromatique, 1/30 000, juin 1986 (actualisation en 1987).

Les limites urbaines successives ont été reportées sur le plan élaboré au 1/10 000 par l'*Instituto Nacional de Estadística y Censos* (INEC) pour les besoins du recensement de 1982 (4). Les plans de 1888 et 1921 ont été retenus en raison de leur lisibilité, de leur type de représentation (ont été écartées les figurations symboliques et en perspective) et de leur fiabilité. Certains plans sur lesquels sont tracés les lotissements et le réseau de voies d'accès projetés n'ont pas été retenus puisqu'ils déforment la réalité de l'espace urbain ; c'est le cas du plan de 1922, publié à l'occasion de la commémoration de la bataille du Pichincha. En 1888, la capitale couvre une superficie limitée (5) ; l'ensemble des bâtiments publics et privés est donc dessiné sur le plan. La limite de l'aire urbanisée a été tracée en appliquant le critère suivant : tout édifice est inclus au sein de l'espace urbain s'il est situé à moins de 200 m d'un bâtiment déjà intégré au périmètre urbain. En 1921, l'aire urbanisée

(3) Cette limite a systématiquement été reportée sur les cartes. En effet, elle est utilisée à des fins de sectorisation par la Municipalité et elle sert de référence à de nombreuses institutions. Elle sera remplacée en 1990 par une limite plus actualisée qui est définie dans le *Reglamento Urbano de Quito* (RUQ).

(4) Ce plan est utilisé comme référence pour l'élaboration de l'Atlas Informatisé de Quito (AIQ), programme de recherche scientifique auquel participent les institutions suivantes : l'*Instituto Geográfico Militar* (IGM), l'*Ilustre Municipio de Quito* (IMQ), l'*Instituto Panamericano de Geografía e Historia* (IPGH) et l'Institut de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).

Les tracés des limites urbaines et des axes principaux ont été reportés pour les besoins du programme AIQ par H. R. Godard (ORSTOM) et J. Vega (IGM) sur le plan INEC. Ils ont été digitalisés sur une table Benson et intégrés à la base de données élaborée sur une station de travail Sun. Les sorties cartographiques, issues d'un traceur électromécanique Benson ont été "scannées", simplifiées et retravaillées sur un Macintosh.

(5) Evolution de l'aire urbanisée et de la population (1760 à 1987)

	1760	1888	1921	1946	1956	1971	1983	1987
Aire urbanisée (ha)	252	315	815	1 815	3 337	5 203	11 303	13 864
Taux de croissance annuelle (%)	---	0,2	2,9	3,3	6,3	3,0	6,7	5,2
Population	25 000	39 600	80 700	209 932	355 200	599 828	866 472	1 120 991 (*)
Année	(1780)	(1886)	(1921)	(1950)	(1962)	(1974)	(1982)	(1987)
Taux de croissance annuelle (%)	---	0,4	2,1	3,4	4,5	4,5	3,1	6,7

(*) La population de la capitale en 1987 regroupe 1 057 488 habitants (taux de croissance annuelle entre 1982 et 1987 de 5,1 %) si l'on exclut la périphérie (Dureau, 1989 : 34).

- Les aires urbanisées ont été mesurées avec un planimètre électronique (trois mesures successives).

- Sources : - *Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica* (CEDIG), *El Espacio Urbano en el Ecuador*, Geografía Básica del Ecuador, volume III, IGM/IPGH/ORSTOM, Quito : 138 (compilation de diverses sources).

- INEC, *Censo de Población*, Quito, 1950, 1962, 1974, 1982.

- Dureau, 1989 : 34.

a été définie en fonction du tracé des rues ; en effet, l'accroissement de la superficie occupée rendait impossible le dessin des bâtiments sur un plan dont les finalités n'étaient pas cadastrales.

A partir de 1956, les limites urbaines ont été tracées sur les photographies aériennes et sur l'image satellite puis reportées sur le plan INEC ; la voirie a servi de référence pour définir les limites de l'aire urbanisée de la façon la plus précise possible. Le critère des 200 m a été respecté à l'exception d'un secteur où la limite a dû être arbitrairement interrompue en 1983 et 1987 afin que la surface occupée ne soit pas artificiellement surestimée. Le tracé de la limite de 1987 a été reporté sur le support cartographique de base de 1982 en raison de sa désactualisation (extension de certains quartiers, apparition de nouvelles zones urbaines, souvent "périphériques", entre 1982 et 1987...).

1.3. La représentation des données hospitalières : un travail d'archives et de confrontation des diverses sources

Il n'a pas été aisé de recueillir des données fiables et quasi exhaustives, de la fondation de Quito à 1987 ; or, elles étaient indispensables, tant pour étayer l'article par des données quantitatives que pour représenter cartographiquement l'évolution du réseau des établissements de santé. Nous avons dû résoudre le problème inhérent à la compilation des informations disponibles. Celui-ci peut être décomposé en deux "niveaux" emboîtés : le premier, d'ordre général, relatif à la difficulté de disposer de données fiables, quelle que soit la thématique développée ; le second, beaucoup plus spécifique, lié à la nécessité de rassembler les informations indispensables à l'analyse évolutive du réseau hospitalier.

1.3.1. La compilation des sources : les problèmes généraux

Toute recherche doit surmonter une série d'obstacles qui ne sont pas une singularité équatorienne mais qui sont fréquents en Amérique latine et dans les pays du tiers monde en général : rareté des archives qui ont souvent disparu ou ont été détruites, dispersion des sources, absence de centralisation thématique des informations, manque de coordination entre les différentes institutions publiques ou privées qui entreprennent des travaux parallèles, incohérence des informations recueillies, classification parfois discutable des données, modification des formulaires et des questionnaires lors de deux enquêtes successives, ce qui ne facilite pas les analyses comparatives. Il est donc indispensable d'effectuer un contrôle et un recoupement des différentes sources pour prétendre à l'exhaustivité et à la validité des informations.

1.3.2. La thématique hospitalière : la multiplicité des sources

D'une part, un certain nombre de données quantitatives étaient nécessaires à la cartographie des établissements : date de création, localisation des implantations successives, évolution du nombre de lits. D'autre part, des informations

complémentaires — nombre de journées d'hospitalisation, nombre de patients... — devaient être rassemblées pour appuyer l'analyse. Hormis la localisation des établissements, la plupart des données quantitatives n'ont pu être obtenues qu'à partir de 1956 ou 1971.

De la fondation de Quito à la fin des années cinquante, deux types de sources ont été utilisés. Des ouvrages de référence généraux desquels ont été extraites les données quantitatives et qualitatives (6); les auteurs qui insistent sur l'histoire événementielle de la médecine équatorienne ne mettent que rarement en valeur les aspects synthétiques et analytiques. La nomenclature des plans de Quito a permis de localiser précisément les établissements et de recouper ces sources et celles issues des ouvrages (7).

De la fin des années cinquante à 1987, trois types de sources ont permis d'obtenir les données de base nécessaires : les documents internes et les annuaires statistiques produits par les institutions publiques ont été utilisés pour établir les cartes relatives aux établissements de santé (8); la nomenclature des cartes établies par l'IGM a permis de croiser et de vérifier les données issues des ouvrages élaborés par les différentes administrations publiques (9); l'annuaire téléphonique de 1987 a servi d'outil complémentaire de contrôle des sources précédemment citées (10).

(6) - Samaniego, 1957. Cet ouvrage présente une chronologie de la fondation de Quito au début des années cinquante (date de création, localisation, changement d'affectation des établissements... ; nouvelles techniques médicales et date de leur implantation en Équateur, etc.).

- Paredes Borja, 1963, Volume I : 483 p. ; volume II : 544 p. Cet ouvrage, très complet, brosse un panorama historique et évolutif de la médecine équatorienne depuis l'époque pré-incaïque jusqu'à la fin des années cinquante. Il faut souligner que les données qualitatives pour le vingtième siècle sont relativement rares.

- Junta Central de Asistencia Pública, 1950. Il s'agit d'un document administratif relatif aux structures publiques.

(7) - *Plano de la Ciudad de Quito...*, 1/3 000, 1888.

- *Plano de la Ciudad de Quito publicado por orden del Intendente General Sr. Don Antonio Gil para uso del Cuerpo de Policía*, 1/6 000, 1914.

- *Plano de la Ciudad de Quito levantado por orden del Sr. General Don Rafael Almeida S., Jefe del EMG y obsequiado al Ilustre Concejo Municipal de Quito en homenaje al Centenario de la Batalla de Pichincha*, 1/5 000, 1922.

- Instituto Geográfico Militar, Empresa de Teléfonos Automáticos, Quito, 1/10 000, 1949.

(8) - Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), 1988.

Ces données ont été mises à la disposition du programme AIQ, puis vérifiées par des techniciens de la Direction de la Planification de l'IMQ en 1989.

- INEC, 1971, 1983, 1987.

- Ministerio de Salud Pública (MSP); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), 1990, 342 p.

(9) - IGM, Quito, 1/10 000, 1965.

- IGM, 1922-1972 Quito Edición Conmemorativa del Sesquicentenario de la Batalla de Pichincha, 1/15 000, 1972.

- IGM, Quito Plano de Sectorización, 1/10 000, 1975.

- IGM, Ciudad de Quito Plano de Nomenclatura - Sectorización y Distritos, 1/15 000, 1983.

(10) Instituto Ecuatoriano de Telecomunicaciones (IETEL), Guía Telefónica, OFFSETEC S. A., Quito, 1987.

1.3.3. La validité des sources : l'exhaustivité comme base de l'analyse hospitalière

Les données relatives au système public sont exhaustives, mais nous ne disposons d'informations quantitatives qu'à partir de 1956.

Les données concernant le réseau privé sont fiables et quasi exhaustives malgré les problèmes que nous avons dû surmonter. Sur la carte de 1921, il est possible que nous n'ayons pas représenté la totalité des cliniques. En effet, la nomenclature des plans historiques de Quito et les histoires du système de soins peuvent être incomplètes, essentiellement pour les établissements de petite taille (11). Sur les cartes de 1956 et 1971, une sous-estimation des cliniques est également possible puisque l'INEC ne prend en compte que les institutions qui lui ont envoyé leurs statistiques ; cependant, un travail de vérification téléphonique a réduit au minimum les éventuelles lacunes. De plus, à partir de 1965, la rubrique "cliniques" disparaît des plans établis par l'IGM et aucun ouvrage de chronologie médicale n'a été publié depuis 1963. Si les données de l'IEOS nous permettent de connaître l'année de création des cliniques fonctionnant en 1987, nous sommes dans l'incapacité d'affirmer que nous disposons de la totalité des établissements ; en effet, certains ont disparu et d'autres ont vu leur nom ou leur localisation changer entre la fin des années cinquante et 1987. Sur la carte de 1987, le recoupement des différentes sources (IEOS ; MSP/UNICEF/ILDIS ; INEC ; annuaire téléphonique) permet de prétendre à l'exhaustivité, malgré la crainte du fisc qui a pu entraîner la sous-déclaration du nombre de lits disponibles (12).

Les quatre cartes qui ont ainsi été élaborées à partir des sources disponibles mettent en évidence les tendances historiques de la croissance spatiale de la capitale et soulignent les processus ségrégatifs qui affectent l'espace urbain. La figure 5 est une carte de localisation et de sectorisation.

2. VERS UNE AGGRAVATION DE LA SÉGRÉGATION SPATIALE

Dès ses débuts, le système de soins de Quito est marqué du sceau de la discrimination sociale. Parmi les premières lois promulguées par la Couronne d'Espagne pour l'administration des terres annexées en Amérique figurent celles relatives à la prise en charge de la santé des nouveaux sujets de Leurs Majestés : "on construira des hôpitaux pour accueillir et soigner les pauvres, chrétiens comme indiens" (13). Mais aussitôt, il est précisé — et cela figure par exemple dans l'acte de fondation du premier hôpital de Quito en 1565 — qu'il faut séparer les Indiens

(11) Nous nous sommes déjà heurtés à ce problème lorsque nous avons travaillé sur d'autres thématiques qui devaient intégrer la composante historique (évolution du réseau bancaire, de la localisation des agences de voyages...).

(12) Après de nombreux appels téléphoniques, nous avons écartés les cliniques dentaires et odontologiques qui, malgré leur dénomination ne sont pas des centres d'hospitalisation, et la plupart des centres médicaux qui ne sont que des établissements regroupant des médecins généralistes et des spécialistes travaillant à temps partiel dans ces immeubles dont tous les étages où quelques uns sont occupés par cabinets médicaux.

(13) Instrucción donnée par Isabelle La Caholique, cité dans Paredes Borja (1963 : 200) auquel on pourra se référer pour l'ensemble de la médecine en Équateur.

des Espagnols, et les hommes des femmes. En 1566 est même fondé par l'évêque de Quito un établissement, propriété du clergé, destiné uniquement aux Indiens.

D'après une Ordonnance royale, il fallait réserver un espace pour la construction d'un hôpital, lors de la délimitation de la ville et de l'affectation des terrains. A l'origine, l'Hôpital de la *Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo* se trouvait donc inclus dans le périmètre de Quito, mais en bordure des terres attribuées aux espagnols et jouxtant le cimetière des pauvres (les espagnols de condition étaient enterrés en un lieu plus central, à l'emplacement de l'actuelle cathédrale). Le processus de ségrégation était ainsi déjà à l'oeuvre.

Jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, il n'y a pas d'autre structure publique de soins. Un médecin toutefois est nommé en 1597 par la Municipalité pour soigner les pauvres et en 1610 est ouverte la première pharmacie. En 1785 et 1786 sont fondés l'Hospice des pauvres et l'Hôpital *San Lázaro*, annexé à l'Hospice, destinés aux malades chroniques et aliénés, et comprenant un lazaret pour les lépreux : les deux institutions sont construites à l'extrémité sud de la ville coloniale, encore une fois sur ses marges.

A la fin du dix-neuvième siècle, le système de soins de Quito n'a guère évolué sur le plan quantitatif (figure 1). Il comprend les trois mêmes structures, d'isolement plutôt que de soins, dans lesquelles sont regroupés ceux que lie une même pauvreté, une même exclusion sociale. Quant aux classes aisées, elles ont recours aux médecins privés qui les visitent à domicile. Pendant plus de trois siècles, les mécanismes ségrégatifs sont donc constitutifs de l'appareil institutionnel, puisque seules les catégories défavorisées l'utilisent.

Au début du vingtième siècle, l'hôpital se transforme sous l'effet des développements de la médecine, à la fois comme corpus de connaissances et comme corps professionnel. De lieu réservé aux pauvres et aux exclus de la société qu'elle était, l'institution de soins devient un recours pour tous. Mais cette évolution ne gomme pas la ségrégation face au système de soins. Ce sont en fait ses modalités qui se transforment : dans l'espace urbain — les implantations de structures nouvelles se font vers le nord de la ville au détriment du sud, plus peuplé — et sur le plan institutionnel — le secteur privé qui s'adresse à une clientèle aisée connaît une croissance accélérée, alors qu'au sein même du secteur public, la discrimination se renforce par l'existence de plusieurs tarifs et donc de soins de qualité différente.

A l'échelle de la ville et du siècle, un premier phénomène apparaît clairement lorsqu'on spatialisé les structures sanitaires : le centre de gravité du système de soins se déplace de la ville coloniale vers le nord, c'est-à-dire à la fois vers les quartiers résidentiels et vers les centres de décision et d'affaires (figures 1 à 4). Cette progression spatiale des fonctions résidentielles, financières (banques), de décision (sièges sociaux d'entreprises), de vente (commerces de luxe, supermarchés), mais aussi de services tels que la santé vers le nord de la ville, s'explique en grande partie par le fait que la Municipalité de Quito, propriétaire de grandes étendues de terrain au nord, est en mesure d'imposer une politique de développement urbain favorisant la tertiarisation de cette zone et lui donnant sa morphologie particulière. De plus, la vente des terrains permet de dégager les fonds nécessaires à l'aménagement et à la viabilisation de ce secteur (voirie, assainissement, parcs de loisirs, etc.), ce qui a son

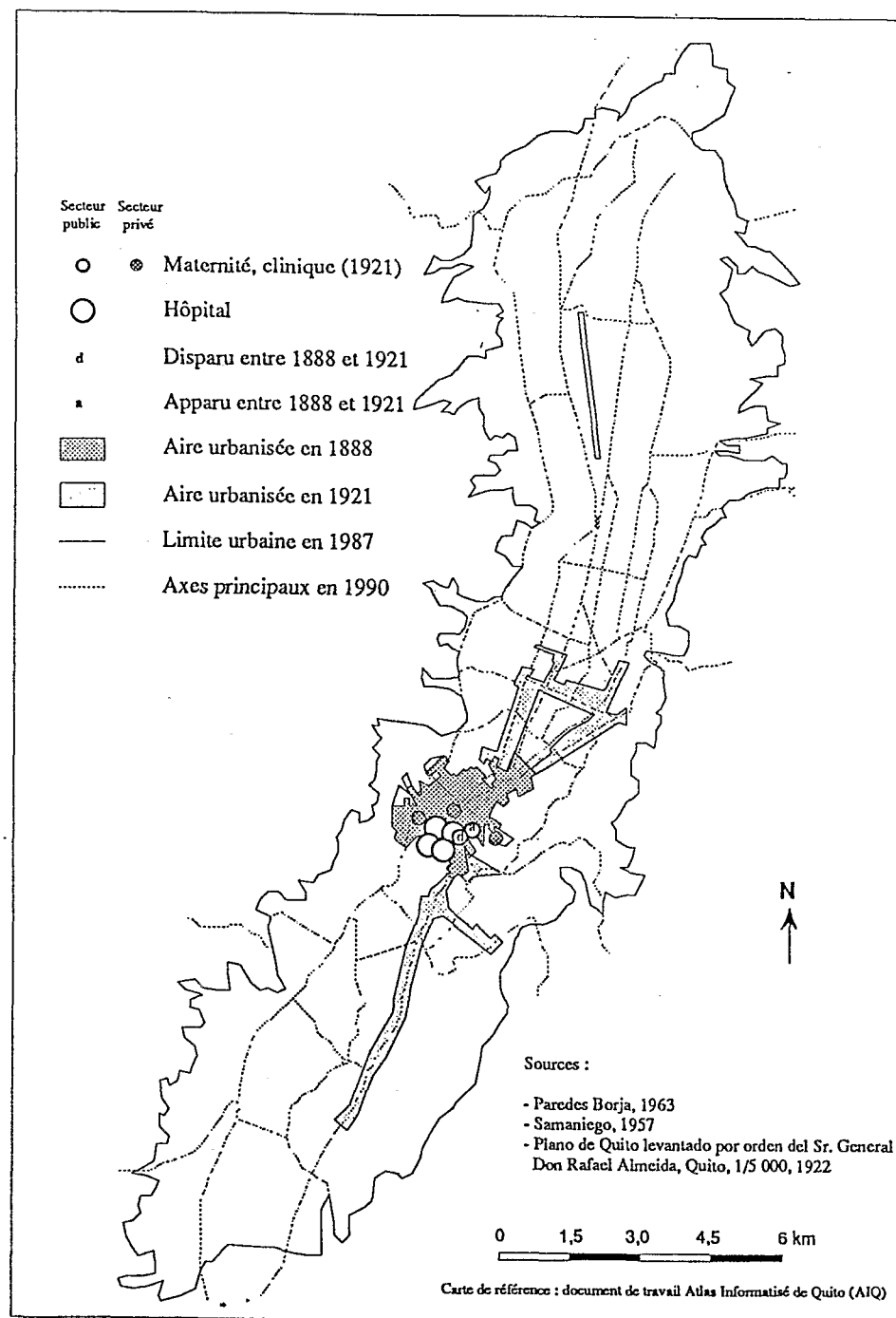


Fig. 1.- Le réseau public et privé d'hôpitaux et de cliniques à Quito en 1888 et 1921.

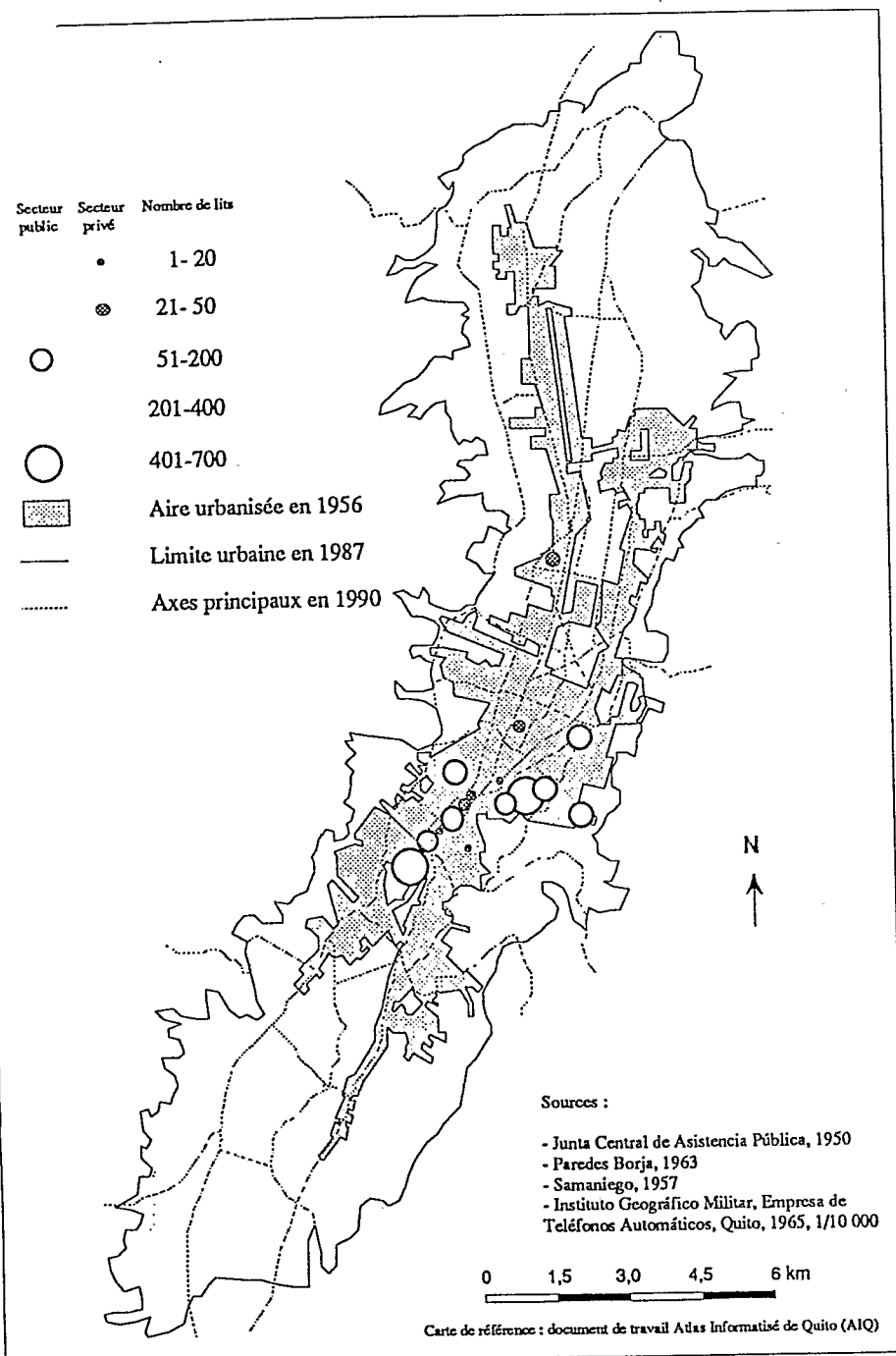


Fig. 2.- Le réseau public et privé d'hôpitaux et de cliniques à Quito en 1956.

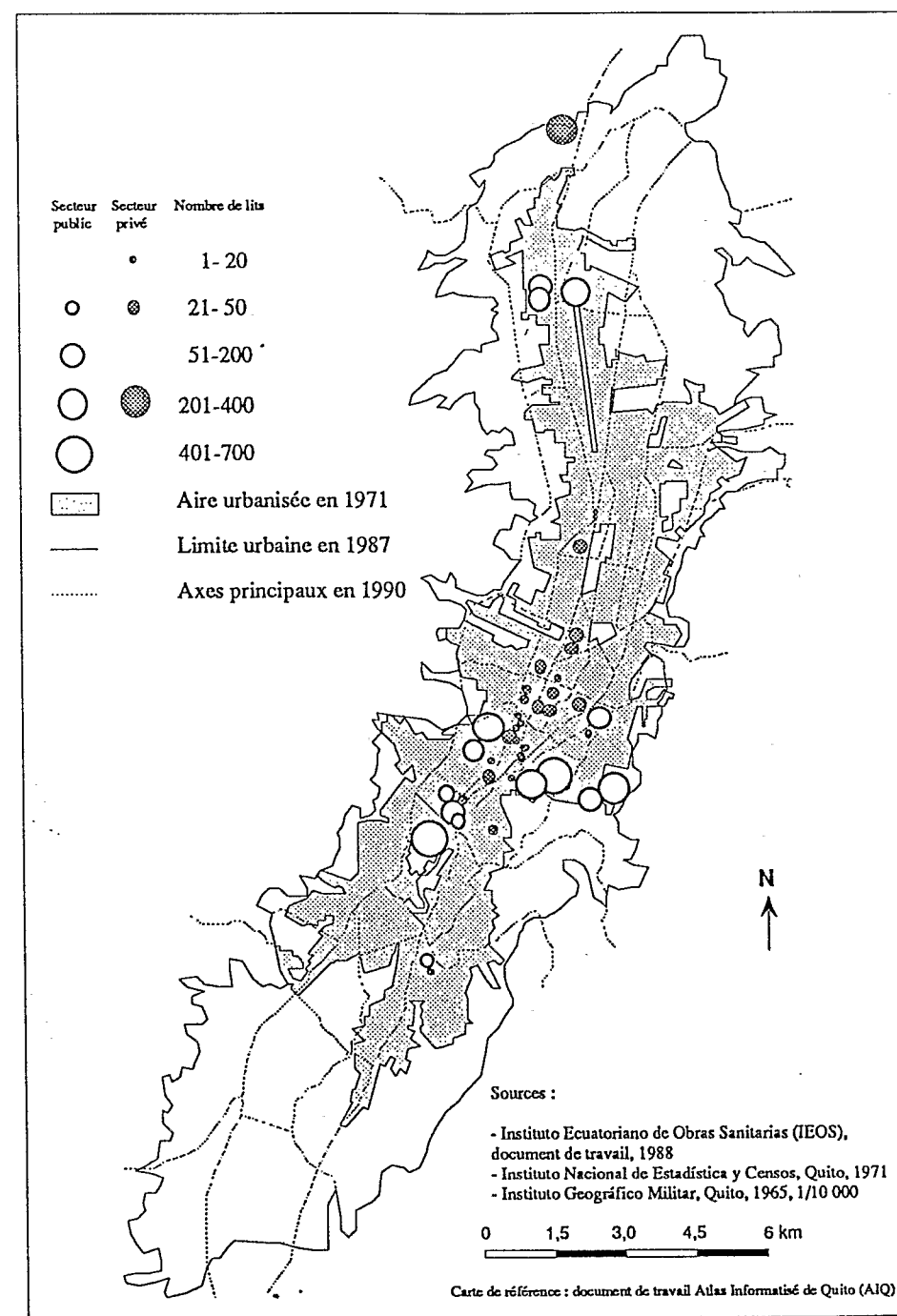


Fig. 3.- Le réseau public et privé d'hôpitaux et de cliniques à Quito en 1971.

tour attire une population solvable, particuliers ou sociétés, trop à l'étroit dans les quartiers anciens de la ville et en quête d'espaces de qualité.

Les tendances ségrégatives, sous-jacentes depuis la fondation de Quito, sont donc "officialisées" en 1945 et s'amplifient à partir des années soixante-dix. La zone nord de la ville est ainsi celle sur laquelle ont porté les plus grands efforts d'aménagement. Or, c'est elle aussi qui est la moins densément peuplée (53 hab/km² en 1975, selon Carrión *et al.*, 1987). Les quartiers péricentraux, en voie de taudification rapide, présentent les densités les plus fortes (230 hab/km² en 1975), suivis par le sud (134 hab/km² en 1975), où se concentre une large fraction des classes moyennes et populaires. Il y a donc un grand décalage entre le niveau d'équipement urbain et les concentrations humaines.

L'analyse des cartes sanitaires à la lumière de la distribution de la population est à cet égard instructive (figures 4 et 5). En 1987, Quito compte 1 057 488 habitants (Dureau, 1989). Le district sud (tableau 1), qui regroupe 12,4 % de la population de la ville, n'a qu'un hôpital public (*Enrique Garcés*) et une clinique privée. Dans le district centre sud, où réside 26,35 % de la population, sont installés un établissement public (*Patronato de Amparo Social San José-Sur*, municipal) et sept cliniques privées. Le centre, avec seulement 25,2 % de la population, concentre pourtant la plupart des structures d'hospitalisation publiques (*Hôpital Général Eugenio Espejo*, *Maternité Isidro Ayora*, *Hôpital Psychiatrique San Lázaro*, *Hôpital Pédiatrique Baca Ortiz*, *Hôpital Dermatologique Gonzalo González*, *Hôpital des Forces Armées*, *Hôpital du Seguro Social Carlos Andrade Marín*) et une dizaine de cliniques privées : mais, au sein même de ce district, le déplacement des structures les plus récentes est net du centre historique vers le nord. C'est le district centre nord, où ne réside que 12,3 % de la population (mais c'est celle qui dispose des revenus les plus élevés), qui rassemble la quasi-totalité des structures privées : on y trouve notamment les deux plus gros hôpitaux non publics, l'*Hôpital Metropolitano* et l'*Hôpital Vozandes*. Le nord de la ville enfin, avec 23,8 % d'habitants est faiblement équipé : on y dénombre trois cliniques privées et deux hôpitaux généraux (*Patronato de Amparo Social San José-Norte*, structure municipale de faible capacité d'accueil, et *Hôpital Pablo Arturo Suarez*) ; en revanche, c'est dans ce district qu'ont été installés un hôpital gériatrique (*Los Pinos*) et deux hôpitaux psychiatriques (*Julio Endara* et *Sagrado Corazón*), encore une fois aux limites de l'aire urbanisée.

Ainsi, la logique qui commande les implantations sanitaires à Quito est, pour le moins, peu sociale. Les quartiers du sud et du nord, pourtant fortement peuplés, restent largement sous-équipés et leurs habitants, pour accéder aux structures hospitalières, doivent effectuer des déplacements importants : il aura fallu attendre 1982 pour que soit inauguré un hôpital au sud (et encore celui-ci fonctionne-t-il difficilement, avec de nombreux services fermés, par manque de moyens) ; quant aux établissements localisés au nord, il s'agit de structures spécialisées de long séjour (gériatrie et psychiatrie) qui ne répondent évidemment pas aux besoins courants de la population. La prise en compte par les pouvoirs publics de ce phénomène de discrimination spatiale les a conduits à développer dans les quartiers les plus dépourvus de structures hospitalières un réseau de soins de santé primaires (postes de soins, centres de santé, dispensaires) qui ne remédie bien sûr que partiellement à ces insuffisances.

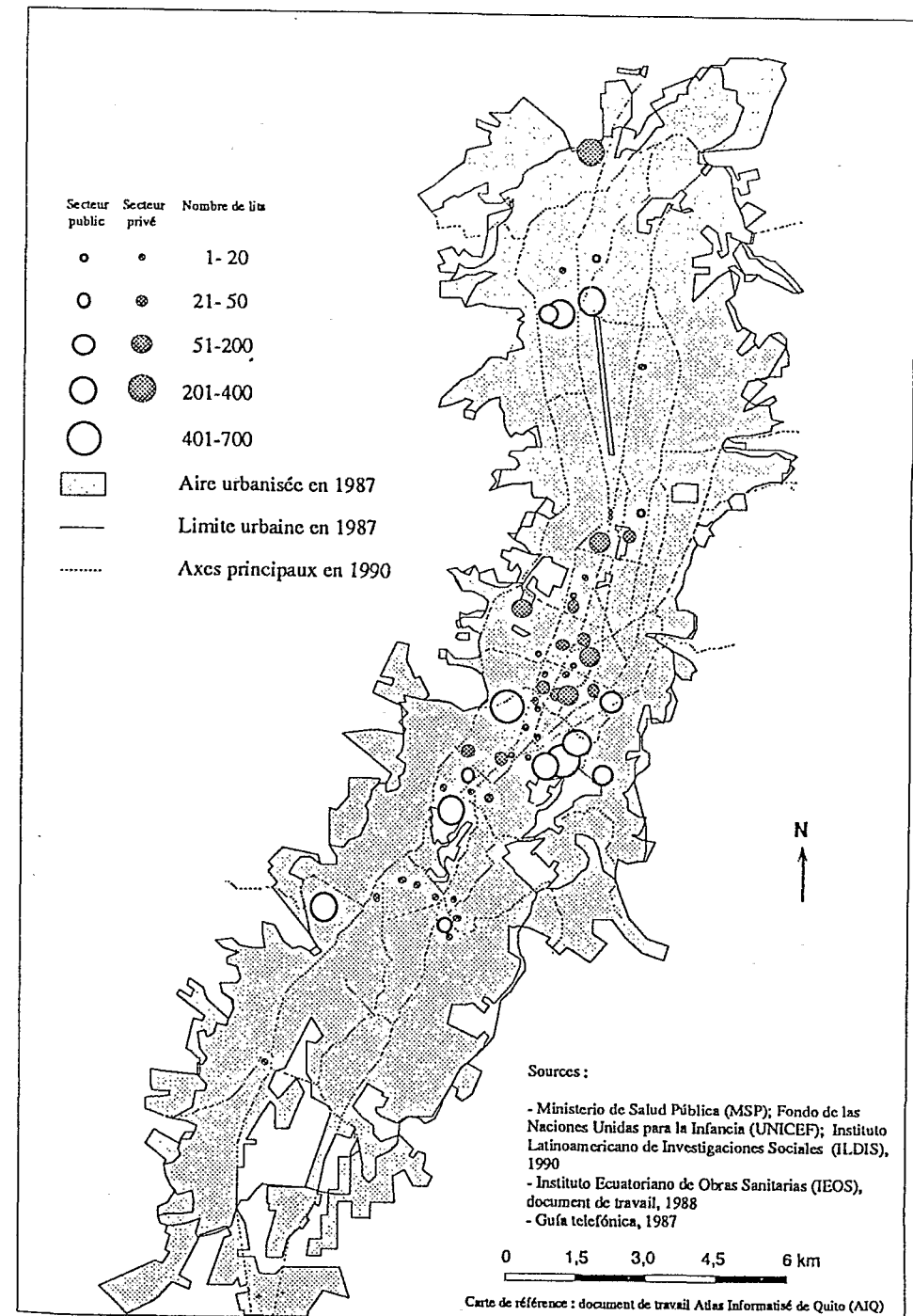


Fig. 4.- Le réseau public et privé d'hôpitaux et de cliniques à Quito en 1987.

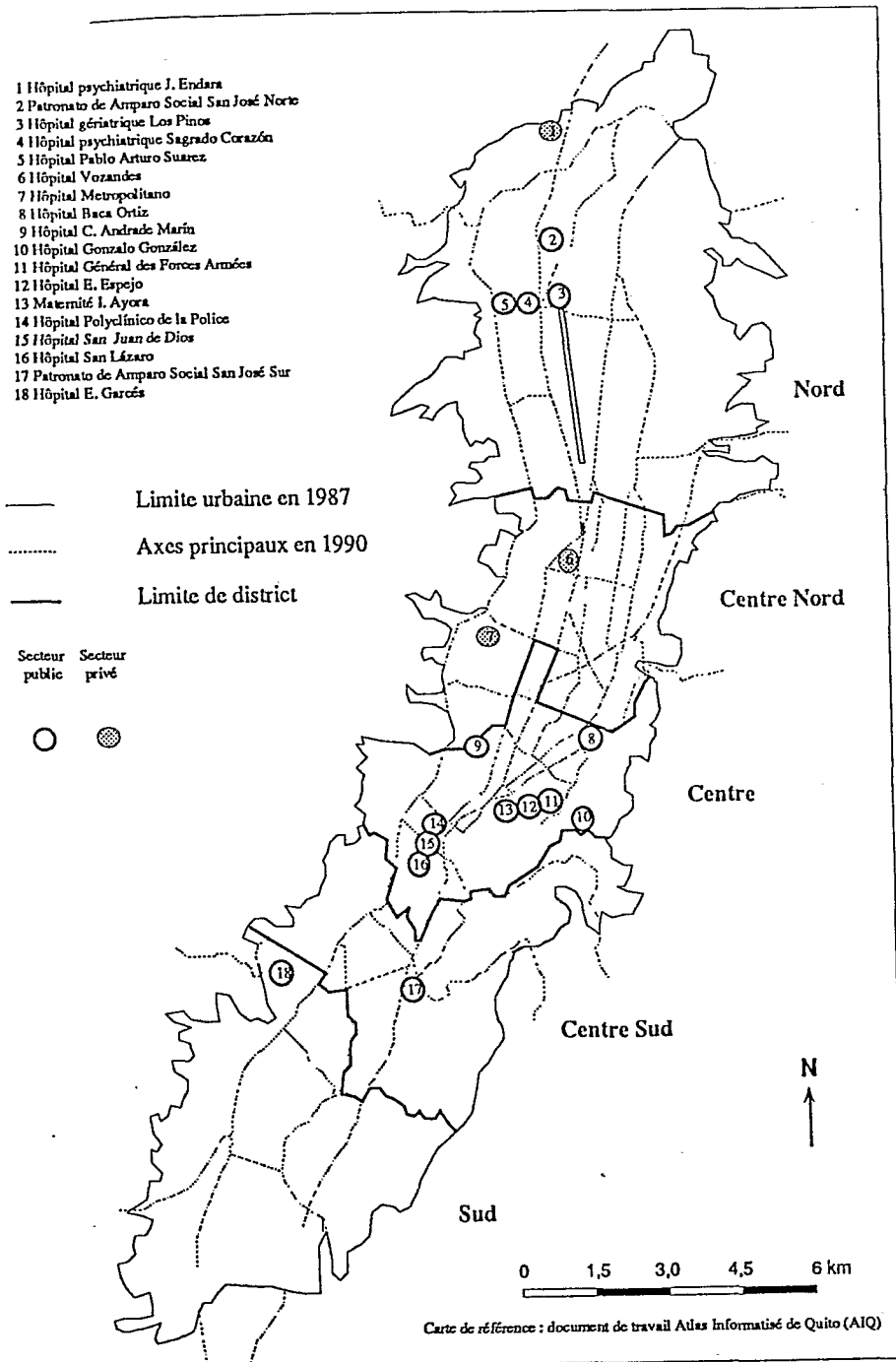


Fig. 5.- Carte de localisation et de sectorisation.

Tableau 1.- Caractéristiques socio-démographiques et équipement hospitalier des cinq districts de Quito (1987)

District	Population (% du total)	Revenu mensuel moyen (Sucres)	Hôpitaux publics	Institutions privées
Sud	12,4	20 893	1	1
Centre Sud	26,3	22 263	1	7
Centre	25,2	26 153	7	18
Centre Nord	12,3	47 038	2	9
Nord	23,8	38 790	5	3

Sources : - Dureau, F., 1989.

- Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias, 1988.

Un second trait de cette ségrégation est la privatisation des soins pour les classes aisées. Le développement des cliniques est précoce (la première ouvre en 1907), mais se déroule à un rythme très progressif jusqu'au début des années soixante-dix, période à partir de laquelle la croissance du secteur privé s'accélère (avec même la construction de structures de grande taille comme l'Hôpital *Metropolitano* qui dispose de 106 lits). Le développement du système public au cours des années quatre-vingt, rendu possible grâce aux revenus tirés de l'exploitation du pétrole, s'il représente une amélioration théorique de l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population, vient cependant renforcer l'opposition entre un secteur étatique destiné implicitement aux plus démunis et que la récession rend toujours plus nombreux, et un secteur libéral réservé aux seuls groupes économiquement favorisés et dont l'implantation se fait de façon très sélective dans la ville : quartiers résidentiels du centre nord (figures 3 et 4).

Enfin, au-delà de sa dimension spatiale, la ségrégation est lisible au niveau intra-institutionnel. Elle s'est jouée de manière ostensible à l'intérieur même du système public, avec jusque dans les années quatre-vingt, l'existence de plusieurs tarifs de séjour en fonction des possibilités financières de chaque malade ; du prix payé dépendent non seulement la qualité du service (le "confort" hôtelier), mais aussi le type de soins (la prestation médicale). Cette distinction se maintient aujourd'hui sous une forme déguisée : en effet, compte tenu notamment de l'absence de médicaments et de petit matériel infirmier dans les hôpitaux, ces dépenses sont donc systématiquement à la charge des patients. De gratuit, le service public n'a de fait que l'usage des locaux et les prestations du personnel ; pour le reste, c'est en fonction des capacités financières de chacun que se fait le traitement (les services sociaux des hôpitaux, même s'ils jouent un rôle non négligeable par des aides financières notamment, ne couvrent qu'une partie limitée des frais).

Ainsi, l'hôpital, jadis à la fois asile et lieu d'exclusion, est devenu un recours pour tous. Mais tous n'ont pas accès aux mêmes services : si l'éventail des recours possibles est large dans les quartiers résidentiels, à la fois en raison de la

concentration des structures, tant publiques que privées et des capacités financières de ceux qui les habitent, la situation des classes populaires est nettement plus difficile et leur choix plus restreint : elles sont la principale clientèle des hôpitaux publics, mais au prix de longs trajets, d'attentes prolongées et souvent de coûts non négligeables.

3. DE L'HOSPICE RELIGIEUX À L'HOPITAL LAÏC

Outre le développement précédemment décrit du secteur privé tout au long du vingtième siècle, l'évolution du système de soins à Quito est marquée par plusieurs transformations essentielles : le passage du caritatif au médical ; du religieux au laïc ; d'une structure indifférenciée à des institutions spécialisées ; et de la prise en charge des maladies chroniques à celle des affections aiguës.

Fondé en 1565, l'Hôpital de la *Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo* est le premier d'Équateur. Hospice plus qu'hôpital (aucun médecin n'y exerce), il fonctionne sur le modèle des hôpitaux espagnols des seizième et dix-septième siècles (14) : c'est avant tout un lieu d'asile gratuit pour les pauvres — invalides, personnes âgées, malades mentaux, chroniques et incurables — mais qui ne dispense pas de soins médicaux à proprement parler.

La médecine n'y fait son apparition qu'au début du dix-huitième siècle. En effet c'est en 1706 que l'établissement — renommé Hôpital *San Juan de Dios* — est confié par le Roi d'Espagne aux Bethlémites, dont l'Ordre possède à cette époque une solide tradition médicale et surtout est constitué de religieux formés à la thérapeutique ; de plus, certains parmi les premiers médecins diplômés de l'Université de Quito à partir de 1694 vont pouvoir y réaliser des stages, le plus célèbre d'entre eux étant Eugenio Espejo. Tandis que se médicalise très lentement l'Hôpital *San Juan de Dios*, la fonction asilaire des institutions de soins se trouve renforcée par la fondation, déjà mentionnée, de l'Hospice et de l'Hôpital *San Lázaro* en 1785 et 1786.

Ce n'est en fait qu'à la fin du dix-neuvième siècle qu'apparaissent les premiers signes d'un développement réel de la médecine au sein de l'hôpital : alors qu'en 1870, lorsque les Soeurs de la Charité en reçoivent la charge, il ne compte qu'un médecin et un chirurgien, trente ans plus tard, le personnel comprend déjà deux médecins, deux chirurgiens et huit étudiants en médecine. Surtout, les progrès de l'asepsie et de l'anesthésie permettent des interventions chirurgicales importantes : en 1907, sont ainsi réalisées les premières opérations sur trois patientes. Parallèlement, l'installation d'un appareil de radiographie et la mise en route d'un laboratoire de biologie en 1916 permettent d'améliorer les performances diagnostiques.

Cette médicalisation des structures de soins s'accompagne d'une laïcisation, également progressive : les ordres religieux, toujours actifs à la fin du dix-neuvième siècle, voient néanmoins leur pouvoir, tant administratif que médical, diminuer. En témoigne notamment la division des responsabilités entre les Soeurs de la Charité,

(14) On trouvera une chronologie détaillée dans les travaux de J. J. Samaniego (1949 et 1957).

qui gèrent l'établissement, et les médecins nommés par le gouvernement qui en assurent la partie technique, telle qu'elle est définie dans le Règlement Intérieur de 1871. Ce phénomène s'intègre en fait dans un mouvement plus large de recul du poids des communautés religieuses et de laïcisation de l'ensemble de la société. La *Ley de Cultos* de 1904 exige que les bénéfices provenant de l'exploitation des propriétés des communautés soient investis dans les œuvres de bienfaisance ou les œuvres publiques désignées par le pouvoir exécutif. Allant encore plus loin, la *Ley de Beneficiencia* de 1908 déclare biens de l'État toutes les possessions des communautés.

Le tournant du vingtième siècle se caractérise par un profond bouleversement de la structure de l'appareil sanitaire. En plus de l'ouverture, déjà signalée, des premières cliniques privées à partir de 1907, une tendance à la spécialisation institutionnelle se développe et prend une double forme (tableaux 2 et 3). D'abord, au cours des trois premières décennies se multiplient les services spécialisés au sein de l'hôpital général : maternité et pédiatrie, syphilographie et phtisiologie. Puis, à partir des années trente apparaissent de nouveaux établissements qui se spécialisent soit en fonction d'un public de malades auxquels ils s'adressent (femmes, enfants, personnes âgées), soit en fonction des pathologies qu'ils traitent (maladies mentales, affections cancéreuses).

Ainsi, la Maternité Publique de Quito, installée dès 1870 dans l'Hôpital *San Juan de Dios* où elle compte alors moins de dix lits, s'individualise-t-elle en 1899 en s'éloignant physiquement de cet hôpital auquel elle demeure cependant rattachée administrativement jusqu'en 1952 ; à cette date, elle est installée dans ses locaux actuels et devient autonome sous le nom de Maternité *Isidro Ayora*. De même, l'Hôpital Pédiatrique *Baca Ortiz* qui voit le jour en 1948 peut-il être considéré comme le prolongement du Dispensaire d'Enfants ouvert en 1916 et situé en annexe de l'Hôpital *San Juan de Dios*. Quant à l'Hôpital Gériatrique, sa fondation remonte seulement aux années soixante-dix, témoignant de l'apparition récente d'une nouvelle spécialité médicale en même temps que d'une nouvelle façon de prendre en charge les personnes âgées.

La constitution de la psychiatrie comme spécialité médicale, c'est-à-dire la reconnaissance de l'aliénation mentale comme maladie, se traduit vers 1950 par la reconversion de l'Hospice *San Lázaro*, asile où les fous jouxtaient les miséreux et les incurables, en Hôpital Psychiatrique où des malades mentaux sont soignés ; vers la même époque, sont ouvertes des cliniques privées destinées à la prise en charge de cette pathologie. Mais le système hospitalier se transforme aussi en fonction du contexte épidémiologique : l'augmentation de la fréquence des tumeurs explique la fondation de la Société de Lutte contre le Cancer, SOLCA, qui se dote dans les années soixante de structures de soins spécifiques. Cette tendance à la spécialisation se retrouve même dans les orientations prises par les hôpitaux généraux : l'Hôpital *Eugenio Espejo*, ouvert en 1933, est doté de nombreux services spécialisés et l'Hôpital *San Juan de Dios*, qui fermera en 1975, n'est plus alors destiné à accueillir que les malades chroniques, les tuberculeux et les syphilitiques — par un curieux retour de l'histoire, il renoue avec sa destination première — situation que les médecins qui y travaillent chercheront à combattre.

Tableau 2.- Quelques données de base relatives aux hôpitaux et cliniques (1956, 1971, 1983, 1987).

Institutions	Nombre de lits				Nombre de sorties				Nb. de journées d'hospitalisation			
	1956*	1971*	1983*	1987*	1956	1971	1983	1987	1956	1971	1983	1987
PUBLIQUES	1 835	2 715	3 017	3 487	4 614 (3)	36 689	62 460	71 351	-	814 981	724 853	823 305
MSP	1 750 (1)	1 738	1973	2 359	4 614	22 784	33 578	39 307	-	555 151	415 165	506 346
IESS	85 (2)	488	562	592	-	8441	19 820	19 065	-	116 972	205 173	201 871
FFAA	-	265	387	413	-	4 650	7 222	8 492	-	71 703	89 204	95 640
Police	-	50	56	60	-	281	745	615	-	3376	11 287	6 137
Municipal	-	0	27	51	-	0	615	3 254	-	0	1 802	10 465
Autres	-	174	12	12	-	493	480	618	-	67 779	2 172	2 846
PRIVEES (4)	-	417	721	841	-	12 396	20 118	25 753	-	66 117	103 404	122 264

(1) Données de 1950 : Junta de Asistencia Pública, 1950.

(2) Données de 1946 : Samaniego, 1957

(3) Données de 1957 : INEC, 1957.

(4) Comprend les institutions religieuses et laïques de l'ensemble de la province du Pichincha.

* INEC, 1956, 1971, 1983, 1987.

MSP : Ministère de la Santé Publique IESS : Institut Équatorien de Sécurité Sociale

FFAA : Forces Armées

Tableau 3.- Evolution du nombre d'hôpitaux publics selon leur spécialité (1760 à 1987).

	1760	1888	1921	1946	1956	1971	1983	1987
Hôpitaux généraux	1*	2*	3	3	3	5	6	7
Hôpitaux psychiatriques	0	0	0	2	2	2	3	3
Hôpitaux gériatriques	0	0	0	0	0	0	1	1
Hôpitaux pédiatriques	0	0	0	0	1	1	1	1
Maternité	0	1	1	1	1	1	1	1
Isolement	0	0	0	1	1	1	0	0
Léproserie	0	1**	1**	1	1	1	0	0
Dermatologie	0	0	0	0	0	0	1	1
Cancérologie	0	0	0	0	0	1	1	1

* Hôpitaux destinés aux pauvres (San Juan de Dios auquel s'ajoute ensuite San Lázaro)

**Lazaret de San Lázaro puis de San Juan de Dios.

Sources : - INEC, 1971, 1983, 1987.

- Samaniego, 1957.

Parallèlement, d'anciennes structures disparaissent ou se modifient, sous l'effet de l'évolution conjuguée de la distribution des maladies, des progrès de la médecine et de l'image sociale de certaines affections. Ainsi, l'ancienne léproserie de San Lázaro, déplacée à Pifo (hors du périmètre urbain) en 1911, puis à Verdecruz en 1927, devient-elle l'Hôpital Dermatologique Gonzalo González dans les années quatre-vingt, lorsque cette pathologie apparaît comme à la fois plus rare, mieux traitée et moins redoutée. De même, le sanatorium est-il à la même époque remplacé par l'Hôpital Pablo Arturo Suarez, une fois la tuberculose devenue moins prévalente et les tuberculeux moins contagieux, grâce à la transformation des conditions de vie et à l'introduction des antibiotiques en 1949. Peu à peu, les structures d'isolement ferment leurs portes.

Dans le même temps, les hôpitaux, de lieux d'accueil pour malades chroniques qu'ils étaient généralement jusqu'au début du vingtième siècle, deviennent progressivement des centres de traitement des affections aiguës. Non seulement les structures asilaires se raréfient et les institutions de soins effectifs se multiplient, mais encore dans la quasi-totalité des établissements, la durée moyenne de séjour hospitalier se réduit (tableau 4) — à l'exception notable, mais probablement explicable entre autres par l'allongement de la durée de vie, de l'Hôpital Gériatrique.

En moins d'un siècle, le système de soins a ainsi connu des bouleversements majeurs — dans sa structuration comme dans ses fonctions médicales et sociales. Plus encore que l'accroissement quantitatif du réseau hospitalier, c'est ainsi son évolution qualitative qui retient l'attention. Mais, en même temps qu'il se diversifie et se complexifie, l'appareil sanitaire devient de plus en plus un enjeu dans la lutte entre les pouvoirs local et central, ce qu'illustre de façon toute particulière la création de structures hospitalières autonomes destinées aux forces armées, à la police ou aux assurés sociaux.

4. L'ÉTAT À LA RECHERCHE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'histoire du système de soins équatorien est en effet aussi celle de la lente et difficile conquête de la santé publique par l'État. Dans le cas de Quito et plus généralement des provinces andines, cette tendance apparaît plus nettement encore que pour le reste du pays, dans la mesure où le contrôle de l'appareil sanitaire par l'État est l'un des enjeux de la légitimation du pouvoir central situé dans la capitale et contesté sans cesse par sa rivale côtière, Guayaquil. Afin de mieux lire les cartes de ce point de vue politique, il est important de préciser d'abord certains faits historiques.

Si, depuis sa fondation en 1565 par décision du roi d'Espagne, l'Hôpital San Juan de Dios a successivement été administré par une Confrérie laïque, puis par les Bethlémites en 1706, enfin par les Soeurs de la Charité en 1870, en fait c'est l'autorité royale qui prévaut jusqu'en 1830. A cette date, qui est celle de l'Indépendance, un changement important intervient en effet dans l'organisation de l'appareil sanitaire, avec la Ley sobre Municipalidades qui place toutes les structures de soins du pays sous la tutelle des municipalités ; cette législation est encore renforcée par les Leyes de

égimen Municipal de 1863 et de 1878 (15). Les prérogatives ainsi accordées au pouvoir local ne sont pas sans rencontrer des résistances, en particulier sous la présidence de García Moreno qui en 1863 se fait nommer Inspecteur de l'Hôpital *San Juan de Dios* par la Municipalité de Quito, et l'année suivante fait rappeler par son Ministre de l'Intérieur que les hôpitaux de la capitale sont des institutions nationales et à ce titre se trouvent soumises à l'autorité de l'État.

Tableau 4.- Nombre de lits d'hôpitaux (1971, 1983, 1987)

	1971	1983	1987
Hôpitaux généraux	1 290	1 640	1 952
Hôpitaux psychiatriques	578	564	596
Hôpitaux gériatriques	-	196	180
Hôpitaux pédiatriques	118	113	99
Maternité	241	242	221
Isolement	78	-	-
Léproserie	277	-	-
Dermatologie	-	150	150
Cancérologie	22	12	12

Sources : INEC, 1971, 1983, 1987.

Malgré ces tentatives du pouvoir central de reprendre le contrôle des établissements de santé, et surtout de leur gestion financière, la création des *Juntas Municipales de Beneficiencia* (16) dont les prérogatives concernent l'ensemble des structures publiques d'hospitalisation fait apparaître clairement le rôle prépondérant du pouvoir local : en 1887, est fondée celle de Guayaquil, qui demeurera la plus riche et la plus puissante ; en 1888, celle de Loja ; en 1896, celle de Quito ; en 1898, celle de Latacunga ; en 1903, celle de Babahoyo ; en 1904 enfin, celle de Cuenca.

Là encore, l'exécutif tente de réaffirmer l'autorité supérieure de l'État sur les institutions de soins, notamment en 1893 par un appel de la Cour des Comptes qui enjoint à la *Junta de Beneficiencia* de Guayaquil de présenter les résultats de son administration, et en 1900 par une communication adressée par le Ministre du Développement au Président de la *Junta de Beneficiencia* de Quito. Toutefois, à ces deux occasions, ce sont encore les municipalités qui sortent victorieuses de ces conflits de pouvoir, puisque deux décrets législatifs — en 1894 pour Guayaquil et en 1900 pour Quito — leur permettent d'échapper de droit au contrôle étatique.

(15) On pourra lire sur cette lutte des pouvoirs le rapport de M. Velasco Abad, P. de la Torre & N. León (1989).

(16) Il s'agit de structures administratives municipales qui gèrent les hôpitaux.

Dans cette rivalité entre pouvoirs local et central, qui est l'une des caractéristiques essentielles de la Révolution Libérale (17), une étape décisive est en 1908 la promulgation de la *Ley de Beneficiencia* qui crée la *Junta Nacional de Beneficiencia*. Certes, les hôpitaux de Guayaquil semblent exclus de cette loi — ce que viendra confirmer en 1923 un décret législatif qui autorise le fonctionnement autonome de la *Junta Municipal de Beneficiencia* — mais la première phase d'une intégration nationale du système de soins sous l'égide de l'État est engagée : les trois *Juntas Centrales* de Quito, Cuenca et Guayaquil sont regroupées dans une structure publique nationale et placées sous la coupe du Ministre de l'Intérieur qui, de manière révélatrice, va assurer l'administration des établissements de santé du pays ; dans le cas de la capitale dont la *Junta Central* exerce sa tutelle sur sept des treize provinces, il s'agit d'un incontestable renforcement d'un pouvoir qui va d'ailleurs tendre à se confondre avec celui de la *Junta Nacional* du fait de sa situation privilégiée sur les plans géographique et politique. Si les textes donnent ainsi autorité à l'État sur le système de soins — à l'exception notable des provinces de la Côte qui demeurent longtemps sous la coupe de la *Junta Municipal* de Guayaquil — dans les faits les choses s'avèrent plus complexes.

D'une part, les maigres moyens mis à la disposition de la *Junta Nacional de Beneficiencia*, joints au handicap d'une bureaucratie de plus en plus lourde noyée dans un Ministère aux multiples fonctions, en réduisent les performances, en termes de modernisation notamment, alors qu'au contraire la *Junta Municipal* de Guayaquil, grâce à un appui financier de la bourgeoisie enrichie par l'agriculture d'exportation et à une plus grande souplesse dans sa gestion, devient un puissant instrument du pouvoir municipal. Une illustration de ce manque d'efficacité de la tutelle étatique à Quito est la lenteur de la construction de l'Hôpital *Eugenio Espejo* pour laquelle les premiers fonds sont débloqués par le gouvernement en 1889, mais qui ne sera achevée qu'en 1933, après une phase d'interruption entre 1907 et 1917 au cours de laquelle les plans sont perdus et le site remis en cause.

D'autre part, la multiplication des structures publiques échappant à l'autorité de la *Junta Nacional de Beneficiencia* va, surtout dans le deuxième tiers du vingtième siècle, l'affaiblir encore (tableau 5). Ce sont d'abord les hôpitaux des Forces Armées et de la Police qui dépendent respectivement des Ministères de la Défense et de l'Intérieur : l'Hôpital Militaire se sépare de l'Hôpital *San Juan de Dios* en 1919 et occupera jusqu'à l'époque actuelle trois emplacements différents, s'agrandissant et se modernisant à chaque nouvelle localisation, représentant aujourd'hui 12 % du parc hospitalier public en ce qui concerne le nombre de lits ; la Polyclinique de la Police est en revanche plus récente et de dimension plus modeste. C'est ensuite, dans le mouvement social qui revendique les droits des travailleurs salariés et obtient l'instauration à partir de 1937 d'une Caisse d'Assurance Maladie, l'hôpital de la Sécurité Sociale qui est inauguré en 1947 sous le nom de Clinique du *Seguro Social*, avant de devenir en 1970 Hôpital *Carlos Andrade Marín* : l'État — qui en est le

(17) Menée à la fin du dix-neuvième siècle par Eloy Alfaro, elle a pour conséquence d'assurer à la bourgeoisie enrichie par l'agriculture d'exportation de la région côtière une victoire historique sur l'aristocratie des haciendas de la zone andine.

principal débiteur — n'y intervient que comme l'un des trois partenaires dans le financement et la gestion, avec le patronat et les salariés. Ce sont également des associations et des organismes à but non lucratif qui construisent leurs propres structures : la Société de Lutte contre le Cancer, SOLCA, avec son Institut de Cancérologie ; et la Ligue Équatorienne Antituberculeuse, LEA, avec l'Hôpital *Pablo Arturo Suarez*. Enfin, la Municipalité de Quito se dote de deux petits établissements (55 lits), les *Patronatos de Amparo Social San José*, au sud et au nord de la ville.

A partir des années soixante, la structuration du système de soins est soumise à de profondes mutations. En 1967 est créé le Ministère de la Santé Publique, en fait très tardivement par rapport aux autres pays d'Amérique Latine. Dans son premier Rapport à la Nation, le nouveau Ministre stigmatise la faiblesse institutionnelle des structures sanitaires étatiques et dénonce l'éclatement du système public de soins : il propose de réorganiser l'intervention de l'État dans le domaine de la santé et de coordonner les actions des diverses institutions. Le jeune Ministère bénéficiera pour la mise en oeuvre de ce programme d'une conjoncture exceptionnelle. D'une part, l'exploitation du pétrole à partir de 1972 par des entreprises nationales va donner aux pouvoirs publics les moyens économiques de leur politique. D'autre part, l'existence d'un gouvernement militaire fort va permettre d'accorder une légitimité politique à un projet qui consiste à réaffirmer l'autorité suprême de l'État sur le territoire national.

Les années soixante-dix sont ainsi celles des grands chantiers, à commencer bien sûr par l'Hôpital des Forces Armées. Le nombre de lits du secteur public progresse au rythme de 2 % par an entre 1971 et 1983, puis de 8,7 % par an entre 1983 et 1987 lorsque sont inaugurées les grandes structures construites pendant la période pétrolière ; ces taux sont respectivement 2,5 et 10,8 % pour les seuls établissements du Ministère de la Santé Publique (tableau 2). Au cours de ces deux périodes, et compte tenu de la réduction moyenne des durées de séjour, l'augmentation annuelle des hospitalisations est de 10,8 et 8 % pour l'ensemble des lits publics. Ainsi l'État, grâce à la rente pétrolière qu'il contrôle, peut initier une politique de redistribution conséquente, orienter les programmes de santé et devenir un acteur important dans ce domaine, au détriment des municipalités qui voient, parallèlement au renforcement de l'État, leurs propres autonomie et capacité d'intervention s'affaiblir.

Mais la reprise en main du système de soins par l'État se manifeste aussi sous d'autres formes. C'est d'abord la nationalisation, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique, de certaines institutions privées à but non lucratif, comme le Sanatorium *Pablo Arturo Suarez* jusqu'alors administré par la Ligue Équatorienne Antituberculeuse. C'est aussi une tentative de contrôle du fonctionnement de l'ensemble de l'appareil sanitaire, à commencer par l'obtention d'un minimum d'informations sur l'activité des établissements de soins pour la tenue des *Annuaire Hospitaliers* par l'*Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Sur ces deux points toutefois, le chemin à parcourir semble encore long et l'on est loin d'une unification du système de soins. Et ce qui paraissait possible en période d'expansion devient beaucoup plus difficilement réalisable alors que s'installe la récession.

Tableau 5.- Moyenne des durées de séjour par hôpital (1971, 1983, 1987).

	1971	1983	1987
H. Eugenio Espejo (MSP)	24,0	17,5	14,4
H. San Juan de Dios (MSP)	24,3	-	-
H. Carlos Andrade Marín (IESS)	13,8	10,4	10,6
H. Policlínico (Policía)	12,0	15,2	10,0
H. Général des Forces Armées (FFAA)	15,4	12,4	11,3
Maternité Isidro Ayora (MSP)	4,8	3,5	3,7
H. Pédiatrique Baca Ortiz (MSP)	13,7	14,3	13,8
H. Gériatrique Los Pinos (MSP)	-	677,4	1 512,8
H. Psychiatrique Julio Endara (MSP)	146,1	49,1	44,3
H. Psychiatrique San Lázaro (1) (MSP)	499,5	84,0	150,7
H. Psychiatrique Sagrado Corazón (MSP)	-	83,7	138,4
H. Gonzalo González (2) (MSP)	669,3	135,1	99,3
H. Pablo Arturo Suárez (3) (MSP)	238,6	24,3	20,9

(1) Antérieurement hospice *San Lázaro*

(2) Léproserie puis hôpital dermatologique

(3) Cet établissement était un sanatorium jusqu'à ce qu'il passe sous l'autorité de l'État.

MSP : Ministère de la Santé Publique IESS : Institut Équatorien de Sécurité Sociale
FFAA : Forces Armées

Source : INEC, 1971, 1983, 1987.

La décennie quatre-vingt marque de ce point de vue un net recul du rôle de l'État à la fois dépourvu de moyens financiers (sous l'effet de la baisse des profits pétroliers et du poids de la dette extérieure) et victime d'une perte de crédibilité (en raison de l'influence des politiques néolibérales et d'une réelle perte de capacité d'intervention dans le domaine économique et social). Dans ce contexte qui se traduit notamment par un accroissement des inégalités sociales, l'une des réponses du système de soins est ainsi, comme on l'a vu, un développement du secteur privé et une aggravation des processus ségrégatifs.

Plus qu'une conquête de la santé publique par l'État, c'est donc d'une quête — qui n'aboutit que très partiellement — qu'il faut parler. Sur un siècle, la tendance est incontestablement à une mainmise plus grande de l'État sur le système de soins. Mais dans le détail, son rythme est très irrégulier et déterminé par la situation économique (florissante pendant la Révolution Libérale et la période pétrolière) plus encore que par la volonté politique de gouvernements réputés forts (Eloy Alfaro, le régime militaire). Victorieuse dans sa lutte contre les prérogatives municipales, la tendance centralisatrice se heurte aujourd'hui à la réalité d'un État appauvri et

affaibli qui laisse le champ aux options les plus libérales, alors que se font de plus en plus entendre des voix — y compris au sein de l'appareil sanitaire étatique — pour réclamer une décentralisation et un accroissement des pouvoirs locaux.

Au-delà de l'intérêt qu'elle peut présenter en soi, l'étude du système de soins à Quito apparaît ainsi comme un révélateur de phénomènes plus généraux qui concernent l'espace urbain dans ses relations avec l'organisation sociale, la différenciation institutionnelle et le pouvoir politique : loin de ne parler que d'elle-même, l'évolution de l'appareil sanitaire nous raconte en fait l'histoire de la ville.

Et le constat vaut également, avec certes les différences qui mériteraient d'être analysées dans le détail, pour l'ensemble des grandes agglomérations du tiers monde : l'explosion urbaine que n'a pas suivi le développement des équipements s'est accompagnée partout d'une aggravation et d'une systématisation de la ségrégation spatiale et sociale que l'on pourrait presque dire proportionnelle à la taille des villes ; les progrès des connaissances et des technologies se sont prolongés par une tendance à la spécialisation des institutions et à la technicisation des prestations, sans que ne soient réellement prises en compte les nouvelles demandes sociales ; enfin, la centralisation étatique par des Ministères sans moyens économiques s'est révélée à la fois pesante et fragile.

La méthode proposée ici peut, elle aussi avoir une portée plus générale. La carte est en effet un instrument privilégié pour tracer les étapes de la croissance urbaine et les confronter avec les faits de société, cependant que le récit nous en fait connaître les événements et comprendre le sens. Illustrant la nécessaire collaboration des sciences du social, le dialogue instauré entre les deux approches ébauche ainsi une articulation de l'espace et du temps.

Références citées

- CARRIÓN, D. *et al.*, 1987. - La renta del suelo y segregación urbana en Quito. in : *El proceso urbano en el Ecuador* (F. CARRION, ed.) : 81-122; Quito : ILDIS.
- DUREAU, F., 1989. - *Quito. Estadísticas de población y vivienda 1987*, 182 p., Quito : I. Municipio de Quito, ORSTOM.
- INSTITUTO ECUATORIANO DE OBRAS SANITARIAS (IEOS), 1988. - *Document de travail*, Quito.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, 1956, 1971, 1983, 1987. - *Anuario de estadísticas hospitalarias*, Quito : INEC.
- JUNTA CENTRAL DE ASISTENCIA PÚBLICA DE QUITO, 1950. - *Boletín Informativo*, enero-sept. : 77-87.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES, 1990. - *Guía nacional de servicios de salud del Ecuador*, 342 p., Quito : ILDIS.
- PAREDES BORJA, V., 1963. - *Historia de la medicina en el Ecuador*, 2 tomes, 483 et 544 p., Quito : Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- SAMANIEGO, J.J., 1949. - *Resumen cronológico de la historia del hospital San Juan de Dios (1565-1947)*, 117 p., Quito : Editorial "Fray Jodoco Ricke".
- SAMANIEGO, J.J., 1957. - *Cronología médica ecuatoriana*, 562 p., Quito : Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- VELASCO ABAD, M., TORRE, P. de la, & LEÓN, N., 1989. - *Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887-1983*, 307 p., Informe final, ronéot., Quito.