

Ble 2/10

# L'État équatorien face aux inégalités de santé

**Didier Fassin \***

Dans la situation économique préoccupante que traverse actuellement l'Équateur comme les autres pays d'Amérique latine et que le mot « crise » caractérise mal tant elle s'inscrit dans la durée et peut-être même l'irréversibilité<sup>(1)</sup>, les inégalités sociales ont tendance à s'accroître, les catégories défavorisées faisant largement – mais les classes moyennes ne sont pas épargnées – les frais de la récession. D'une part en effet, les groupes les plus démunis sont les principales victimes de l'inflation et de la baisse du pouvoir d'achat, du chômage et de la précarisation de l'emploi. Et d'autre part, les dépenses sociales sont parmi les premières touchées par la réduction des budgets publics dans le cadre des politiques d'ajustement, ce qui signifie des diminutions drastiques dans les programmes de construction d'équipements, d'aide au logement, de protection des populations les plus vulnérables.

\* Institut français d'études andines, Quito. Ce travail est réalisé dans le cadre d'une collaboration avec le Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Il bénéficie d'un contrat de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), et d'un financement de l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM).

(1) A cet égard, le parallèle que dresse José Samaniego Ponce dans *Crisis Económica del Ecuador, Análisis comparativo de dos períodos históricos : 1929-1933 et 1980-1984*, Banco Central del Ecuador, Biblioteca de Historia Económica 2, Quito, 1988, entre les situations de la fin des années 20 et du début des années 80 est stimulant, mais trompeur.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 35 271 ext 1

Cote : B

M P 11

Le domaine de la santé en fournit une illustration, et les disparités s'y manifestent avec encore plus de brutalité que dans d'autres secteurs, puisqu'il s'agit de différences devant la maladie et la mort. Cependant, à de rares exceptions près, ces inégalités-là sont absentes des débats actuels sur le système de soins : qu'il s'agisse de la polémique sur la fréquence trop grande de césariennes dans le pays, de la dénonciation du déficit croissant de la Sécurité sociale ou de la publication d'une étude mettant en évidence les carences des services dépendant du ministère de la Santé, la question des inégalités n'est pas abordée en tant que telle et demeure comme en filigrane. C'est de ce non-dit que l'on voudrait parler ici.

Comment évoluent, au cours de la période récente<sup>(3)</sup>, les inégalités sociales de santé ? De quelle manière le système de soins contribue-t-il à les aggraver ? Quelles solutions apportent à ces problèmes les pouvoirs publics ? Telles sont les trois interrogations auxquelles ce texte tentera de répondre. A travers l'analyse des politiques sanitaires, c'est en fait la figure de l'État équatorien qui se dégage, et sa position face aux enjeux de la santé témoigne plus généralement des transformations qu'il subit actuellement.

## Un bulletin de santé en demi-teinte

« Décollage économique ? » pouvait-on encore s'interroger en 1981 à propos de l'Équateur<sup>(4)</sup>. Moins d'une décennie plus tard, le pays semble s'être durablement installé dans la récession. La baisse du prix du pétrole et de plusieurs autres produits d'exportation, comme le café, le cacao et la crevette, - à laquelle s'ajoute dans certains cas une diminution de la production - s'est associée aux effets d'une politique incontrôlée d'importation et de consommation héritée des années de richesse, pour donner une situation marquée par un recul de la production intérieure brute, un solde négatif de la balance commerciale, un déficit budgétaire important et une dette extérieure croissante (tableau 1).

Tableau 1. Quelques indicateurs économiques généraux

Années	Produit intérieur brut/habitant (sucres de 1975)	Balance commerciale (millions de sucres)	Balance budgétaire (millions de sucres)	Dette extérieure (millions de dollars)
1950	7 659	+ 357	-	41,6
1955	8 951	- 108	-	40,5
1960	9 385	+ 190	-	28,1
1965	10 019	- 584	-	130,7
1970	10 552	- 2 098	-	230,0
1975	15 254	- 1 155	- 1 973	365,0
1980	17 671	+ 491	- 7 692	3 530,0
1985	17 494	+ 4 562(a)	+ 21 971	7 438,8
1987	16 173	- 2 789(a)	- 44 444	9 160,9

(a) En sucres de 1975.

Sources : *Estadísticas económicas históricas 1948-1983*, Banco Central del Ecuador, Quito, 1988, et *Estadísticas del Ecuador 1988*, Vjekoslav Daric Mardesic, ILDIS, Quito, 1988.

(2) On pourra consulter à ce sujet l'important travail réalisé par Jaime Breiñi, Edmundo Granda, Arturo Campaña et al. *El deterioro de la vida en el Ecuador*, CEAS-Corporación Editora Nacional, Quito, 1991. La dégradation des conditions sanitaires y est bien mise en relation avec celle des conditions socio-économiques et restituée dans le contexte global du pays. L'analyse sévère qui y est développée ne prend pourtant pas assez en compte l'amélioration objective de la plupart des indicateurs de santé au cours des années 80, malgré la récession : ce qui s'aggrave en fait durant cette période, ce sont les écarts entre groupes.

(3) On se situera ici dans un temps court de l'histoire, limitant l'étude au dernier quart de siècle et réservant pour un autre travail l'éclairage des problèmes actuels dans une plus longue durée. Voir Didier Fassin, « Transformaciones del Estado y políticas de Salud en el Ecuador », *Ecuador Debate*, 1991, sous presse.

(4) Telle est la question posée dans le titre d'un article d'Yves Saint-Geours, « Équateur : Retour à la démocratie. Décollage économique ? », *Problèmes d'Amérique latine*, 59, 1981, p. 6-41. L'auteur qualifiait l'économie équatorienne de « fragile » et faisait déjà état, pour la fin de l'année 1980, d'« inquiétudes » et d'« incertitudes ».

Dans ce contexte de déséquilibre des grands agrégats de l'économie, l'indice des prix a commencé à monter, surtout à partir de 1983, pour atteindre un taux de croissance annuel voisin de 100 % au cours de 1988. Malgré des augmentations régulières du salaire minimum, le pouvoir d'achat des travailleurs salariés a été brutalement amputé, là encore principalement après 1983, ce qui se traduit, en valeur réelle, par une réduction de moitié par rapport à 1980 et par un retour à la situation de 1970. A cette description de la baisse spectaculaire du niveau de vie, il faut ajouter la dégradation du marché de l'emploi, avec un taux officiel de chômage qui a doublé entre 1983 et 1987 (tableau 2).

Tableau 2. Hausse des prix et baisse des salaires

Années	Indice des prix (a)		Indice des salaires (b)	
	Valeur	Croissance %	Secteur public	Travailleurs en général
1970	100,0	-	100,0	100,0
1971	108,4	8,4	113,8	113,8
1972	117,0	7,9	106,9	106,9
1973	132,1	13,0	94,6	94,6
1974	163,0	23,4	118,8	118,8
1975	188,0	15,3	130,2	130,2
1976	208,1	10,7	146,8	146,8
1977	235,2	13,0	131,1	131,1
1978	262,6	11,6	121,1	121,1
1979	289,6	10,3	144,1	144,1
1980	327,3	13,0	235,5	235,5
1981	369,8	13,0	219,2	219,2
1982	429,5	16,1	193,5	196,7
1983	623,3	45,1	169,6	176,2
1984	805,1	29,1	175,8	182,7
1985	1 037,3	28,8	178,3	178,3
1986	1 270,2	22,4	182,3	186,4
1987	1 628,0	28,1	166,6	173,2

(a) Il s'agit de l'indice général des prix, en prenant 1970 = 100.

(b) Il s'agit du salaire minimum mensuel net réel, c'est-à-dire compte tenu des 13<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> mois, des primes et bonifications, des cotisations à la Sécurité sociale, et ajusté à l'indice des prix, en prenant 1970 = 100. Source : « Composition et évolution du salaire minimum mensuel (1970-1987) », Henry Godard et Claude de Miras, *Bulletin de l'Atlas Informatisé de Quito*, 1988, 3, 55-58.

Paradoxalement, dans cette situation de délabrement socio-économique, les principaux indicateurs de santé poursuivent leur amélioration. D'après les statistiques vitales officielles, dont on sait toutefois qu'elles souffrent d'un sous-enregistrement important, la mortalité infantile est passée en vingt-cinq ans de 94,6 à 37,4 pour 1 000 naissances vivantes, et la mortalité maternelle a baissé de 2,6 à 1,4 pour 1 000 naissances vivantes. Et si l'on compare les résultats des trois dernières séries de cinq ans (1972-1976 correspondant à la pleine expansion économique pérolière, 1977-1982, à la période des retombées sociales, et 1983-1987, aux années de récession), on n'observe pas d'infléchissement net de la courbe descendante de ces indicateurs : pour la mortalité infantile, le rythme de décroissance est respectivement de 23, 21 et 25 %, et pour la mortalité maternelle, il est de 10, 17 et 7 %. Les repères classiques de la démographie ne permettent donc pas de saisir une dégradation des conditions sanitaires parallèle à celle de la situation économique (tableau 3).

Il est pourtant difficile d'imaginer qu'une diminution de moitié du pouvoir d'achat ou un doublement du taux de chômage en quelques années soient sans influence sur la santé des Équatoriens, et en particulier des plus pauvres. L'interprétation que l'on peut faire de cette apparente contradiction est la suivante.

Tableau 3. Taux nationaux de mortalité infantile et maternelle (données pour 1 000 naissances vivantes)

Années	Mortalité infantile		Mortalité maternelle	
	Taux	Variation	Taux	Variation
1967	87,3	—	2,6	—
1972	81,9	- 6 %	2,0	- 23 %
1977	63,0	- 23 %	1,8	- 10 %
1982	50,0	- 21 %	1,5	- 17 %
1987	37,4	- 25 %	1,4	- 7 %

Source : Anuario de Estadísticas Vitales, INEC, Quito, 1975.

D'une part, les indicateurs habituels sont accessibles à des mesures peu coûteuses et dont l'efficacité est relativement indépendante du contexte socio-économique dans lequel vivent les populations concernées : c'est notamment le cas de la vaccination pour les jeunes enfants, ou du contrôle prénatal pour les femmes enceintes. D'autre part, les acquis de la phase de croissance économique sont durables pour l'assainissement, l'accès à l'eau, l'infrastructure sanitaire, le réseau de communication : même avec des budgets publics réduits, ils continuent de fonctionner et d'avoir des conséquences positives sur la santé. On peut ajouter également que la visibilité nationale et internationale des taux de mortalité infantile et maternelle amène les différents gouvernements à mener en priorité des actions ayant des effets à ce niveau, au détriment d'autres programmes aux résultats moins spectaculaires et donc moins rentables politiquement.

Cette situation appelle un triple travail critique sur l'information sanitaire. Premièrement, la recherche d'indicateurs plus sensibles et mieux liés à la réalité sanitaire des catégories les plus vulnérables, tels que la prévalence de la malnutrition, ou la mortalité de cause violente, dont il s'agit de mesurer en continu l'évolution. Deuxièmement, la lecture sur des périodes plus longues, de façon à faire apparaître les tendances à moyen terme où se dessinent mieux les effets chroniques de la récession. Troisièmement, l'analyse systématique en termes de différenciation, sociale ou spatiale, puisque l'intérêt de ce type de mesure, non seulement pour le chercheur mais aussi pour le décideur, réside dans la mise en évidence des écarts entre groupes ou zones, afin de pouvoir ensuite guider les choix d'intervention.

Dans le cas de l'Équateur, on se limitera ici aux deux derniers points, en montrant sur quelques données l'évolution des disparités de santé depuis vingt-cinq ans. Il faut toutefois noter d'emblée que les informations dont on dispose sont peu nombreuses à la fois en ce qui concerne les indicateurs (peu ont été abordés sous cet angle) et pour ce qui est des critères de différenciation (qui demeurent essentiellement géographiques et assez grossiers).

Pour se limiter aux données les plus fiables sur les vingt-cinq dernières années<sup>(5)</sup>, il s'avère que les écarts d'espérance de vie, ainsi que de quotients de mortalité infantile et juvénile entre les deux provinces présentant les chiffres les plus extrêmes se sont accrues ; de même, les différences de mortalité juvénile entre milieux rural et urbain ont nettement augmenté, en particulier dans la Sierra. Autrement dit, il apparaît que les inégalités devant la mort se sont amplifiées au cours de la période considérée — y compris d'ailleurs celles entre hommes et femmes qui, pour l'espérance de vie, sont passées de 1,6 à 4,7 ans au bénéfice de ces dernières. Plus encore, il semble dans certains cas que ce soit pendant la période d'expansion économique, c'est-à-dire les années 70, que les disparités se soient approfondies — on n'a en revanche pas assez de recul pour se faire une idée de l'évolution pendant la phase actuelle de récession (tableaux 4 et 5).

(5) Les travaux réalisés par Daniel Delaunay dans *La medida de las mortalidades provinciales en el Ecuador 1954-1985*. Documentos de Investigación, Serie Demografía y Geografía de la Población n° 7, CEDIG, 1988, sont ici très précieux, car non seulement ils décrivent l'évolution des données régionales, mais ils apportent des corrections aux statistiques officielles afin de tenir compte des problèmes de sous-enregistrement.

Tableau 4. Espérances de vie et mortalité infantile (sexe masculin) dans les deux provinces présentant des situations extrêmes

Années	Espérances de vie (en années)			Taux de mortalité infantile (p. 1 000 n.v.)		
	Pichincha	Zamora Chinchipe	Différence	Pichincha	Zamora Chinchipe	Rapport
1960	55,2	33,8	21,4	116	178	1,53
1965	57,1	35,0	22,1	105	207	1,97
1970	58,8	41,2	17,6	98	215	2,19
1975	59,9	40,5	19,4	81	210	2,59
1980	63,1	43,6	19,5	66	151	2,29
1983	66,1	39,7	26,4	56	135	2,41

Source : *La medida de las mortalidades provinciales en el Ecuador 1954-1985*, Daniel Delaunay, CEDIG, Quito 1988.

Tableau 5. Taux de mortalité juvénile (1-4 ans) (données pour 1 000 naissances vivantes)

Années	Ensemble du pays			Sierra		
	Urbain	Rural	Rapport	Urbain	Rural	Rapport
1960	174	248	1,42	162	271	1,67
1965	136	205	1,51	127	229	1,80
1970	106	166	1,57	102	187	1,83
1976	77	147	1,91	73	163	2,23
1981	40	72	1,80	40	82	2,05

Source : *La medida de las mortalidades provinciales en el Ecuador 1954-1985*, Daniel Delaunay, CEDIG, Quito, 1988.

Il faut certes se garder de tirer des conclusions générales de ces observations qu'on ne multipliera pas ici pour ne pas alourdir la démonstration, mais qui se confirment à de rares exceptions près sur l'ensemble de ces statistiques régionales. On peut cependant remarquer que, sur ces données, l'accentuation des différences suit les lignes de force du développement économique qui opposent les provinces industrialisées et les provinces reculées, les zones rurales et les zones urbaines ; spatialement, et même si le niveau d'analyse manque de finesse, les écarts se creusent entre les régions à fort et à faible développement, et ce plus encore en phase de croissance.

On aimerait ici disposer des instruments pour vérifier cette tendance au niveau des groupes humains ; malheureusement, pour des raisons techniques, et probablement plus encore politiques, de telles données permettant de différencier les populations en fonction de leur classe sociale, de leur catégorie professionnelle, ou même de leur appartenance ethnique, n'existent pas. L'étude anthropologique des conditions de vie des groupes défavorisés laisse toutefois entrevoir au niveau de la société des faits semblables à ceux mis en évidence au niveau de l'espace national.

Ce qui ressort de cette analyse fragmentaire — mais dont les absences sont significatives — est donc doublement paradoxal. D'une part, la situation sanitaire du pays, telle qu'on peut l'apprécier à travers des indicateurs globaux, continue de s'améliorer alors même que l'économie connaît de profondes difficultés. D'autre part, les inégalités spatiales de santé s'accroissent de manière continue, mais avec des accélérations en période d'expansion. Ces deux conclusions trouvent dans une large mesure leur explication dans la façon dont s'est constitué et reproduit le système de soins en Équateur — dont il s'est étendu et renforcé au cours des deux dernières décennies ; mais aussi dont il s'est développé sur un mode de plus en plus inégalitaire.

## Un système de soins à plusieurs vitesses

L'Équateur est l'un des derniers pays d'Amérique latine à s'être doté d'un ministère de la Santé, en 1967. Jusqu'à cette époque, le domaine de la santé ressortissait, pour la gestion des hôpitaux, à l'Assistance publique qui avait succédé aux Juntas de Bienfaisance en 1926 et dépendait d'un grand ministère de la Sécurité sociale et du Travail, et pour l'hygiène publique, aux Services d'hygiène qui, depuis 1906, remplaçaient les Juntas d'Hygiène et se trouvaient regroupés dans un ministère de l'Hygiène aux moyens réduits<sup>(6)</sup>. Ce découpage, où l'on retrouve l'opposition, devenue depuis classique, entre les secteurs curatif et préventif, manifeste plus fondamentalement encore la dualité de l'idéologie médicale traditionnelle entre l'individu et la collectivité.

Le ministère de la Santé, à peine créé, s'attèle à une double tâche : réorganiser dans le sens d'une unification le système de soins, et l'étendre à l'ensemble du pays. Les deux caractéristiques de l'appareil sanitaire à la fin des années 60<sup>(7)</sup> sont en effet sa dispersion institutionnelle qui entraîne une faiblesse du niveau central de décision (outre l'Assistance publique et l'Hygiène qui relient surtout des pouvoirs locaux, ce sont les services de la Sécurité sociale, des Forces armées et de la Police, les structures parapubliques, les associations privées et la médecine libérale qui échappent presque en totalité à l'autorité du ministère de la Santé), et son implantation réduite sur le territoire national (les zones péri-urbaines en plein développement à cette époque, et plus encore les régions rurales paraissent abandonnées par les politiques publiques, sauf lorsque des épidémies ou des épidémies menacent l'activité économique, en particulier dans les ports et sur les plantations).

Le travail de regroupement administratif portera en partie ses fruits : les seize Juntas d'Assistance Publique et les Services d'hygiène passent sous la coupe ministérielle, de même que certaines structures parapubliques ; des accords sont régulièrement passés entre le ministère de la Santé et la Sécurité sociale ; progressivement, l'Institut national de la statistique parvient à obtenir des informations sur l'activité hospitalière des institutions non étatiques ; et même, un certain nombre de normes techniques sont acceptées par l'ensemble des acteurs du système de soins. Cette action centralisatrice montre aussi ses limites, lorsque lui échappent – et cela reste vrai jusqu'à aujourd'hui – les puissantes Junte de Bienfaisance et Société protectrice de l'Enfance de Guayaquil qui gèrent les quatre principaux hôpitaux publics de la province la plus peuplée du pays.

La politique d'extension du système de soins, quant à elle, bénéficie durant les années 70 d'une conjoncture extrêmement favorable<sup>(8)</sup>. D'une part, sur le plan économique, l'enrichissement de l'État provoqué par l'exploitation du pétrole permet le développement rapide d'un réseau de voies de communication et d'une infrastructure de services de santé : de grands hôpitaux sont construits ou rénovés, et surtout des centres de santé se multiplient dans les régions rurales. D'autre part, sur le plan politique, les militaires au pouvoir tentent d'établir leur légitimité par la démonstration de réalisations concrètes et par la prise en charge de l'ensemble du territoire national. En sept ans, le nombre de postes de santé passe de 121 à 201, celui des sous-centres de santé de 159 à 486, celui des centres de santé de 49 à 72.

Le système de soins qui se renforce à cette époque demeure pourtant profondément inégalitaire, situation que les années de récession qui vont suivre ne feront qu'aggraver. Les contrastes les plus marquants se situent entre les milieux urbain et

rural : tous les hôpitaux se trouvent bien sûr dans les chefs-lieux de canton ou de province, de même que presque tous les spécialistes ; mais également, les médecins, et jusqu'aux sages-femmes et infirmières, travaillent pour leur majorité dans les villes. On trouve des contrastes semblables entre les provinces urbaines, comme celle du Pichincha, et les provinces rurales, comme celle du Chimborazo, ou encore à l'intérieur même des provinces, fussent-elles rurales (tableau 6).

Tableau 6. Disparités des moyens matériels et humains dans le système de soins (données pour 100 000 habitants)

Moyen	Pays		Provinces		Chimborazo	
	Urbain	Rural	Pichincha	Chimborazo	Urbain	Rural
Hôpitaux et cliniques	6,7	0	3,5	3,5	11,8	0
Centres de santé	1,0	0,1	0,6	0,3	0,9	0
Sous-centres de santé	2,1	16,2	5,3	14,1	6,4	17,3
Postes de santé	0,1	4,4	0,6	3,8	2,7	4,2
Dispensaires	10,9	9,1	16,9	12,7	11,8	13,1
Médecins	155,0	33,5	158,1	63,8	134,5	33,8
Sage-femmes	5,2	0,7	3,9	2,7	9,1	0
Infirmières	43,3	2,9	59,1	1,1	37,2	0
Auxiliaires de santé	194,1	34,0	164,0	95,9	243,6	33,4

Sources : Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1985, INEC, Quito, 1975 et Estadísticas del Ecuador 1988, Vjekoslav Darlic Mardesic, ILDIS, Quito, 1988.

De fait, le paysan indien n'a guère d'alternative lorsqu'il est malade. Le sous-centre de santé du village – qui peut être à plusieurs heures de marche de là où il vit – ne reçoit la visite du médecin que deux matinées par semaine, dans le meilleur des cas, puisque sur les quatre journées de travail hebdomadaire, deux sont consacrées aux actions préventives dans les communautés ; en réalité, le médecin, qui effectue son stage rural obligatoire, est souvent absent les jours d'ouverture annoncés, à cause notamment de sessions de formation et de réunions de coordination auxquelles il doit se rendre ; de plus, si par chance le malade trouve un soignant au village, il n'est guère plus avancé, car la plupart des médicaments manquent ; il repart donc après avoir reçu une injection et muni d'une ordonnance pour laquelle il doit se rendre dans une pharmacie du chef-lieu. Forts de cette expérience, les habitants des zones rurales se soignent pour l'essentiel avec des remèdes traditionnels, et lorsque la maladie est considérée comme grave, ils vont chez un médecin de ville ou à l'hôpital provincial, ce qui signifie des dépenses importantes de temps et d'argent pour le transport et pour les soins, ce qui implique aussi un retard du traitement pouvant avoir des conséquences néfastes.

A cette répartition spatiale inégale s'ajoute une discrimination sociale liée à la différenciation des recours institutionnels. Ainsi, seuls les salariés peuvent-ils bénéficier des services de la Sécurité sociale, c'est-à-dire d'un ensemble de prestations : soins gratuits dans les dispensaires, hôpitaux et pharmacies de cette institution ; allocation versée au malade pendant la durée de son incapacité à travailler ; soins obstétricaux et allocations de maternité ; pension d'invalidité au travailleur handicapé ; retraite pour ceux qui ont cotisé entre dix et trente ans ; assurance décès dont bénéficient les proches du salarié ; subside donné en cas de perte de l'emploi ; enfin, prêt logement destiné à permettre l'achat d'un terrain et la construction d'une maison. Dans la mesure où ces avantages ne concernent que le cotisant, et non pas le conjoint ou les enfants, ce sont à peu près 7 % de la population qui en sont bénéficiaires.

Ce privilège des salariés est cependant considérablement amoindri par la réalité des prestations offertes. L'insuffisance des structures et des moyens, qui se

(6) Une présentation historique détaillée est donnée par Margarita Velasco Abad, Patricia de la Torre et Ninfa León dans *Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887-1983*, Informe final, mult., Quito, 1989, 307 p.

(7) Dans son *Informe a la nación 1969*, Ministerio de Salud Pública, mult., Quito, 1969, 210 p., le ministre de la Santé Francisco Páramo Gil exprime parfaitement cette double préoccupation : « Le secteur de la santé apparaît démantelé et atomisé en une série d'institutions qui exécutent des programmes et réalisent des actions sans se soumettre à aucune norme et pire encore à une planification centrale... ». L'Assistance publique administre des lits qui représentent 45 % du total que compte le pays, et ne couvre que les chefs-lieux de provinces et 30 % des chefs-lieux de cantons (...). Les actions de Santé publique se révèlent circonscrites uniquement à la population urbaine » (p. 9 et 10).

(8) De ce point de vue, le triomphal *Informe del Ministerio de Salud Pública 1972-1979*, Gobierno de las Fuerzas Armadas, mult., Quito, 1979, 102 p., du ministre de la Santé Gil Bermeo Vallejo n'est pas sans fondement. Le Plan de Médecine Rural y est notamment présenté comme « la première manifestation de l'extension de la couverture des services sanitaires » (p. 7).

traduit notamment par une réduction du nombre de lits hospitaliers en proportion des affiliés et par un déficit constant en produits pharmaceutiques, fait que les listes d'attente pour les hospitalisations sont le plus souvent dissuasives et que les prescriptions demeurent lettre morte dans les officines agréées. De même, l'examen des statistiques des diverses allocations aux travailleurs malades, aux femmes enceintes, aux handicapés ou aux retraités fait apparaître une diminution à la fois du nombre des bénéficiaires et de la valeur réelle des prestations. Enfin, les prêts logement devenant de plus en plus difficiles à obtenir et n'étant de toutes façons pas indexés sur la hausse des prix des secteurs foncier et immobilier, les salariés qui peuvent acheter et construire sont de plus en plus rares<sup>(9)</sup>. De ce bilan, on peut conclure que les annonces optimistes de la Sécurité sociale faisant état d'une augmentation du nombre d'affiliés – d'ailleurs bien modeste, puisqu'entre 1970 et 1988 la couverture est passée de 5,2 à 7,3 % de la population active – occultent une baisse de la qualité des prestations qui fait des salariés des privilégiés aux avantages très réduits, surtout si l'on considère le prélèvement que constituent les cotisations.

En conséquence, la différenciation dans le recours aux soins s'établit plutôt en fonction du niveau des revenus que de la protection sociale : les membres des classes moyennes et aisées consultent en médecine libérale et se font hospitaliser en clinique privée ; ceux des milieux défavorisés doivent se contenter des services quasi gratuits du ministère de la Santé, mais dans des conditions d'accueil sommaires et avec presque toujours des ordonnances à se procurer en pharmacie ; parmi les travailleurs affiliés à un système d'assurance, seules quelques catégories bénéficient d'une certaine qualité de prestations, en particulier les militaires et les policiers qui ont des caisses à part ; les autres salariés adaptent leurs choix à leurs moyens, recourant au secteur privé lorsqu'ils le peuvent, et sinon aux structures publiques, se réservant toutefois la possibilité d'aller dans un hôpital de la Sécurité sociale en cas de maladie grave ou d'opération coûteuse. Présentation bien entendu schématique, mais qui tente de suggérer la diversité et la complexité de l'appareil sanitaire équatorien (tableau 7).

Un indice permet de penser que l'évolution récente se fait dans le sens d'un approfondissement des inégalités devant les soins : c'est le développement rapide du secteur privé. Entre 1983 et 1987, le nombre de cliniques s'est accru de 29 %, contre seulement 4 % aux hôpitaux, représentant respectivement des augmentations de 24 et 6 % de la quantité de lits ; les effectifs de médecins libéraux ont connu une hausse de 51 %, contre 20 % pour ceux exerçant dans les services publics. Qu'en période de difficultés économiques le secteur privé connaisse un tel essor traduit certes l'existence d'une classe qui profite des effets de la récession et à laquelle peut s'adresser une profession médicale pléthorique. Mais il ne faut pas s'y tromper, les pauvres aussi consultent en médecine libérale pour y recevoir un accueil qu'ils savent plus humain et un traitement qu'ils croient plus efficace : ils paient alors ce qui est pour eux le prix de la guérison.

Un système de soins éclaté en une multitude d'institutions gérées de manière quasiment indépendante, divisé entre un secteur public appauvri et un secteur privé en pleine expansion, offrant un niveau de protection sociale face aux grands risques de la vie de plus en plus déficient, telle est l'image que donne l'appareil sanitaire équatorien. Héritage d'un passé où les pouvoirs publics n'ont pas su imposer un système de soins national, il illustre aussi le mirage d'un État-providence qui s'éloigne irrémédiablement.

Tableau 7. Moyens et activités des diverses institutions de soins

Moyens et Activités	Ministère de la santé	Sécurité sociale	Armées	Police	Bienfaisance (Guayaquil)	Missions	Municipalités	Solca (Cancer)	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Etablissements	120	17	14	2	4	6	1	2	4	222
Lits hospitaliers	7 772	1 607	847	75	2 810	284	56	70	249	2 956
Hospitalisations	245 687	57 150	17 352	973	58 597	4 389	3 512	1 862	10 493	85 139
Médecins	3 273	2 186	529	90	589	—	42	56	241	2 306
Sages-femmes	207	9	8	3	26	—	2	2	17	27
Infirmières	1 107	585	187	7	94	—	17	5	32	291
Auxiliaires	5 667	1 964	639	64	1 664	—	44	54	179	1 092
Consultations	5 404 940(e)	2 822 892	—	—	—	—	—	—	—	144 028

(a) Comprend toutes les consultations dans le secteur public sauf Sécurité sociale.  
Sources : Anuario de Estadísticas Hospitalarias 1988, INEC, Quito et Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1985, INEC, Quito.

(9) Pour une information plus complète sur la situation complexe et préoccupante de l'Instituto Ecuatoriano de Seguro Social, on pourra se reporter à l'ouvrage de Luis Torres : *La crisis del IESS*, Quito : El Conejo, 1987.

## Les politiques sanitaires d'un État affaibli

Les inégalités de santé ne sont abordées que tardivement par les pouvoirs publics en Équateur : il est ainsi révélateur que ce soit une organisation étrangère – la Mission andine, constituée à l'instigation du Bureau international du travail – qui ait la première, dans les années 50, fait des propositions et réalisé des programmes visant à améliorer le sort des populations indiennes. Le constat établi par le ministère de la Santé à sa création est à cet égard lucide, montrant l'absence quasi générale de structures de santé dans les campagnes équatoriennes.

Le Plan de médecine rurale est conçu dès 1968, mais mis en œuvre seulement vers 1972. Il vise à étendre le système public de soins aux zones rurales, grâce à la construction de centres de santé dans tous les chefs-lieux de cantons qui n'en sont pas dotés et de sous-centres ou de postes de santé dans toutes les paroisses (qui constituent les divisions administratives de base), et grâce à la création d'un service de médecine rurale obligatoire d'une année pour tous les médecins ayant terminé leurs études et fait leur stage interné (ce stage concerne aujourd'hui également les paramédicaux et les dentistes). Incontestablement, ce programme entraîne une amélioration de l'accès aux soins pour les habitants des campagnes : la proportion d'accouchements avec assistance professionnelle passe ainsi de 21 à 56 % entre 1968 et 1988, au niveau national, atteignant 25 % en zone rurale. Cependant, les disparités sont grandes d'une région à une autre : pour continuer avec le même exemple, dans un nombre important de paroisses de la Sierra, la part de naissances bénéficiant d'une aide médicale demeure inférieure à 1 %.

Parallèlement à ce Plan du ministère de la Santé, la Sécurité sociale tente de développer une forme de protection pour le secteur rural. La Sécurité sociale paysanne est en fait une vieille idée, puisqu'en 1935 la Loi sur la Sécurité sociale le mentionnait déjà. Toutefois, ce n'est qu'en 1981 que ce programme commence réellement à se développer. Le principe est simple : il s'agit d'assurer volontairement les habitants des zones rurales ; à la différence de ce qui se passe pour le régime général, celui qui cotise fait bénéficier toute sa famille (conjoint et enfants). Le résultat est modeste : actuellement, seuls 10 % de la population rurale sont affiliés et la progression des recrutements est très ralentie.

Dans le courant des années 80, avec l'accentuation de l'exode rural et de la croissance urbaine, il apparaît clairement que les habitants des périphéries des villes sont à leur tour devenus des laissés pour compte des politiques sociales et sanitaires. Une nouvelle action est lancée en 1989 par le ministère de la Santé, sous le nom de Plan de santé familial. Elle s'adresse particulièrement aux populations des quartiers pauvres et se développe selon les modalités de la médecine communautaire : enquête préalable pour déterminer les ménages ou les personnes dites à risque, suivi régulier des femmes enceintes et des enfants malnutris, etc. Il est trop tôt pour juger de la réussite ou de l'échec du programme. Une évaluation réalisée début 1990 par la Direction nationale du contrôle de gestion, service dépendant de la présidence de la République<sup>(10)</sup>, indique toutefois que les résultats de la première phase ne sont pas à la hauteur des espoirs suscités et des investissements réalisés.

Sans contester certaines indiscutables réussites – dont on a d'ailleurs vu qu'elles se traduisent par une baisse constante de plusieurs indicateurs de mortalité –, il faut pourtant se rendre à une évidence : les pouvoirs publics ne sont pas à même de combattre les inégalités de santé, ou plus simplement d'offrir des prestations sociales et sanitaires de qualité au plus grand nombre. En période d'expansion, les catégories défavorisées ne bénéficient que de maigres retombées de la croissance qui favorise surtout le bien-être des classes dirigeantes. En période de récession, elles subissent plus que les

autres les effets négatifs de restrictions budgétaires qui se portent avant tout sur les dépenses sociales.

L'incapacité des pouvoirs publics à apporter des solutions à cette situation conduit à s'interroger sur la figure de l'État. L'histoire de l'Équateur républicain est celle d'une lutte constante de l'État pour s'affirmer, contre une série de forces centrifuges, comme la seule autorité garante de l'unité nationale. Cette affirmation s'est faite notamment contre les jeux des pouvoirs locaux<sup>(11)</sup> – mais on peut constater que cent soixante ans après l'Indépendance et vingt-trois ans après la création du ministère de la Santé, les plus importantes institutions de soins de Guayaquil échappent toujours au contrôle central –, et contre les revendications des nationalités indiennes<sup>(12)</sup> – mais l'une des premières exigences du soulèvement indien de juin 1990 est la déclaration d'un État pluri-national.

Dans les périodes de prospérité économique et de volonté politique centralisatrice, comme c'est le cas à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, au moment de la Révolution libérale et de l'essor de l'agriculture d'exportation, ou dans les années 70 avec les militaires au pouvoir et les bénéficiaires de l'exploitation pétrolière, l'État se renforce, et dans le domaine de la santé publique, il manifeste son hégémonie par une extension de ses prérogatives et de ses institutions. Au contraire, dans les périodes de difficultés économiques et de faiblesse politique, comme lors de la crise de la fin des années 20 ou à l'époque actuelle, il perd de son pouvoir, et sur le plan sanitaire, il se contente d'entretenir avec des moyens défailants les acquis des phases antérieures.

Mais dans une situation comme dans l'autre, c'est le développement économique qui prime sur la lutte contre les inégalités sociales<sup>(13)</sup>. En période d'enrichissement, le gouvernement considère que les retombées de la croissance seront partagées – ce qui est vrai à condition d'ajouter « inégalement ». Et en période d'appauvrissement, il doit faire face prioritairement aux exigences d'ajustement et aux sauvetages d'entreprises – et les programmes sociaux passent au second plan. Il est de ce point de vue révélateur que la dette de l'État vis-à-vis de l'Institut équatorien de Sécurité sociale (dont la fonction de base est la redistribution) n'ait pas été plus remboursée dans les années 70, alors que le produit intérieur brut avait été multiplié par 2,5, que dans les années 80 alors qu'il commence à décroître.

Dans les mouvements de balancier auxquels est soumis le pouvoir central, l'époque actuelle marque un recul majeur de l'État, favorisé par des mécanismes objectifs tels que la récession, mais aussi par des phénomènes idéologiques comme la montée du néo-libéralisme. C'est ainsi que dans les domaines éducatif, social et sanitaire, l'État dispose de moins en moins de moyens : en valeur réelle, après avoir augmenté de 152 % entre 1972 et 1981, le budget de l'éducation a diminué de 17 % entre 1981 et 1985 ; dans les mêmes périodes, les chiffres sont respectivement, pour le social, plus 192 % et moins 35 %, et pour la santé, plus 567 % et moins 18 % (tableau 8).

Mais l'affaiblissement n'est pas seulement économique, il est également politique. Trois signes en attestent dans le domaine de la santé publique. Tout d'abord, la protection sanitaire et sociale offerte par l'État ne s'étend toujours pas à l'ensemble du territoire national, et malgré des efforts incontestables pour améliorer le système de santé, une proportion importante d'habitants des zones rurales ne peut accéder aux soins minimaux et aux médicaments essentiels, en raison d'obstacles physiques et financiers beaucoup plus que culturels. Ensuite, le contrôle du ministère de la Santé ne vise qu'une partie des services publics, puisque lui échappent les structures dépendant

(11) Le régionalisme est donné par Linda Alexander Rodríguez comme l'une des quatre constantes de l'histoire politique équatorienne dans « La política en el Ecuador 1830-1925 », *Cultura, Revista del Banco Central del Ecuador*, 1986, IX, 26, p. 13-40.

(12) La discussion « ethnic vs. nation » est au cœur de l'article de José Sánchez Parga, « Etnia, Estado y la "forma" classa », *Ecuador Debate*, 1986, 12, p. 25-77.

(13) Dans un texte intitulé : « La múltiple transformación del Estado latinoamericano », *Nueva Sociedad*, 1989, 104, p. 88-94, Juan Carlos Portantiero constate que des trois fonctions principales de l'État – constitutionnelle, économique et sociale –, la seconde s'est progressivement développée dans les années récentes au détriment de la troisième, car l'État de plus en plus doit intervenir sur le marché pour soutenir les entreprises privées, ce qui ne lui laisse guère de moyens pour réaliser des programmes de redistribution : « la figure complémentaire de l'État assistantiel est le capitalisme assisté, comme alternative facile à la planification ».

**Tableau 8. Dépenses sociales du budget de l'État**  
(en sucres 1975/habitant et en pourcentage du budget total)

Années	Total	Education	%	Social	%	Santé	%
1970	1 975,7	381,7	19,3	10,9	0,5	62,9	3,1
1980	3 092,9	1 021,1	33,0	24,5	0,7	156,3	5,0
1985	3 214,4	734,2	22,8	27,5	0,8	219,5	6,8

Source : La situación de la Salud en el Ecuador, José Suarez et al., Ministerio de Salud Pública, ININMS, OPS, OMS, Quito, 1987, p. 49; d'après Estadísticas Fiscales (1970-1979) et Ministerio de Finanzas (1980-1985).

de la Sécurité sociale, des Forces armées, de la Police, des municipalités, de la Bien-faisance, et ne concerne pratiquement pas les services privés, qui ne sont soumis qu'aux lois du marché et aux principes de la déontologie. Enfin, les interventions extérieures sur les politiques sanitaires sont de plus en plus nombreuses, comme le montrent, dans la période récente, les programmes de vaccination impulsés par l'UNICEF, les campagnes contre le sida développées par l'OMS, ou le Plan de santé familiale soutenu par l'USAID, dans lesquels le rôle des institutions étrangères n'est pas seulement financier, mais commence avec le choix de la priorité et de l'action à mener.

Le retrait de l'État, en particulier pour tout ce qui touche au social, est un phénomène qui n'est ni le fait d'un gouvernement donné, ni spécifique à l'Équateur. Les contraintes internes et externes sont en l'occurrence plus fortes que la volonté affichée des dirigeants, quoiqu'en disent avant chaque élection les partis d'opposition qui, sur ce terrain, rivalisent de démagogie<sup>(14)</sup>. L'évolution des autres pays d'Amérique

**Tableau 9. Dépenses sociales dans certains pays d'Amérique latine**  
(en pourcentage du produit intérieur brut)

Pays	Éducation			Santé		
	1970	1980	1985	1970	1980	1985
Argentine	1,0	1,9	1,6	0,3	0,5	0,5
Bolivie	3,1	3,8	2,4	0,9	1,7	0,4
Brésil	1,2	0,7	1,2	1,3	1,3	1,5(a)
Colombie	—	2,3	2,9	—	0,8	0,7(a)
Costa Rica	3,4	6,2	4,1	0,4	1,6	0,5
Chili	3,9	4,1	3,3	1,7	2,1	2,7
Equateur	2,8	5,3	3,7	0,5	1,8	1,1
Salvador	2,9	3,4	2,8	1,3	1,5	1,2
Guatemala	—	1,8	1,2	—	1,6	0,7
Honduras	3,3	3,0	4,7	1,5	1,4	2,0
Mexique	—	3,1	2,6	—	0,4	0,3
Nicaragua	2,3	3,5	6,6	0,7	4,4	5,0
Panama	4,2	4,5	4,7	1,9	1,6	1,8
Paraguay	1,6	0,4	1,2	0,4	0,4	0,7
Pérou	3,2	3,0	2,6	0,9	1,1	1,0
Uruguay	—	2,0	1,5	—	1,1	0,9
Venezuela	3,1	4,3	4,9	1,5	1,1	1,3

(a) Données de 1984, en l'absence de celles de 1985.

Sources : Estadísticas del Ecuador 1988, Vjekoslav Darlic Mardesic, ILDIS, Quito 1988, tableau 19.15, d'après Banco Interamericano de Desarrollo, 1988.

(14) Dans « Treinta años de planificación de las políticas sociales », *Ecuador Debate*, 1989, 19, p. 11-43, Nicanor Jacome montre comment le plan de 1985-1988, sous la présidence de León Febres Cordero, rompt avec les précédents en ce que l'État n'y apparaît plus comme le responsable du bien-être de la population (celui-ci revient « à la solidarité sociale » dans le cadre d'une plus grande « participation de la communauté »), vision que le Plan de 1989-1992, sous la présidence de Rodrigo Borja, ne change pas fondamentalement, si ce n'est que la rhétorique est celle des « acteurs sociaux ». Il ne s'agit pas de tomber dans l'excès qui fait dire à certains que les gouvernements se suivent et se ressemblent, mais de rappeler que le jeu politique ne dispose actuellement que d'un espace restreint de changement : la Gauche démocratique a récemment fait les frais de cette dure réalité en perdant les élections générales de juin 1990, y compris dans ses bastions traditionnels, à cause notamment de son incapacité à améliorer la situation des Équatoriens.

latine en matière de politiques salariales et de dépenses sociales semble même montrer que l'Équateur se situe parmi les moins mal lotis (tableau 9).

Finalement, la question que pose la gestion des inégalités par l'État est aussi celle de la démocratie : quel que soit le respect des libertés formelles — dont il est certain qu'il progresse actuellement en Équateur —, on peut se demander jusqu'à quel point la démocratie réelle n'est pas menacée par la croissance des disparités sociales, surtout lorsque ce sont la souffrance et la vie d'êtres humains qui sont en cause. Cette interrogation ne peut pas être éludée au moment où l'échec des régimes communistes fait céder certains à la critique facile de l'État et à la tentation triomphaliste du néolibéralisme : pas plus en Amérique latine qu'ailleurs la défense des droits de l'homme ne doit faire oublier la lutte contre les inégalités sociales.

1989, les premières « directes » réclamées depuis la fin du régime militaire, se sont déroulées en deux tours. Parmi les vingt et un candidats retenus, Leonel Brizola et Luiz Inacio Lula da Silva étaient considérés comme les favoris, mais c'est un inconnu, gouverneur de l'Alagoas, Fernando Collor de Mello, qui axa sa campagne sur la moralisation politique, qui l'emporta au premier tour avec 28,5 % des voix contre 16 % à Lula. Sans autre programme, se démarquant de toute alliance mais avec le soutien de nombreuses autorités locales, Fernando Collor a su toucher les couches populaires, très réceptives aux médias, qui ont vu en lui un symbole de renouveau et de modernité; il obtint 49,94 % des voix au second tour contre 44,23 % à Lula, qui confirme toutefois par ce score le poids du Parti des travailleurs dans les classes moyennes urbaines.

**Le moratoire : un moyen de pression efficace pour la résolution définitive de la crise de la dette extérieure au Brésil**

Jérôme Trotignon

Face aux difficultés rencontrées par les pays endettés pour honorer leurs engagements, le moratoire peut être considéré comme un outil de négociation avec les banques créancières pour obtenir une réduction du transfert des ressources à l'extérieur. D'une part, pas plus que les sanctions de nature juridique ou économique, le recours à un embargo vis-à-vis du pays défaillant ne s'avérerait efficace pour le pays créancier. D'autre part, le risque de faillite encouru par les banques américaines a beaucoup diminué au cours des années 80.

Si le premier moratoire déclaré en février 1987 par le président Sarney a permis au Brésil d'augmenter le niveau de ses réserves internationales, il n'a pas, en raison des pressions internes favorables à une reprise des paiements, abouti à une réduction effective des paiements externes. Le moratoire proclamé en juin 1989 et prolongé par le nouveau gouvernement en mars 1990 bénéficie quant à lui d'une cohésion politique et d'une situation économique augmentant les chances de succès de la renégociation en cours.

**Brésil : politique salariale et répartition du revenu (1965-1990)**

João Saboia

Le gouvernement brésilien a joué un rôle central en matière de politique salariale à partir de 1965, date à laquelle la législation fixant les règles de réajustement des salaires a été appliquée au secteur privé, dans le cadre du Programme d'action économique du gouvernement Castelo Branco. Depuis cette date, employés et employeurs se sont vu refuser le plus souvent toute participation directe à l'établissement de ces règles.

Pendant ces vingt-cinq années, de nombreuses modifications ont eu lieu. Elles ont décollé tour à tour des actions revendicatives des travailleurs, des négociations avec le FMI ou des accords entre partis politiques et ont correspondu tantôt à des assouplissements, tantôt à des durcissements de la législation salariale.

Après avoir présenté l'évolution de cette législation, João Saboia examine les possibilités d'utiliser la politique salariale en vue d'améliorer la répartition du revenu. Selon lui, il n'est pas possible actuellement de laisser les salaires évoluer au gré des forces du marché et une politique salariale redistributive peut avoir des résultats positifs, même en période de crise économique, comme en témoigne l'expérience des années 1979-1982.

**L'État équatorien face aux inégalités de santé**

Didier Fassin

L'accroissement des inégalités sociales dû à la crise économique devrait influencer sur la situation de la santé en Équateur. Or, depuis 1980, les indicateurs de santé tels que la baisse de la mortalité infantile et celle de la mortalité maternelle ont poursuivi leur progression. Cependant, les écarts entre les espérances de vie des deux provinces présentant les chiffres les plus extrêmes se sont accrus; les inégalités spatiales de santé s'aggravent. La création tardive du ministère de la Santé en 1967 avait pourtant cherché à atténuer la discrimination spatiale entre les zones urbaines et rurales; mais plusieurs services sanitaires échappent totalement à son

contrôle. La discrimination sociale existe aussi, les services quasi gratuits restant assez somptueux. L'effort fait dans les campagnes pendant les années soixante-dix n'empêche pas que, dix ans plus tard, les périphéries des villes soient à leur tour laissées pour compte. Ce constat pose la question de l'affaiblissement, économique et aussi politique, d'un État qui dispose de moins en moins de moyens et voit se multiplier les interventions d'organismes extérieurs.

(Résumé  
d'auteur)

**Cuba : ¿ rectificación en la « rectificación » ?**

Janette Habel

La crisis actual de los países del bloque soviético amenaza la estabilidad y la forma actual de intercambios de Cuba con los otros miembros del Consejo de Asistencia económica mutua. El pago de la compras cubanas de petróleo soviético se hará de ahora en adelante en divisas, lo que pondrá fin al trueque sobre el que Cuba fundó su desarrollo. Sin embargo, ciertos sectores soviéticos, tales como las fuerzas armadas, parecen más decididos a continuar la cooperación.

Con el racionamiento agravado con la penuria, las discusiones se instauran sobre una eventual introducción de mecanismos comerciales en la economía. La «rectificación» de la política relativamente liberal conducida hasta 1986 muestra una contradicción entre el discurso y los hechos, principalmente en la política salarial y en el desarrollo del turismo. Los mecanismos capitalistas que aparecen son mal aceptados por la población mientras que la dirección del partido continúa a oponerse a cualquier forma de democratización política.

**Cuba : agricultura y alimentación**

Denise Douzant-Rosenfeld

Las reformas agrarias de 1959 y 1963 debían desarrollar el gran potencial de la agricultura cubana. Después de la implantación de granjas estatales y la consolidación de pequeños propietarios agricultores siguió, en la mitad de los años 70, la creación de cooperativas agrícolas de producción que permitieron a los campesinos agruparse sin perder las ventajas de los granjeros individuales. El ejemplo de la provincia de la Havana muestra una fuerte proporción de pequeños propietarios, que juegan un papel fundamental en el abastecimiento de la capital en tubérculos y en legumbres. El sector del Estado, a pesar de dos fenómenos de crecimiento relativo — su parte de tierras de la provincia dobló entre 1965 y 1989 — y de la alta concentración (superficies medias de granjas, 20 000 ha contra 600 para las cooperativas), presenta una productividad muy baja. Se encuentra desaventajado por la elección inicial de una agricultura