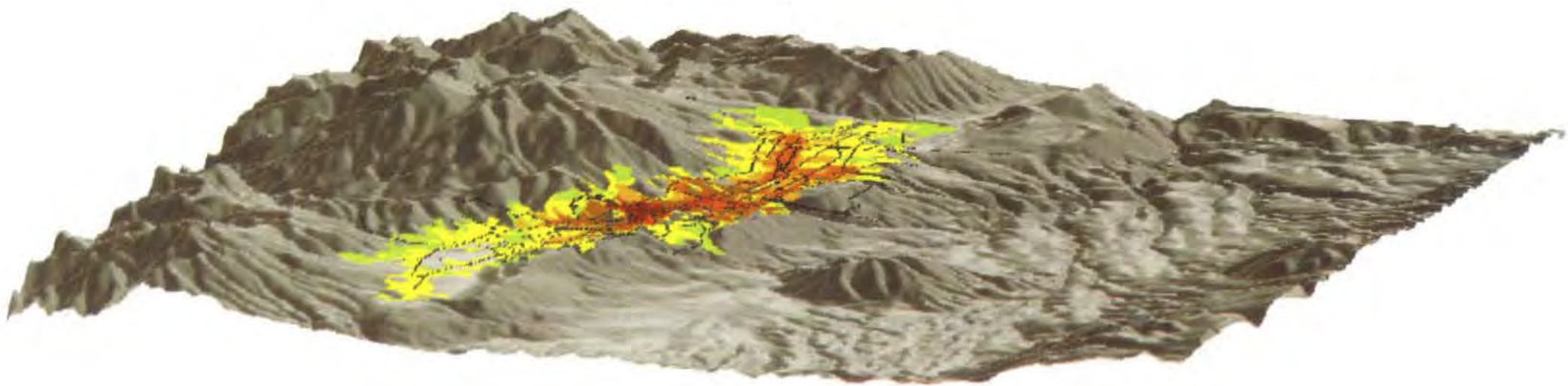


ATLAS INFOGRÁFICO DE QUITO

socio-dinámica del espacio y política urbana



ATLAS INFOGRAPHIQUE DE QUITO

socio-dynamique de l'espace et politique urbaine



*Instituto Geográfico Militar (IGM)
Ecuador*



*Instituto Panamericano de Geografía e
Historia Sección Nacional del Ecuador
(IPGH)*



*L'Institut français de recherche
scientifique pour le développement en
coopération*

Módulo numérico de terreno de la portada

La ciudad de Quito y su crecimiento, software *Savane*, © ORSTOM, 1992

Modèle numérique de terrain de la couverture

La ville de Quito et sa croissance, logiciel Savane, © ORSTOM, 1992

Ficha de documentación

INSTITUTO GEOGRÁFICO MILITAR (IGM); INSTITUTO PANAMERICANO DE GEOGRAFÍA E HISTORIA SECCIÓN NACIONAL DEL ECUADOR (IPGH); INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION (ORSTOM). — **Atlas infográfico de Quito: socio-dinámica del espacio y política urbana / Atlas infographique de Quito : socio-dynamique de l'espace et politique urbaine.** — 41 láminas bilingües (español, francés), cuadr., gráf., biblio. ; 29,7 x 42
ISBN : 2-7099-1083-7 (para Europa, África, Asia y Oceanía)

Difusión exclusiva para las Américas

INSTITUTO PANAMERICANO DE GEOGRAFIA E HISTORIA SECCIÓN NACIONAL DEL ECUADOR (IPGH)
Siniergues s/n y Paz y Miño (IGM tercer piso) - Quito - ECUADOR
Apartado 3898 - Quito - ECUADOR
Telf.: 522-495, Ext. 38; 541-627; 525-378

Fiche documentaire

INSTITUTO GEOGRÁFICO MILITAR (IGM) ; INSTITUTO PANAMERICANO DE GEOGRAFIA E HISTORIA SECCIÓN NACIONAL DEL ECUADOR (IPGH) ; INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION (ORSTOM). — **Atlas infográfico de Quito: socio-dinámica del espacio y política urbana / Atlas infographique de Quito : socio-dynamique de l'espace et politique urbaine.** — 41 planches bilingues (espagnol, français), tabl., graph., bibliogr. ; 29,7 x 42
ISBN : 2-7099-1083-7 (pour l'Europe, l'Afrique, l'Asie et l'Océanie)

Diffusion exclusive pour l'Europe, l'Afrique, l'Asie et l'Océanie

INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION (ORSTOM)
213, rue La Fayette - 75480 Cédex 10 - FRANCE
Tél : (1) 48 03 77 77
Télex : ORSTOM 214 627 F
Télécopie : 48 03 08 29

Los mapas publicados en esta obra no pueden en ningún caso tener un valor jurídico de referencia

Les cartes publiées dans cet ouvrage ne peuvent en aucun cas avoir une valeur juridique de référence

COMITÉ DE DIRECCIÓN - COMITÉ DE DIRECTION

Germán RUIZ ZURITA (1982 - 1984)
Segundo CASTRO CASTILLO (1984 - 1986)
Marco MIÑO MONTALVO (1986 - 1986)
Marcelo ALEMÁN SALVADOR (1987 - 1988)
Bolívar ARÉVALO VILLAROEL (1988 - 1990)
Cesar DURÁN ABAD (1990 - 1991)
Eduardo SILVA MARIDUEÑA (1991 - 1992)
Aníbal SALAZAR ALBÁN (en funciones)

Directores del IGM y Presidentes del
IPGH

Medardo TERÁN RODRÍGUEZ

Secretario Técnico del IPGH Sección
Nacional del Ecuador

Pierre POURRUT (1987 - 1990)

René MAROCCO (en fonction)

Représentants de l'ORSTOM en
Équateur

COMITÉ CIENTÍFICO - COMITÉ SCIENTIFIQUE

Jeanett VEGA (1987 - 1991)

Investigadora del IGM

Aníbal SALAZAR (1991 - 1992)

Director del IGM

María Augusta FERNÁNDEZ

Investigadora del IPGH

Henri GODARD

Chargé de recherche à l'ORSTOM

René de MAXIMY

Directeur de recherche à l'ORSTOM

DIRECCIÓN CIENTÍFICA - DIRECTION SCIENTIFIQUE

René de MAXIMY

SECRETARIO CIENTÍFICO - SECRÉTARIAT SCIENTIFIQUE

Henri GODARD

DIRECCIÓN INFORMÁTICA - DIRECTION INFORMATIQUE

Marc SOURIS

COLABORACIONES COLLABORATIONS

Rodrigo ACOSTA
Eduardo BALDEÓN
Olivier BARBARY
Orlando BAQUERO
Lucía BEDOYA
Alain CHOTIL
Galo COBO
Françoise DUREAU
Carlos ESPINEL
Soledad GALIANO
Jakeline JARAMILLO
Bolívar JIMÉNEZ
Bernard LORTIC
Nicole MARCEL
Tanya MEJÍA
Alain MICHEL
Claude de MIRAS
Darwin MONTALVO
Marío MORÁN
Laura PEREZ
Guido PINTADO
Rommel PROAÑO
Beatriz RIVERA
Jorge ROJAS
Juan SARRADE
José TUPIZA
Michael ZAPATA
René VALLEJO

BASE DE DATOS - BASE DE DONNÉES

CARTOGRAFÍA - CARTOGRAPHIE

TALLERES GRÁFICOS - ATELIERS GRAPHIQUES

SEPARACIÓN DE COLORES - SÉPARATION DE COULEURS

COMPOSICIÓN - COMPOSITION

FOTOGRAFADO - PHOTOGRAVURE

TRADUCCIÓN - TRADUCTION

IMPRESIÓN - IMPRESSION

PORTADA - COUVERTURE

ENCUADERNACIÓN - RELIURE

El banco de datos fue creado y manejado con el Sistema de Información Geográfica SAVANE (© ORSTOM, 1984-1992)
La base de données a été créée et gérée avec le Système d'Information Géographique SAVANE (© ORSTOM, 1984-1992)

Las láminas fueron compuestas en letras de molde TIMES - Les planches ont été composées en caractères TIMES

Marc SOURIS (responsable)
Jeanett VEGA (responsable)

Henri GODARD (responsable)
Marc SOURIS (responsable)

Graffiti
Macgeneración

Imprenta Mariscal
El Comercio

Henri GODARD (responsable)

Instituto Geográfico Militar (IGM)

María Dolores VILLAMAR (Trébol)

Instituto Geográfico Militar (IGM)

Instituto Geográfico Militar (IGM)

Instituto Geográfico Militar (IGM)

LISTA DE LOS AUTORES - LISTE DES AUTEURS

Jean-Guilhem BASTIDE

Mathématicien (MASS), Allocataire à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Marie S. BOCK

Géographe, Allocataire à l'Institut français d'études andines (IFEA) rattachée à l'Université de Toulouse-Le Mirail (IPEALT)

Bernard CASTELLI

Économiste, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

Géographe, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Anne COLLIN DELAUAUD

Docteur d'État, Professeur à l'Université de Paris III, Centre de recherche et de documentation sur l'Amérique latine (CREDAL)

Dominique COURET

Docteur en Géographie, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

María Augusta CUSTODE

Arquitecta, Dirección de la Planificación Urbana del Ilustre Municipio de Quito (IMQ)

Robert D'ERCOLE

Docteur en Géographie, Pensionnaire à l'Institut français d'études andines (IFEA)

Álvaro DÁVILA

Ingeniero geógrafo, Investigador del Instituto Panamericano de Geografía e Historia (IPGH)

Anne-Claire DEFOSSEZ

Sociologue, Chercheur à l'Institut santé et développement de l'Université de Paris VI et associée au Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)

Jean-Paul DELER

Docteur d'État, Directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Didier FASSIN

Médecin, anthropologue, Pensionnaire à l'Institut français d'études andines (IFEA) et chercheur associé au Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)

María Augusta FERNÁNDEZ

Ingeniera geógrafa, Investigadora del Instituto Panamericano de Geografía e Historia (IPGH)

Henri GODARD

Docteur en Géographie, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Juan LEÓN

Docteur en Sociologie, coordinador del Centro Ecuatoriano De Investigación en Geografía (CEDIG)

René de MAXIMY

Docteur d'État, Directeur de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Pierre PELTRE

Docteur en Géographie, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Marc SOURIS

Ingénieur en informatique, Chargé de recherche à l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Jeanett VEGA

Ingeniera geógrafa, Investigadora del IGM

Las opiniones vertidas comprometen únicamente a los autores y no a las instituciones a las que pertenecen

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs et non les institutions auxquelles ils appartiennent

MIEMBROS DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN - MEMBRES DU COMITÉ D'ÉVALUATION

Patricia ASPIAZU

André BALLUT

Bernard COCHET

Olivier DOLLFUS

Jean-Paul DELER

Anne COLLIN DELAUAUD

Xavier FONSECA

Jean-Paul GILG

Nelson GÓMEZ

Jorge LEÓN

Juan LEÓN

Christian de MUIZON

Antonio NARVÁEZ

Lelia OQUENDO

Aníbal ROBALINO

Yves SAINT-GEOURS

Olga SANI

Carlos VELASCO

Con el apoyo de los siguientes organismos e instituciones:

Ambassade de France

Banco Central

Banco Ecuatoriano de la Vivienda (BEV)

Bancos ecuatorianos y extranjeros

Bureaux régionaux de coopération scientifique et technique (Chili, Costa Rica, Venezuela)

Centro de Levamientos Integrados de Recursos Naturales por Sensores Remotos (CLIRSEN)

Centro Ecuatoriano De Investigación Geográfica (CEDIG)

Centro Panamericano de Estudios e Investigaciones Geográficas (CEPEIGE)

Centre National de la Recherche Scientifique

Colegio de Geógrafos del Ecuador

Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE)

Corporación Ecuatoriana de Turismo (CETUR)

Dirección General de Aviación Civil

Dirección Nacional de Tránsito

Empresa Eléctrica Quito S.A.

Empresa Municipal de Agua Potable (EMAP-Q)

Empresa Municipal de Alcantarillado (EMA)

Empresa Municipal de Rastro

Escuela Politécnica del Ejército (ESPE)

Escuela Politécnica Nacional (EPN), Instituto Geofísico

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Institut français d'études andines

Ilustre Municipio de Quito (IMQ)

Instituto Ecuatoriano de Electrificación (INECEL)

Avec le concours des institutions et organismes suivants :

Instituto Ecuatoriano de Minería (INEMIN)

Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS)

Instituto Ecuatoriano de Recursos Hidráulicos (INERHI)

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

Instituto Ecuatoriano de Telecomunicaciones (IETEL)

Instituto Geográfico Militar (IGM)

Instituto Nacional de Energía (INE)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología (INAMHI)

Instituto Panamericano de Geografía e Historia (IPGH)

Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM)

Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)

Ministerio de Bienestar Social y Promoción Popular

Ministerio de Defensa Nacional

Ministerio de Educación, Cultura y Deportes

Ministerio de Energía y Minas

Ministerio de Industrias, Comercio e Integración

Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones

Ministerio de Relaciones Exteriores

Ministerio de Salud Pública

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Superintendencia de Bancos

Superintendencia de Compañías

Universidad Central del Ecuador

Avant-propos (Jorge SALVADOR LARA)

Prólogo (Jorge SALVADOR LARA)

De la base de données à l'Atlas Infographique de Quito : genèse et gestion d'un outil scientifique et de planification urbaine - Équipe Atlas

De la base de datos al Atlas Infográfico de Quito: génesis y manejo de un instrumento científico y de planificación urbana - Equipo Atlas

Plans de référence

Planos de referencia

CHAPITRE 1. PHÉNOMÈNE URBAIN ET CONTRAINTES GÉOGRAPHIQUES

CAPÍTULO 1. FENÓMENO URBANO Y LIMITACIONES GEOGRÁFICAS

Quito et l'Aire métropolitaine

Quito y su Área Metropolitana

01. La distribution de la population urbaine équatorienne et la croissance de la capitale

01. La distribución de la población urbana ecuatoriana y el crecimiento de la capital

Henri GODARD ; Jeanett VEGA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

02. Situation et site : modèles numériques de terrain

02. Situación y sitio: modelos numéricos de terreno

María Augusta FERNÁNDEZ ; Marc SOURIS

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

03. Les dynamiques de la croissance de l'agglomération de Quito

03. Las dinámicas del crecimiento de la aglomeración de Quito

Anne COLLIN DELAUAUD

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

04. Stabilité géomorphologique de la région de Quito

04. Estabilidad geomorfológica de la región de Quito

Álvaro DÁVILA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

Risques naturels et occupation de l'espace

Riesgos naturales y ocupación del espacio

05. Risques volcaniques de l'Aire Métropolitaine de Quito

05. Riesgos volcánicos del Área Metropolitana de Quito

Álvaro DÁVILA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

06. La population de la province du Pichincha face au volcan Cotopaxi. Aléas, risque et vulnérabilité

06. La población de la provincia de Pichincha frente al volcán Cotopaxi. Peligros, riesgo y vulnerabilidad

Robert D'ERCOLE

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

07. Risque morphoclimatique historique

07. Riesgo morfoclimático histórico

Pierre PELTRE

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

08. Constructibilité de Quito

08. Constructibilidad de Quito

Álvaro DÁVILA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

09. Les risques naturels

09. Los riesgos naturales

Álvaro DÁVILA ; René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: María Augusta FERNÁNDEZ

CHAPITRE 2. ARTICULATION STRUCTURELLE : DÉMOGRAPHIE ET SOCIO-ÉCONOMIE

CAPÍTULO 2. ARTICULACIÓN ESTRUCTURAL: DEMOGRAFÍA Y SOCIO-ECONOMÍA

Caractéristiques démographiques

Características demográficas

10. Densités des populations

10. Densidades de la población

René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

11. Âge et sexe

11. Edad y sexo

René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

12. Catégories socio-professionnelles

12. Categorías socio-profesionales

René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

13. Population et appropriation de l'espace

13. Población y apropiación del espacio

René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

14. Cohabitation

14. Cohabitación

René de MAXIMY

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

Activités

Actividades

15. Activités : localisation et densité

15. Actividades: localización y densidad

Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

16. Les tiendas

16. Las tiendas

Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

17. Les activités de la construction

17. Las actividades de la construcción

Bernard CASTELLI ; Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

18. Caractérisation des principaux axes en fonction des activités dominantes

18. Caracterización de los principales ejes en función de las actividades dominantes

Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

CHAPITRE 3. SYSTÈMES, HIÉRARCHIES FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS

CAPITULO 3. SISTEMAS, JERARQUÍAS, FUNCIONAMIENTO Y DISFUNCIONAMIENTOS

Localisation des équipements et services collectifs

Ubicación de los equipamientos y servicios colectivos

19. Établissements et fréquentation scolaires

19. Establecimientos y frecuentación escolares

René de MAXIMY ; Jeanett VEGA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; Jeanett VEGA

20. Sociologie et histoire du système de soins

20. Sociología e historia del sistema de atención médica

Anne-Claire DEFOSSEZ ; Didier FASSIN ; Henri GODARD

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; Jeanett VEGA

21. Bipolarité patrimoine « réel » et consommation culturelle

21. Bipolaridad patrimonio « real » y consumo cultural

Marie S. BOCK ; Henri GODARD

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; Jeanett VEGA

Réseaux et infrastructures

Redes e infraestructuras

22. La problématique de l'eau potable

22. La problemática del agua potable

Jeanett VEGA

Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

23. L'évacuation des eaux usées

Jean-Guilhem BASTIDE ; Jeanett VEGA
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

23. La evacuación de las aguas servidas

24. Transports et voirie

Henri GODARD ; René de MAXIMY ; Jeanett VEGA
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

24. Transportes y red vial

25. Autres réseaux : téléphone et électricité

René de MAXIMY ; Jeanett VEGA
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

25. Otras redes: teléfono y energía eléctrica

26. Zones desservies par les réseaux principaux

Henri GODARD ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

26. Zonas atendidas por las redes principales

27. Grilles des services et des équipements

Henri GODARD ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; Jeanett VEGA

27. Mallas de servicios y equipamientos

28. Les flux aériens et téléphoniques : deux indicateurs de l'intégration de Quito au sein du système Monde

Henri GODARD ; Jeanett VEGA
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Jeanett VEGA

28. Los flujos aéreos y telefónicos: dos indicadores de la integración de Quito en el seno del sistema Mundo

CHAPITRE 4. DYNAMIQUES ET INÉGALITÉS
INTRA-URBAINES

CAPITULO 4. DINÁMICAS Y DESIGUALDADES
INTRA-URBANAS

29. Dynamiques du foncier quiténien

Bernard CASTELLI
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Bernard CASTELLI

29. Dinámicas del suelo en Quito

30. Typologie de l'habitat

María Augusta CUSTODE ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

30. Tipología del hábitat

Dynamiques du marché du sol et des propriétés

Dinámicas del mercado del suelo y de las propiedades

31. Formes spatiales de la propriété urbaine

Bernard CASTELLI
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Bernard CASTELLI

31. Formas espaciales de la propiedad urbana

32. L'espace des valeurs immobilières

Bernard CASTELLI
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Bernard CASTELLI

32. El espacio de los valores inmobiliarios

Quartiers

Barrios

33. Classification et analyse de quartiers

Henri GODARD ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; René de MAXIMY

33. Clasificación y análisis de barrios

34. Tentative de définition de zones urbaines homogènes

René de MAXIMY ; Marc SOURIS
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; René de MAXIMY

34. Tentativa de definición de zonas urbanas homogéneas

35. Le comportement électoral dans les paroisses urbaines de Quito

Juan LEÓN
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; René de MAXIMY

35. El comportamiento electoral en las parroquias urbanas de Quito

CHAPITRE 5. ORGANISATION SPATIALE ET SÉGRÉGATION FONCTIONNELLE

CAPITULO 5. ORGANIZACIÓN ESPACIAL Y SEGREGACIÓN FUNCIONAL

Centralité urbaine et organisation de l'espace

Centralidad urbana y organización del espacio

36. Une approche des aires de centralité à partir de l'analyse de quelques indicateurs urbains

36. Un enfoque de las áreas de centralidad a partir del análisis de algunos indicadores urbanos

Henri GODARD ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD

37. Typologie des marchés, centres commerciaux et ossature de l'espace

37. Tipología de los mercados, centros comerciales y articulación del espacio

Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Philippe CAZAMAJOR d'ARTOIS

38. Hiérarchisation socio-économique de l'espace quiténien

38. Jerarquización socio-económica del espacio quiteño

René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: René de MAXIMY

39. Le plan régulateur G. Jones Odriozola et la structuration actuelle de l'espace urbain

39. El plan regulador G. Jones Odriozola y la estructuración actual del espacio urbano

Henri GODARD
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD

40. Les modes de composition urbaine

40. Los modos de composición urbana

Marie S. BOCK ; Henri GODARD ; René de MAXIMY
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD ; René de MAXIMY

41. Structures de l'espace quiténien : des chorèmes au modèle spécifique

41. Estructuras del espacio quiteño: de los coremas al modelo específico

Jean-Paul DELER ; Henri GODARD
Responsabilité scientifique - Responsabilidad científica: Henri GODARD

Annexe - Lecture discursive de l'atlas : quelques exemples

Anexo - Lectura discursiva del atlas: algunos ejemplos

Henri GODARD ; René de MAXIMY

SOURCES ET LIMITES

- INSTITUTO ECUATORIANO DE OBRAS SANITARIAS (IEOS), Document de travail, Quito, 1988.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, (INEC), Anuario de estadísticas hospitalarias, Quito, INEC, 1956, 1971, 1983, 1987.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, (INEC), Encuesta anual de recursos y actividades de salud, Quito, INEC, 1985.
- JUNTA CENTRAL DE ASISTENCIA PÚBLICA DE QUITO, Boletín Informativo, Quito, 1950.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (ILDIS), Guía Nacional de Servicios de Salud del Ecuador, Quito, ILDIS, 1990.
- PAREDES BORJA, V., Historia de la medicina en el Ecuador, 2 tomes, Quito, Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1963.
- SAMANIEGO, J. J., Cronología médica ecuatoriana, Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1957.

Afin d'établir une cartographie diachronique des établissements de soins de Quito, les informations suivantes ont été recueillies pour chacun d'eux : date de création, localisation des implantations successives, évolution du nombre de lits, éventuelles transformations de la spécialité ou du statut. Les structures ainsi caractérisées ont été localisées sur les plans de Quito élaborés par l'IGM.

Du début du siècle au milieu des années cinquante, faute de statistiques régulières, ont été principalement consultés des ouvrages historiques de référence (Paredes Borja, V., 1963 ; Samaniego, J.J., 1957), complétés par les rares documents administratifs disponibles (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1950).

À partir du milieu des années cinquante, on dispose de statistiques suivies, quoique hétérogènes : il s'agit principalement des annuaires hospitaliers et des enquêtes sanitaires publiés par l'INEC (1971, 1983, 1985, 1987) ; ces données ont permis de préciser et compléter celles du relevé établi par l'IEOS (1988) et du Guide des services de santé (MSP / UNICEF / ILDIS, 1990) ; de plus, ont été systématiquement faites des vérifications, lorsqu'il existait une incohérence ou une insuffisance des informations, par des appels téléphoniques aux institutions concernées.

La carte principale, qui regroupe l'ensemble des structures, qu'elles soient de soins ambulatoires ou hospitaliers, a été réalisée à partir de la liste de l'IEOS (1988), qui fait état de 142 établissements, 44 publics et 101 privés. Toutefois, le Guide des services de santé (MSP / UNICEF / ILDIS, 1990), postérieur à ce document, donne les adresses de 492 institutions, 401 publiques et 91 privées. La différence s'explique essentiellement par les 177 dispensaires fonctionnant au sein des entreprises ou des ministères (pour le compte de l'institut équatorien de Sécurité sociale [IESS]), les 109 dispensaires actifs dans les écoles, les collèges, les universités, les syndicats, les prisons (avec un statut public ou parapublic), les 29 services de protection de mineurs (foyers, garderies, orphelinats), les 23 centres de réhabilitation de handicapés, les 14 postes de santé ou de premiers secours, etc. Les données de l'IEOS ont été complétées par les institutions hospitalières manquant dans ce relevé, les centres et sous-centres dépendant du ministère de la Santé publique, et les principaux dispensaires de l'IESS. Sur cette carte apparaissent donc la totalité des structures disposant de lits d'hospitalisation et la majorité des services de soins ambulatoires publics et parapublics ; mais ne sont pas localisés les cabinets de consultation, les institutions ayant une activité plus sociale que sanitaire et les dispensaires situés au sein d'une structure professionnelle ou scolaire.

Les cartes historiques (figures 1 et 2) ne concernent que les établissements hospitaliers, à l'exclusion par conséquent des services de soins ambulatoires. Pour ce qui est du système public, l'information peut être considérée comme exhaustive aux deux dates étudiées. Pour ce qui est du réseau privé, il est en revanche possible qu'en 1921 manquent quelques cliniques non signalées dans les ouvrages consultés. Quant aux statistiques sur le nombre de lits, elles n'existent de manière complète qu'à partir de 1956.

Enfin, les enquêtes spécifiques visent à donner une vision plus globale de l'appareil de soins officiel dans quelques quartiers socio-économiquement et morphologiquement différenciés, en prenant en compte la totalité des structures existantes, y compris les cabinets de médecins, de sages-femmes ou d'infirmières, et les pharmacies. Les thérapeutes exerçant à titre officieux, tels que matrones, guérisseurs, vendeurs ambulants de médicaments, n'ont toutefois pas été pris en compte sur les cartes en raison du caractère de toute évidence très partiel des données recueillies sur ces thèmes. Ces enquêtes complémentaires ont été menées dans le secteur résidentiel de la Colina, dans le quartier populaire consolidé du Comité del Pueblo, et dans les « zones d'invasion » Jaime Roldos et Pisulí, tous trois situés dans la partie nord de Quito (figure 3).

PROBLÉMATIQUE

La spatialisation des données met en évidence trois types de phénomènes : une évolution vers une conception de plus en plus médicale et technique de la santé, qui se développe parallèlement à une laïcisation du système de soins ; une tendance à l'accentuation de certains processus de ségrégation sociale face au système de santé, à la fois à l'échelle de l'espace urbain et à l'intérieur même des institutions ; enfin, un déplacement des lieux du pouvoir — du local, autrement dit la Municipalité, vers le central — c'est-à-dire une main mise croissante de l'État sur les grandes institutions hospitalières publiques.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une collaboration avec le Centre d'Études et d'Expertise dans le domaine de la Santé (CEAS) de Quito et grâce à un contrat de recherche externe de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de Paris.

FUENTES Y LÍMITES

- INSTITUTO ECUATORIANO DE OBRAS SANITARIAS (IEOS), Documento de trabajo, Quito, 1988.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, (INEC), Anuario de estadísticas hospitalarias, Quito, INEC, 1956, 1971, 1983, 1987.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, (INEC), Encuesta anual de recursos y actividades de salud, Quito, INEC, 1985.
- JUNTA CENTRAL DE ASISTENCIA PÚBLICA DE QUITO, Boletín Informativo, Quito, 1950.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (ILDIS), Guía Nacional de Servicios de Salud del Ecuador, Quito, ILDIS, 1990.
- PAREDES BORJA, V., Historia de la medicina en el Ecuador, 2 tomos, Quito, Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1963.
- SAMANIEGO, J. J., Cronología médica ecuatoriana, Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1957.

A fin de establecer una cartografía diacrónica de los establecimientos de salud de Quito, se obtuvo la siguiente información de cada establecimiento : fecha de creación, localización de las subsiguientes implantaciones, evolución del número de camas, eventuales transformaciones de la especialidad o de la categoría. Las estructuras así caracterizadas fueron localizadas en los planos de Quito elaborados por el IGM.

Dada la ausencia de estadísticas regulares desde inicios del siglo hasta mediados de los años cincuenta, se consultaron para ese período principalmente las obras históricas de referencia (Paredes Borja, V., 1963; Samaniego, J.J., 1957) cuya información fue complementada con los escasos documentos administrativos disponibles (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1950).

Desde mediados de los años cincuenta, se dispone de datos estadísticos frecuentes aunque heterogéneos: se trata especialmente de los anuarios hospitalarios y de las encuestas sanitarias publicadas por el INEC (1971, 1983, 1985, 1987), cuyos datos permitieron especificar y completar aquellos del levantamiento realizado por el IEOS (1988) y los de la Guía Nacional de Servicios de Salud (MSP / UNICEF / ILDIS, 1990). Además, cuando se encontró insuficiencia o incoherencia en la información, se procedió a realizar verificaciones sistemáticas mediante llamadas telefónicas a las respectivas instituciones.

El mapa principal, que reúne al conjunto de estructuras ya sea de atención ambulatoria u hospitalaria, fue elaborado a partir de la lista del IEOS (1988) que registra 145 establecimientos, 44 públicos y 101 privados. La Guía Nacional de Servicios de Salud (MSP / UNICEF / ILDIS, 1990), posterior a ese documento, proporciona sin embargo las direcciones de 492 instituciones, 401 públicas y 91 privadas. La diferencia se explica fundamentalmente por los 177 dispensarios que funcionan en el seno de empresas o ministerios (por cuenta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS]), los 109 dispensarios activos en las escuelas, colegios, universidades, sindicatos, prisiones (con un estatus público o parapúblico), los 29 servicios de protección de menores (hogares, guarderías, orfelinatos), los 23 centros de rehabilitación de minusválidos, los 14 puestos de salud o de primeros auxilios, etc. A los datos del IEOS se agregaron finalmente las instituciones hospitalarias que no constaban en ese registro, así como los centros y subcentros que dependen del Ministerio de Salud Pública, y los principales dispensarios del IESS. En el mapa aparecen entonces todas las estructuras que disponen de camas de hospitalización y la mayoría de los servicios públicos y parapúblicos de atención ambulatoria, pero no están localizados los consultorios, las instituciones que tienen una actividad más social que de salud ni los dispensarios situados en el seno de una estructura profesional o escolar.

Los mapas históricos (figuras 1 y 2) incluyen únicamente a los establecimientos hospitalarios, excluyendo consecuentemente a los servicios de atención ambulatoria. En lo que respecta al sistema público, la información puede ser considerada como exhaustiva en las dos fechas estudiadas. En cuanto al sector privado, es posible que para 1921 falten algunas clínicas no señaladas en las obras consultadas. En relación con el número de camas, no existen estadísticas completas sino a partir de 1956.

Finalmente, las encuestas específicas están orientadas a dar una visión más global del aparato oficial de atención médica en algunos barrios socio-económica y morfológicamente diferenciados, teniendo en cuenta la totalidad de las estructuras existentes, incluyendo los consultorios médicos, de obstetras o de enfermeras, y las farmacias. Sin embargo, los terapeutas que ejercen de manera oficiosa, tales como las matrones, los curanderos, los vendedores ambulantes de medicamentos, no han sido tomados en cuenta en los mapas en razón del carácter evidentemente muy parcial de los datos recogidos al respecto. Estas encuestas complementarias fueron realizadas en el sector residencial de la Colina, en el barrio popular consolidado del Comité del Pueblo, y en las « zonas de invasión » Jaime Roldós y Pisulí, los tres situados en la parte norte de Quito (figura 3).

PROBLEMÁTICA

La distribución espacial de los datos pone en evidencia tres tipos de fenómenos: una evolución hacia una concepción cada vez más médica y técnica de la salud, que se desarrolla paralelamente a una laicización del sistema de atención médica; una tendencia a la acentuación de ciertos procesos de segregación social frente al sistema de salud, a la vez a nivel del espacio urbano y al interior mismo de las instituciones; finalmente, un avance del poder central que tiende a reemplazar al poder local (en otros términos, municipal) es decir una creciente intervención del Estado en las grandes instituciones hospitalarias públicas.

Este trabajo fue realizado en el marco de una colaboración con el Centro de Estudios y Asesoría de Salud (CEAS) de Quito y gracias a un contrato de investigación externa del Instituto Francés de Salud e Investigación Médica (INSERM) de París.

Ces phénomènes se retrouvent d'ailleurs à peu de choses près pour d'autres équipements, tels que les banques, les commerces, les écoles..., et de plus ne diffèrent guère de ce que l'on peut constater dans d'autres grandes villes d'Amérique latine. La cartographie du système de soins, au-delà des informations spécifiques qu'elle apporte sur la santé publique à Quito, apparaît donc ainsi comme un « indicateur d'urbanisation » (cf. planche n° 36), intéressant en ce qu'il est à la fois peu coûteux à élaborer et aisément transposable à d'autres thématiques et à d'autres lieux.

COMMENTAIRE

1. La médicalisation de la santé

1.1. De l'hospice religieux à l'hôpital laïc

Fondé en 1565, l'hôpital de la Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, qui devient l'hôpital San Juan de Dios en 1706, est le premier d'Équateur. Conformément aux ordonnances royales de la couronne d'Espagne, il est avant tout un lieu d'asile gratuit pour les pauvres, tout comme ce sera plus tard le cas pour l'hospice et l'hôpital San Lázaro, créés en 1785 et 1786. Ce n'est qu'au début du XVIII^e siècle qu'y sont affectés les premiers médecins de l'ordre des bethlémites, mais c'est en fait surtout à la fin du XIX^e siècle qu'apparaissent les premiers signes d'un développement réel de la médecine au sein de l'hôpital avec l'accroissement des effectifs médicaux et paramédicaux, l'apparition de l'asepsie et de l'anesthésie qui rendent possible la chirurgie, et un peu plus tard l'installation de salles de radiographie et de laboratoires de biologie.

Parallèlement à cette médicalisation, se produit une laïcisation des structures de soins. L'hôpital San Juan de Dios qui depuis sa fondation avait été administré par une œuvre caritative, passe au début du XVIII^e siècle sous la responsabilité d'ordres religieux, d'abord les bethlémites en 1706, puis les Sœurs de la Charité à partir de 1870. À la fin du XIX^e siècle, la division des tâches entre les religieuses qui prennent en charge la gestion et les médecins qui se consacrent aux soins, marque le commencement d'une réorientation qui ne fera que s'accroître. Ce phénomène fait d'ailleurs partie d'un mouvement de laïcisation de l'ensemble de la société dans la période qui suit la Révolution libérale. Ainsi, la loi des Cultes de 1904 exige-t-elle que les bénéfices provenant de l'exploitation des propriétés des communautés religieuses soient investis dans les œuvres de bienfaisance ou les œuvres publiques désignées par le pouvoir exécutif. De même, et allant encore plus loin, la loi de Bienfaisance de 1908 déclare biens de l'État toutes les possessions de ces communautés.

1.2. De l'hôpital général à l'hôpital de spécialité

C'est également au début du XX^e siècle que se manifestent les premiers phénomènes de spécialisation au sein du système de soins. Dans un premier temps, qui correspond à peu près aux trois premières décennies, des services spécialisés apparaissent au sein de l'hôpital général : la maternité et le dispensaire d'enfants, la salle de syphilographie et le service de phthisiologie. Dans un second temps, à partir des années trente environ, de nouveaux établissements sont créés pour recevoir certains groupes spécifiques de population (mères, enfants, personnes âgées) ou certaines pathologies particulières (tuberculose, cancer, maladies mentales).

Cette double tendance à la spécialisation trouve moins son origine dans la modification du contexte épidémiologique que dans l'évolution des pratiques et du savoir médicaux qui deviennent toujours plus spécifiques et dans les changements de mentalité par rapport à la maladie et aux malades qui se traduisent par une médicalisation non seulement des désordres du corps et de l'esprit, mais aussi de la santé ou de la vieillesse.

À mesure qu'ils se spécialisent, les hôpitaux passent du long au court séjour (tableau I) : de lieux d'accueil pour malades chroniques qu'ils étaient généralement jusqu'au début du XX^e siècle, ils deviennent ainsi des centres de traitement des affections aiguës. Non seulement les structures asilaires ont tendance à disparaître, mais également dans la quasi-totalité des établissements, y compris psychiatriques, la durée moyenne de séjour se réduit, la seule exception étant bien sûr les hôpitaux gériatriques dont certains pourraient être aussi bien désignés comme mouroirs (tableau II).

Après une longue période de quasi-stagnation, 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. Mais ces transformations prennent leur sens par rapport aux changements intervenus dans l'organisation de la société et de l'espace urbains.

2. La ségrégation au sein du système de soins

2.1. Isolement et exclusion

La discrimination sociale est inscrite très tôt dans l'histoire de la santé à Quito : les premières ordonnances royales, si elles recommandent la construction d'hôpitaux pour les pauvres, précisent également qu'il sera nécessaire d'y séparer les Indiens des Espagnols, de même que les hommes des femmes. De plus, la

Por otra parte, estos fenómenos se encuentran igualmente, con pocas diferencias, en el caso de otros equipamientos, tales como los bancos, los comercios, las escuelas..., y además difieren muy poco de lo que se puede constatar en otras grandes ciudades de América Latina. Así, la cartografía del sistema de atención médica, más allá de las informaciones específicas que aporta sobre la salud pública en Quito, se revela como un « indicador de urbanización » (ver lámina n° 36) interesante, en la medida en que puede elaborarse a bajo costo y puede ser fácilmente utilizado en otras temáticas y otros lugares.

COMENTARIO

1. Una concepción más médica de la salud

1.1. Del hospicio religioso al hospital laico

El primer hospital del Ecuador fue fundado en 1565 con el nombre de Hospital de la Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, el mismo que en 1706 se convertiría en el Hospital San Juan de Dios. Conforme a las ordenanzas reales de la corona española, es ante todo un lugar de asilo gratuito para los pobres, tal como será el caso más tarde del hospicio y el hospital San Lázaro, creados en 1785 y 1786. No es sino a inicios del siglo XVIII que se le asignan los primeros médicos de la orden de los betlemitas, aunque en realidad es a fines del siglo XIX cuando aparecen los primeros signos de un desarrollo real de la medicina en el seno del hospital con un incremento del personal médico y paramédico, la aparición de la asepsia y la anestesia que hacen posible la cirugía, y un poco más tarde la instalación de salas de radiografía y de laboratorios de biología.

Paralelamente a este proceso, se produce una laicización de las estructuras de salud. El hospital San Juan de Dios que, desde su fundación, había sido administrado por una cofradía, pasa, a inicios del siglo XVIII, a depender de órdenes religiosas, inicialmente los betlemitas en 1706, luego las Hermanas de la Caridad a partir de 1870. Sin embargo, a fines del siglo XIX, la división de las tareas entre los religiosos que toman a su cargo la administración y los médicos que se dedican a la atención en salud, marca el comienzo de una reorientación que no hará sino acentuarse con el tiempo. Por otro lado, este fenómeno forma parte de un movimiento de laicización de la sociedad en su conjunto durante el período que sigue a la Revolución Liberal. Así, la ley de Cultos de 1904 exige que los beneficios provenientes de la explotación de las propiedades de las comunidades religiosas sean invertidos en las obras de beneficencia o las obras públicas designadas por el poder ejecutivo. Asimismo, y yendo incluso más lejos, la ley de Beneficencia de 1908 declara bienes del Estado a todas las posesiones de esas comunidades.

1.2. Del hospital general al hospital especializado

Es igualmente a inicios del siglo XX que se manifiestan los primeros fenómenos de especialización en el sistema de atención médica. En una primera etapa, que corresponde más o menos a los tres primeros decenios, aparecen los servicios especializados en el seno del hospital general: la maternidad y el dispensario infantil, la sala de sifilografía y el servicio de tisiología. En segundo término, a partir de los años treinta aproximadamente, se crean nuevos establecimientos destinados a acoger a ciertos grupos específicos de la población (madres, niños, ancianos) o a algunas patologías particulares (tuberculosis, cáncer, enfermedades mentales).

Esta doble tendencia a la especialización encuentra su origen no tanto en la modificación del contexto epidemiológico como en la evolución de las prácticas y del saber médicos que se hacen cada vez más específicos y en los cambios de mentalidad con relación a la enfermedad y a los enfermos, que se traducen en una concepción más médica no sólo de los desórdenes del cuerpo y del espíritu, sino también de la salud o de la vejez.

A medida que se especializan, los hospitales pasan de la larga a la corta estancia (cuadro I): así, los que eran, hasta inicios del siglo XX, asilos para enfermos crónicos, se transforman en centros de tratamiento de las afecciones agudas. No solamente las estructuras de asilo tienden a desaparecer, sino que también en la casi totalidad de los establecimientos, incluyendo los psiquiátricos, la duración promedio de estancia se reduce, siendo la única excepción por supuesto la de los hospitales geriátricos, entre los cuales algunos podrían ser también considerados como hospicios en donde los pacientes esperan la muerte (cuadro II).

Así, después de un largo período de cuasi estancamiento, en menos de un siglo, el sistema de atención médica experimentó transformaciones mayores — tanto en su estructuración como en sus funciones médicas y sociales — las mismas que adquieren sentido cuando son relacionadas con los cambios operados en la organización de la sociedad y del espacio urbanos.

2. La segregación en el seno del sistema de atención médica

2.1. Aislamiento y exclusión

La discriminación social se inscribe muy temprano en la historia de la salud de Quito: las primeras ordenanzas reales, si bien recomiendan la construcción de hospitales para los pobres, puntualizan igualmente que será necesario separar en ellos a los indios y a los españoles, al igual que a los hombres y a las mujeres. Además, la

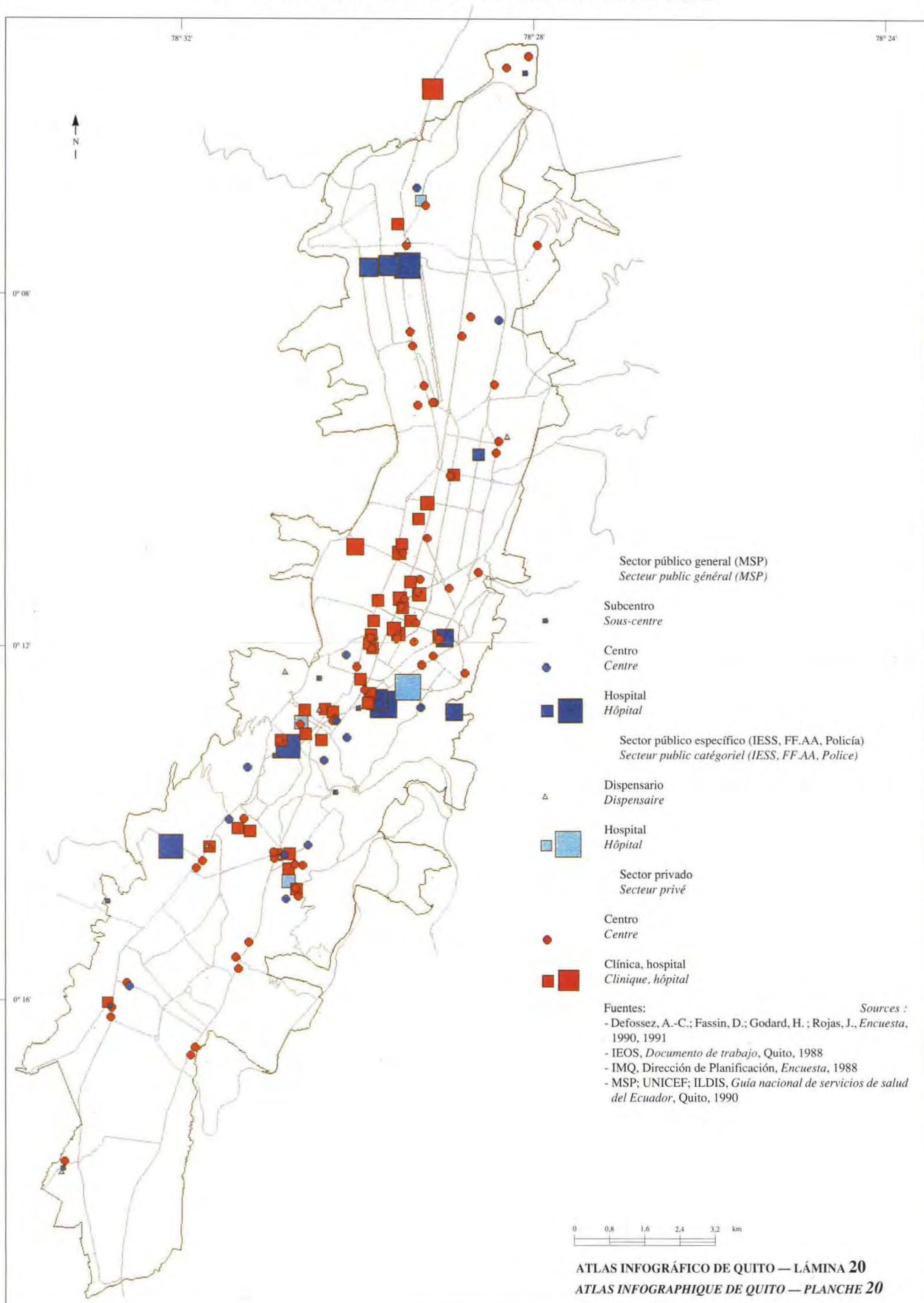
Cuadro I Evolución del número de hospitales, clínicas y de camas disponibles por tipo de establecimiento (1921, 1971, 1987)

Tableau I Évolution du nombre d'hôpitaux, de cliniques et de lits disponibles par type d'établissement (1921, 1971, 1987)

	1921		1971		1987	
	Número Nombre	Camas Lits	Número Nombre	Camas Lits	Número Nombre	Camas Lits
Hospitales públicos generales (estancia corta) *** Hôpitaux publics généraux (court séjour) ***	1	120 *	5	1 290	7	1 952
Hospitales públicos generales (estancia larga) Hôpitaux publics généraux (long séjour)	2	650 *	0	0	0	0
Hospitales públicos especializados (estancia corta) Hôpitaux publics spécialisés (court séjour)	1	200 *	4	459	3	365
Hospitales públicos especializados (estancia larga) Hôpitaux publics spécialisés (long séjour)	1	84 **	4	855	5	990
Hospitales y clínicas privados (estancia corta) Hôpitaux et cliniques privés (court séjour)	3	?	26	414	40	916

* Datos de 1950 casi idénticos a los de 1921 en el caso de los cuatro hospitales considerados (Junta Central de Asistencia Pública, Quito, Boletín informativo, 1950)
Données de 1950 quasi identiques à celles de 1921 pour les quatre hôpitaux considérés (Junta Central de Asistencia Pública, Quito, Boletín informativo, 1951)
** Número de leprosos en 1927 (Boletín del Hospital San Juan de Dios, Quito, 1927) *** Estancia corta: hospitalización inferior a 3 días
Nombre de lépreux en 1927 (Boletín del Hospital San Juan de Dios, Quito, 1927) *** Court séjour : hospitalisation inférieure à 3 jours

SECTOR PÚBLICO, SECTOR PRIVADO: LA DIVISIÓN DEL ESPACIO URBANO
SECTEUR PUBLIC, SECTEUR PRIVÉ : LE PARTAGE DE L'ESPACE URBAIN



localisation même des premiers établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital San Juan de Dios ou des hospice et hôpital San Lázaro, aux marges méridionales de la cité, témoigne d'une volonté d'éloigner des lieux d'activité urbaine ces malades provenant des classes populaires.

Jusque dans les premières années du *xx*^e siècle, l'appareil de santé comprend les trois mêmes structures, d'isolement plutôt que de soins, d'exclusion plutôt que de prise en charge : c'est là que les pauvres trouvent asile — à moins qu'ils n'y soient envoyés de force — lorsqu'ils sont malades. Quant aux catégories aisées, elles ont généralement recours aux médecins privés qui les visitent à domicile. Compte tenu du niveau de développement de la médecine, il est cependant difficile de faire de ces disparités face au système de soins de réelles inégalités devant la santé.

2.2. De nouvelles formes de ségrégation

Avec le développement des structures hospitalières, le centre de gravité du système de soins se déplace peu à peu depuis la ville coloniale vers le nord. À partir de la fin des années quarante en particulier, et conformément au Plan Régulateur élaboré en 1942 par G. Jones Odriozola, le choix est fait d'orienter dans cette direction les quartiers résidentiels et les fonctions centrales (cf. planche n° 39). Les grands hôpitaux suivent le mouvement, et plus encore les cliniques privées qui s'installent massivement à l'articulation des districts Centre et Centre Nord, qui sont précisément les moins densément peuplés et les plus riches. Les quartiers situés au sud, où vivent les populations les plus démunies, sont en revanche presque totalement dépourvus de structures hospitalières et doivent se contenter de services de soins primaires ; il faut ainsi attendre 1982 pour que soit enfin ouvert un hôpital dans le district Sud — encore celui-ci ne fonctionne-t-il que partiellement par manque de moyens — (tableau III). Pendant que se concentrent ainsi les établissements de soins aigus dans la partie centrale de la capitale, s'opère un déplacement des hôpitaux spécialisés de long séjour (psychiatrie et gériatrie) vers la périphérie de la ville, voire dans sa proche banlieue. Il y a là un phénomène nouveau et significatif d'exclusion qui ajoute à l'enfermement des malades mentaux et des personnes âgées leur éloignement des centres d'activité.

Mais la ségrégation ne se lit pas seulement dans la distribution spatiale des structures de soins : elle se manifeste aussi par l'existence de médecines différentes en fonction du milieu social. C'est ainsi que le secteur privé hospitalier, dont les premières installations remontent au début du siècle, bénéficie dans les années soixante-dix des retombées de la découverte et de l'exploitation des ressources pétrolières qui permettent, en particulier, la consolidation et la croissance quantitative des classes moyennes et aisées. Les cliniques se multiplient dans les zones où sont réunies les conditions suivantes : une population solvable, un environnement adéquat, des moyens d'accès. La crise économique qui frappe le pays à partir de 1983 ne fait qu'accentuer cette tendance, dans la mesure où le secteur étatique, appauvri, remplit de moins en moins bien ses objectifs de servir gratuitement les catégories populaires.

En effet, après les années d'expansion, au cours desquelles — sous l'influence notamment de gouvernements militaires —, les structures publiques, de l'État comme de la Sécurité sociale, s'étaient multipliées en même temps qu'elles s'équipaient de manière plus moderne, la décennie quatre-vingt marque un retrait considérable : si les services de soins hospitaliers ou ambulatoires fonctionnent encore, c'est avec des moyens de plus en plus réduits ; la gratuité ne concerne plus alors que l'utilisation des locaux et les prestations du personnel, les médicaments et la plupart des examens étant entièrement à la charge des patients.

Si le système de soins s'est ainsi considérablement étendu au cours du *xx*^e siècle, il l'a donc fait de manière inégale, privilégiant la partie nord de la ville, plus résidentielle, au détriment du sud populaire, et se différenciant au bénéfice des catégories moyennes et aisées pouvant accéder à un secteur libéral mieux équipé et à un réseau de pharmacies essentiellement privé. L'appareil sanitaire s'est donc amélioré tout en accentuant un certain nombre de mécanismes ségrégatifs.

3. L'extension des prérogatives étatiques

3.1. Du pouvoir local à l'autorité centrale

L'histoire du système de santé est marquée par un mouvement de balancier entre l'État et le pouvoir local. Alors que les hôpitaux de Quito avaient été, depuis leur fondation, soumis à l'autorité royale espagnole, en 1830 la loi sur les Municipalités — qui sera confirmée par deux textes (1863 et 1878) — place l'ensemble des structures de soins du pays sous la tutelle des pouvoirs locaux ; pendant trois quarts de siècle, c'est à l'échelon municipal que seront administrées les institutions de soins.

Mais à partir du début du *xx*^e siècle, l'État va peu à peu étendre ses prérogatives sur le système de soins, dans le cadre du centralisme qui s'affirme après la Révolution libérale : en 1908, est créée la junta nationale de Bienfaisance, première structure nationale exerçant un contrôle sur l'ensemble de l'appareil de soins. Certes, les moyens qui lui sont alloués ne lui permettent

Cuadro II Duración promedio de las hospitalizaciones, en número de días, de los principales establecimientos (1971, 1987)

Tableau II Durée moyenne des hospitalisations, en nombre de jours, des principaux établissements (1971, 1987)

Hospital Hôpital	Institución Institution	Característica Caractéristique	No. prom. de días de estam. Nb. moyen de jours d'hosp.	
			1971	1987
Eugenio Espejo	MSP	General - Général	24,0	14,4
Carlos Andrade Marín	IESS	General - Général	13,8	10,6
FF.AA	FF.AA	General - Général	15,4	12,4
Pablo Arturo Suárez	MSP	General - Général	238,6	20,9
Isidro Ayora	MSP	Obstetricia - Obstétrique	48,0	37,0
Baca Ortiz	MSP	Pediatría- Pédiatrie	13,7	13,8
San Lázaro	MSP	Psiquiatría - Psychiatrie	499,5	150,7
Gonzalo González	MSP	Dermatología - Dermatologie	669,3	99,3

MSP: Ministerio de Salud Pública - Ministère de la Santé publique
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Institut équatorien de sécurité sociale
FF.AA: Fuerzas Armadas - Forces armées

Sources : Fuente: INEC, Anuario de estadísticas hospitalarias, Quito, 1971, 1987

atención médica aparezcan como reales desigualdades frente a la salud.

2.2. Nuevas formas de segregación

Con el desarrollo de las estructuras hospitalarias, el centro de gravedad del sistema de atención de salud se desplaza poco a poco desde la ciudad colonial hacia el Norte. En particular a partir de fines de los años cuarentas y conforme al Plan Regulador elaborado en 1942 por G. Jones Odriozola, se opta por orientar en esa dirección a los barrios residenciales y a las funciones centrales (ver lámina n° 39). Los grandes hospitales siguen el movimiento, y más aún las clínicas privadas que se instalan masivamente en la articulación de los distritos Centro y Centro Norte, que son precisamente los menos densamente poblados y los más ricos. En cambio, los barrios situados al Sur, en donde vive la población más desposeída, están casi desprovistos de estructuras hospitalarias y deben contentarse con servicios de atención primarios; así, hay que esperar hasta el año 1982 para que sea finalmente abierto un hospital en el distrito Sur — que por cierto no funciona sino parcialmente por falta de medios — (cuadro III). Mientras que se concentran así los establecimientos de atención médica de corta estancia en la parte central de la capital, se opera un desplazamiento de los hospitales especializados de larga estancia (psiquiatría y geriatría) hacia la periferia de la ciudad e incluso a sus alrededores próximos. Hé aquí un fenómeno nuevo y significativo de exclusión que, al encierro de los enfermos mentales y de los ancianos, agrega su alejamiento de los centros de actividad.

Sin embargo, la segregación no se refleja solamente en la distribución espacial de las estructuras de atención médica: se manifiesta igualmente en la existencia de medicinas diferentes en función del medio social. Es así como el sector privado hospitalario, cuyas primeras instalaciones remontan a inicios del siglo, se beneficia en los años setentas de las consecuencias del descubrimiento y la explotación de los recursos petroleros que permiten, en particular, la consolidación y el crecimiento cuantitativo de las clases medias y acomodadas. Las clínicas se multiplican en las zonas en donde se reúnen las siguientes condiciones: una población solvente, un entorno adecuado, medios de acceso. La crisis económica que afecta al país a partir de 1983 no hace sino acentuar esta tendencia, en la medida en que el sector estatal, empobrecido, cumple cada vez menos con sus objetivos de atender gratuitamente a las clases populares.

En efecto, después de los años de expansión, durante los cuales — especialmente bajo la influencia de los gobiernos militares —, las estructuras públicas, tanto del Estado como del Seguro Social, se habían multiplicado al tiempo que adquirían equipos más modernos, el decenio de los ochentas marca un retroceso considerable: si bien los servicios de atención hospitalaria o ambulatoria funcionan aún, lo hacen con medios cada vez más limitados; el servicio gratuito ya no comprende sino la utilización de los locales y las prestaciones del personal, mientras que los medicamentos y la mayoría de exámenes médicos deben correr por cuenta de los pacientes.

Si bien el sistema de atención médica se ha extendido considerablemente durante el siglo XX, lo ha hecho de manera desigual, privilegiando a la parte norte de la ciudad, más residencial, en detrimento del Sur, popular, y favoreciendo a las clases medias y acomodadas que pueden acceder a un sector liberal mejor equipado y a una red de farmacias esencialmente privada. El aparato de salud ha mejorado entonces aunque acentuando ciertos mecanismos de segregación.

3. La extensión de la prerrogativas estatales

3.1. Del poder local a la autoridad central

La historia del sistema de salud está marcada por un movimiento de péndulo entre el Estado y el poder local. Mientras que los hospitales de Quito habían estado, desde su fundación, sometidos a la autoridad real española, en 1830, la Ley sobre los Municipios — que será confirmada por dos textos (1863 y 1878) — coloca al conjunto de estructuras de atención médica del país bajo la tutela de los poderes locales: durante tres cuartos de siglo, las instituciones de atención de salud son administradas a nivel municipal.

Pero a partir del siglo XX, el Estado va a extender poco a poco sus prerrogativas sobre el sistema de salud, en el marco del centralismo que se afirma a partir de la Revolución Liberal: en 1908, es creada la Junta Nacional de Beneficencia, primera estructura nacional que ejerce un control sobre todo el aparato de atención médica. Ciertamente, los medios que le son

Figura 1 Clasificación de los hospitales y clínicas según su especialidad y la duración de las estancias (1921)

Figure 1 Classification des hôpitaux et des cliniques en fonction de leur spécialité et de la durée des séjours (1921)

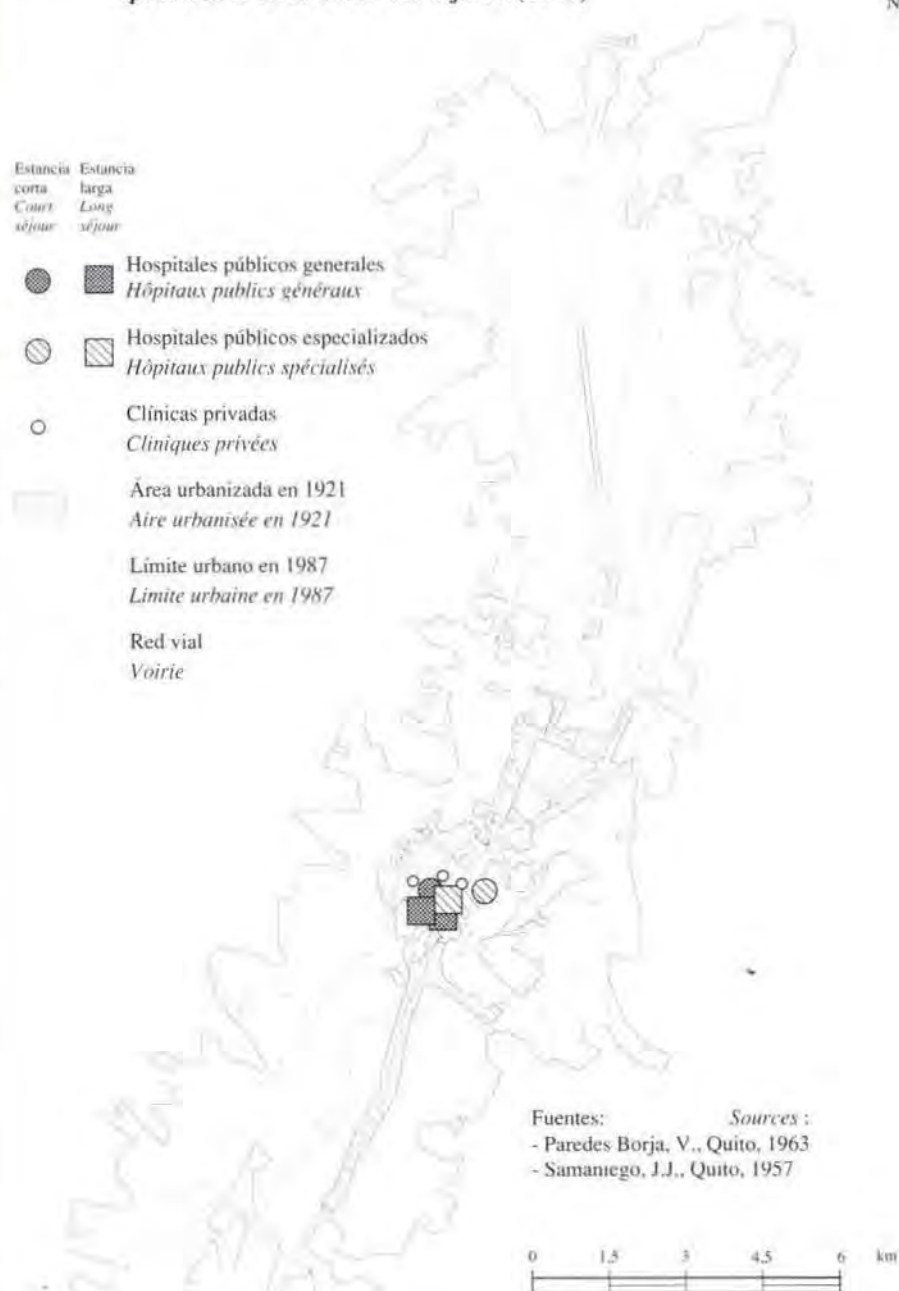


Figura 2 Clasificación de los hospitales y clínicas según su especialidad, el número de camas y la duración de las estancias (1987)

Figure 2 Classification des hôpitaux et des cliniques en fonction de leur spécialité, du nombre de lits et de la durée des séjours (1987)

1. HOSPITALES PÚBLICOS GENERALES
HÔPITAUX PUBLICS GÉNÉRAUX

Estancia corta Court séjour	Estancia larga Long séjour	Número de camas Nombre de lits
●	■	3-100
●	■	100-200
●	■	201-400
●	■	401-700

2. HOSPITALES PÚBLICOS ESPECIALIZADOS
HÔPITAUX PUBLICS SPÉCIALISÉS

Estancia corta Court séjour	Estancia larga Long séjour	Número de camas Nombre de lits
●	■	3-100
●	■	101-200
●	■	201-400

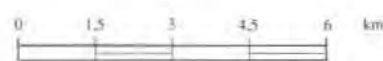
3. HOSPITALES Y CLÍNICAS PRIVADOS
HÔPITAUX ET CLINQUES PRIVÉS

Estancia corta Court séjour	Número de camas Nombre de lits
○	3 - 20
○	21 - 65
○	66 - 150

Área urbanizada en 1987
Aire urbanisée en 1987

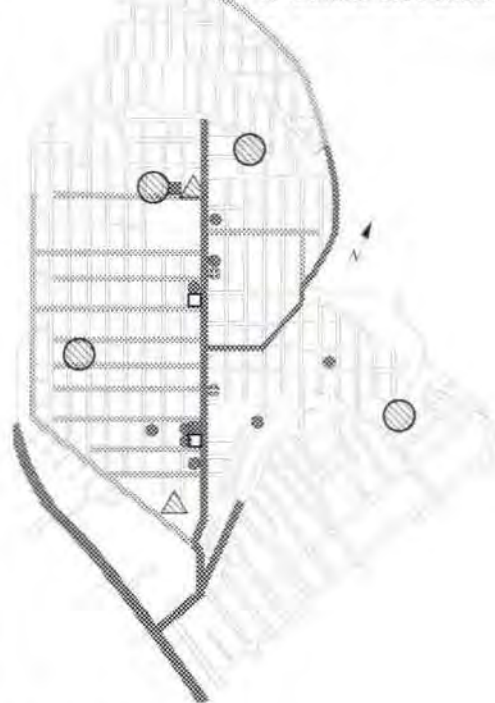
Red vial
Voirie

Fuentes: Sources:
- MSP; UNICEF; ILDIS, Quito, 1990
- IEOS, Quito, 1988



A Comité del Pueblo

Figura 3 Salud y segregación
Figure 3 Santé et ségrégation



B Jaime Roldos, Pisulí

Les trois quartiers, auxquels ont été appliquées les enquêtes complémentaires illustrent l'hétérogénéité de l'espace urbain et les phénomènes de ségrégation qui se manifestent dans la qualité et la répartition des équipements et des infrastructures en général, et dans le domaine de la santé publique en particulier.

Le secteur résidentiel de la Colina (C) regroupe un nombre élevé de cabinets de consultation médicale, le plus souvent de spécialité, ainsi que de soins dentaires. Le quartier populaire consolidé du Comité del Pueblo (A), créé en 1974, offre un ensemble diversifié de prestations incluant quatre sous-centres du ministère de la Santé publique et des structures privées qui associent fréquemment consultations de médecine générale et officine pharmaceutique. Enfin, les « zones d'invasion » Jaime Roldos et Pisulí (B), constituées en 1983, se caractérisent par un système de soins déficient — un sous-centre de santé et un cabinet de généraliste.

Les cartes, élaborées à partir des questionnaires appliqués à chaque institution, permettent de dégager les caractéristiques suivantes :

• dans les quartiers populaires, l'implantation des services de soins est décalée par rapport à l'installation des habitants — phénomène que l'on observe également pour la voirie et les réseaux ; une étude chronologique montre que dans un premier temps, se mettent en place des structures publiques, puis dans un second temps (dès que les infrastructures de base existent) commencent à ouvrir des cabinets de consultation privés ; contrairement à une idée reçue, les zones dites « marginales » présentent, dès qu'elles sont consolidées, un appareil de soins diversifié avec notamment une forte implantation de la médecine libérale plus coûteuse pour les usagers, mais souvent mieux adaptée à leurs besoins que le secteur public ;

• alors que les quartiers populaires, en raison de leur isolement, ont une autonomie relative en matière de santé et semblent pratiquement autosuffisants — exception faite des établissements hospitaliers —, en revanche, les secteurs résidentiels sont à la fois déficients en généralistes et excédentaires en spécialistes ; ce phénomène indique à la fois un comportement de recours aux soins différent, privilégiant les spécialités, et une plus grande capacité à se mobiliser vers les institutions, essentiellement privées, situées dans le district Centre Nord ;

• enfin, les stratégies d'installation des médecins obéissent à des logiques complexes prenant en compte à la fois la présence d'une population solvable (y compris dans les quartiers « pauvres »), la qualité des réseaux et la concentration des activités (d'où la préférence marquée pour les principaux axes de circulation) ; parfois, on observe des phénomènes de concentration remarquables (tel est le cas de l'immeuble situé en face de l'hôpital pédiatrique Baca Ortiz qui regroupe 36 cabinets de spécialistes).

Los tres barrios a los que se aplicaron las encuestas complementarias ilustran la heterogeneidad del espacio urbano y los fenómenos de segregación que se manifiestan en la calidad y la distribución de los equipamientos y las infraestructuras en general, y en el campo de la salud pública en particular.

El sector residencial de la Colina (C) reúne un elevado número de consultorios médicos, casi siempre especializados, así como de atención odontológica. El barrio popular consolidado del Comité del Pueblo (A), creado en 1974, presenta un conjunto diversificado de prestaciones que incluyen cuatro subcentros del Ministerio de Salud Pública y estructuras privadas que asocian frecuentemente consultorios de medicina general y una farmacia. Finalmente, las « zonas de invasión » Jaime Roldos y Pisulí (B), constituidas en 1983, se caracterizan por un sistema deficiente de atención médica — un subcentro de salud y un consultorio de medicina general.

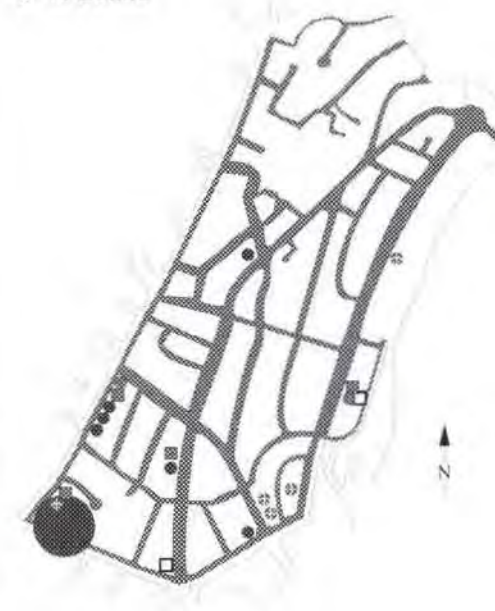
Los mapas, elaborados a partir de los cuestionarios aplicados a cada institución, permiten destacar las siguientes características:

• en los barrios populares, la implantación de los servicios médicos está retrasada en relación con el asentamiento de los habitantes — fenómeno que observamos igualmente en el caso de la vialidad y las redes de otros servicios; un estudio cronológico muestra que primeramente se implantan estructuras públicas, y en segundo término (en cuanto existen las infraestructuras básicas) empiezan a abrirse consultorios privados; contrariamente al prejuicio, las zonas llamadas « marginales » presentan, en cuanto están consolidadas, un aparato de atención médica diversificado sobre todo con una importante presencia de la medicina liberal, más costosa para los usuarios, pero a menudo mejor adaptada a sus necesidades que la que ofrece el sector público;

• mientras los barrios populares, en razón de su aislamiento, tienen una relativa autonomía en materia de salud y parecen prácticamente autosuficientes — con excepción de los establecimientos hospitalarios —, los sectores residenciales en cambio presentan un déficit en médicos generales y un excedente de especialistas; este fenómeno indica a la vez un comportamiento diferente al recurrir a la atención médica, que privilegia a los especialistas, y una mayor capacidad de movilización hacia las instituciones, esencialmente privadas, situadas en el distrito Centro Norte;

• finalmente, las estrategias de instalación de los médicos obedecen a lógicas complejas que tienen en cuenta a la vez la presencia de una población solvente (incluyendo los barrios « pobres »), la calidad de las redes y la concentración de las actividades (de allí la marcada preferencia por los ejes principales de circulación); se observan a veces fenómenos de concentración notables (tal el caso del edificio situado frente al hospital pediátrico Baca Ortiz que reúne 36 consultorios de especialistas).

C la Colina



pas de fonctionner efficacement et les hôpitaux de Guayaquil échappent de fait à son autorité ; néanmoins, à partir de ce moment, le processus d'intégration nationale du système de soins est engagé.

En 1967, l'Équateur est l'un des derniers pays d'Amérique latine à se doter d'un Ministère de la Santé publique : jusqu'alors, les programmes de prévention collective étaient en effet séparés des services responsables des activités de soins. Bénéficiant d'une conjoncture économique exceptionnellement favorable, les responsables de la santé engagent une politique accélérée d'équipement. De grands chantiers sont ouverts dans le pays et dans la capitale : entre 1971 et 1983, à Quito, le rythme annuel de progression du parc hospitalier public est de 2%, mais s'élève à 8,7 % entre 1983 et 1987 avec l'ouverture des structures édifiées durant la période d'expansion.

3.2. Les limites du domaine de l'État

Malgré le renforcement progressif de son champ et de ses moyens d'intervention tout au long du XX^e siècle, le pouvoir de l'État sur l'appareil sanitaire demeure fragile et limité — tout comme il l'est d'ailleurs dans l'ensemble des pays d'Amérique latine.

D'une part, l'État n'exerce sa tutelle que sur une part limitée du système de soins : la Sécurité sociale est en dehors de ses prérogatives, de même que le secteur privé à but lucratif ou non, et plus curieusement encore, les principaux hôpitaux de Guayaquil qui sont demeurés sous l'autorité municipale dans le cadre de la Junta de Bienfaisance de cette ville. D'autre part, l'État intervient à travers plusieurs ministères, celui de la Santé publique bien sûr, mais également ceux des Forces armées et de l'Intérieur, qui défendent chacun des catégories distinctes de population, et par conséquent des intérêts différents (tableau IV). Ces deux éléments nuisent évidemment à l'élaboration d'une politique nationale cohérente : tous les ministres de la Santé publique qui se sont succédés depuis un quart de siècle ont exprimé leurs préoccupations à ce sujet.

D'ailleurs, la situation économique actuelle ne favorise guère le pouvoir étatique : à la fois appauvri, donc du même coup plus dépendant des aides extérieures, et déconsidéré dans le contexte international de surenchère néolibérale, l'État équatorien semble de moins en moins à même de répondre aux besoins des catégories populaires.

4. Perspectives

L'évolution récente de la société équatorienne et de son système de soins laisse entrevoir deux grands problèmes qui risquent de devenir particulièrement aigus à Quito dans les années à venir.

Le premier concerne l'accroissement des inégalités sociales, avec les conséquences induites qu'elles ne peuvent pas manquer d'avoir sur la santé — même si les indicateurs de mortalité habituellement utilisés ne le démontrent pas encore : la poursuite des mouvements migratoires vers la capitale et l'extension des quartiers dits « marginaux » amènent à s'interroger sur les capacités du secteur public à répondre à une demande de plus en plus pressante.

Le second touche à l'aggravation des dysfonctionnements de l'appareil sanitaire dont témoignent les éléments suivants : la dégradation des conditions de soins dans les structures publiques, tant sur le plan technique qu'humain, dont on voit cependant mal les issues compte tenu des restrictions budgétaires qui limitent les possibilités de modernisation et d'humanisation ; l'évolution de la démographie médicale, marquée à la fois par une augmentation du nombre de médecins supérieure à la capacité d'absorption du système de soins — tant que ne sont pas trouvées des solutions pour mieux répartir les effectifs existants dans les zones les plus dépourvues —, et par un déséquilibre entre les catégories médicales et paramédicales — déficit de ces dernières par rapport aux premières ; enfin, l'inadéquation de la formation des professionnels de santé aux besoins des catégories populaires — méconnaissance des réalités sociologiques et culturelles, préparation insuffisante à la médecine sociale.

Parmi les propositions envisageables dans le cadre de l'appareil sanitaire, le soutien à des institutions locales, une utilisation plus efficace des structures publiques existantes et une formation des professionnels mieux adaptée aux réalités des secteurs populaires représentent pour les responsables de la santé, à l'échelle de l'État comme de la Municipalité, des options satisfaisant aux exigences du réalisme sans renoncer aux obligations du secteur public. Une telle approche ne doit cependant pas faire oublier que l'état de santé d'une population dépend moins de la densité ou de la qualité de son système de soins que de l'ensemble de ses conditions de vie.

ORIENTATION BIBLIOGRAPHIQUE - ORIENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

- DEFOSSÉ, A.-C. ; FASSIN, D. ; GODARD, H. (1991), Espace urbain et santé publique. L'histoire sociale et politique du système de soins à Quito, entre carte et récit, *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, Lima, 20 (1), p. 115-135.
- DUREAU, F. (1989), *Estadísticas de población y vivienda*, Quito, AIQ, 182 p.
- ESTRELLA, E. (1980), *Medicina y estructura socio-económica*, Quito, Belén, 392 p.
- FASSIN, D., (1991), L'État équatorien face aux inégalités de santé, *Problèmes d'Amérique latine*, Paris, 99, p. 91-103.
- 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.

asignados no le permiten funcionar eficazmente y los hospitales de Guayaquil escapan de hecho a su autoridad; sin embargo, a partir de ese momento comienza ya el proceso de integración nacional del sistema de atención médica.

En 1967, el Ecuador es uno de los últimos países de América Latina en tener un Ministerio de Salud Pública: en efecto, hasta entonces, los programas de prevención colectiva estaban separados de los servicios responsables de las actividades de atención médica. Al beneficiarse con una coyuntura económica excepcionalmente favorable, los responsables de la salud emprendieron una política acelerada de equipamiento. Se inician grandes construcciones en el país y en la capital: entre 1971 y 1983, en Quito, el ritmo anual de crecimiento del parque hospitalario público es del 2 %, pero se eleva al 8,7 % entre 1983 y 1987 con las apertura de las estructuras edificadas durante el período de la expansión.

3.2. Los límites del campo de acción del Estado

A pesar de la progresiva consolidación de su campo y de sus medios de intervención a lo largo del siglo XX, el poder del Estado sobre el aparato de salud sigue siendo frágil y limitado — como lo es por cierto en todos los países de América Latina.

Por un lado, el Estado ejerce su tutela únicamente sobre una parte limitada del sistema de atención médica: el Seguro Social está fuera de sus prerrogativas, al igual que el sector privado con fines lucrativos o no, y de manera aún más curiosa, los principales hospitales de Guayaquil que han permanecido bajo la autoridad municipal en el marco de la Junta de Beneficencia de esa ciudad. Por otra parte, el Estado interviene a través de varios ministerios, el de Salud Pública por supuesto, pero igualmente el de Defensa o el de Gobierno, que defienden cada uno a clases distintas de la población y consecuentemente intereses diferentes (cuadro IV). Estos dos elementos dificultan evidentemente la elaboración de una política nacional coherente: todos los sucesivos ministros de Salud Pública desde hace un cuarto de siglo han expresado sus preocupaciones a este respecto.

Por otro lado, la situación económica actual poco favorece al poder estatal: a la vez empobrecido, y por lo tanto más dependiente de las ayudas externas, y desacreditado en el contexto internacional de corte neoliberal, el Estado ecuatoriano parece estar cada vez en menor capacidad de responder a las necesidades de las clases populares.

4. Perspectivas

La reciente evolución de la sociedad ecuatoriana y de su sistema de atención médica deja entrever dos grandes problemas que pueden agudizarse particularmente en Quito en los años por venir.

El primero concierne el incremento de las desigualdades sociales, cuyas consecuencias no pueden dejar de incidir en la salud — incluso si los indicadores de mortalidad utilizados habitualmente aún no lo demuestran: la prosecución de los movimientos migratorios hacia la capital y la extensión de los barrios llamados « marginales » conducen al planteamiento de interrogantes sobre las capacidades del sector público de responder a una demanda cada vez más apremiante.

El segundo se refiere al agravamiento de los disfuncionamientos del aparato de salud, cuyo testimonio son los siguientes elementos: la degradación de las condiciones de atención médica en las estructuras públicas, tanto en el

plano médico como a nivel humano, situación difícilmente mejorable dadas las restricciones presupuestarias que limitan las posibilidades de modernización y de humanización; la evolución de la demografía médica, marcada a la vez por un aumento del número de médicos superior a la capacidad de absorción del sistema de atención médica — mientras no se encuentran soluciones para repartir mejor los efectivos existentes en las zonas más desfavorecidas —, y por un desequilibrio entre las categorías médicas y paramédicas — déficit de estas últimas con relación a las primeras; finalmente, la inadecuación de la formación de los profesionales de la salud frente a las necesidades de las clases populares — desconocimiento de las realidades sociológicas y culturales, deficiente preparación en el campo de la medicina social.

Entre las propuestas que pueden considerarse en el marco del aparato sanitario, el apoyo a iniciativas locales, una utilización más eficaz de las estructuras públicas existentes y una formación de los profesionales mejor adaptada a las realidades de los sectores populares, representan para los responsables de la salud, a nivel del Estado así como del Municipio, opciones que satisfarían las exigencias del realismo sin renunciar a las obligaciones del servicio público. Tal enfoque no debe sin embargo olvidar que el estado de salud de una población no depende tanto de la densidad o de la calidad de su sistema de atención médica, como del conjunto de sus condiciones de vida.

Cuadro IV Algunos datos básicos relativos a los hospitales y clínicas (1956, 1971, 1983, 1987)
Tableau IV Quelques données de base relatives aux hôpitaux et cliniques (1956, 1971, 1983, 1987)

Institución Institution	Número de camas Nombre de lits			Número de egresos Nombre de sorties			No. de días de hospital. Nb. de journées d'hôpital.		
	1971*	1983*	1987*	1971	1983	1987	1971	1983	1987
Pública Publique	2 715	3 017	3 487	36 689	62 460	71 351	814 981	724 853	823 305
MSP	1 738	1 973	2 359	22 784	33 578	39 307	555 151	415 165	506 346
IESS	488	562	592	8 441	19 820	19 065	116 972	205 173	201 871
FF.AA.	265	387	413	4 650	7 222	8 492	71 703	89 204	95 640
Policia - 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
Otros - Autres	174	12	12	493	480	618	67 779	2 172	2 846
Privada (1) Privée	417	721	841	12 396	20 118	25 753	66 117	103 404	122 264

(1) Comprende las instituciones religiosas y laicas del conjunto de la provincia de Pichincha
Comprend les institutions religieuses et laïques de l'ensemble de la province du Pichincha
* INEC, 1971, 1983, 1987

MSP: Ministerio de Salud Pública - Ministère de la Santé publique
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Institut équatorien de sécurité sociale
FF.AA.: Fuerzas Armadas - Forces armées

Sources : Fuente: INEC, Anuario de estadísticas hospitalarias, Quito, 1971, 1987