

Faculté de santé publique

**Analyse des politiques publiques appliquées en
Équateur par rapport aux recommandations de la
commission des déterminants sociaux de la santé
2007 – 2017**

Mémoire réalisé par
Pedro Barros

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisé

Analyse des politiques publiques appliquées en Équateur par rapport aux recommandations de la commission des déterminants sociaux de la santé 2007 – 2017

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier grandement Monsieur Walter Hesbeen pour sa grande disponibilité et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais remercier aussi toutes les personnes qui ont pris part de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Pedro Andrés Barros Gavilanes
Août 2020

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

TABLE DES FIGURES	VII
TABLE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES ABREVIATIONS	IX
INTRODUCTION	1
1. CHAPITRE 1 : LES INIQUITÉS EN SANTÉ, CADRE CONCEPTUEL ET PRINCIPES DES POLITIQUES PUBLIQUE	6
1.1 Concepts	7
1.2 Déterminants de la santé	13
1.3 Principes d'action pour les politiques en agissant dans les DSS	16
1.4 Politiques selon le niveau d'intervention	18
1.5 Pauvreté et santé	23
1.6 Conclusion du chapitre	30
2. CHAPITRE 2 : L'ÉQUATEUR, CONTEXTE ET PARTICULARITÉS	32
2.1 La République de l'Équateur	33
2.2 Compilation historique, droit à la santé et la politique économique	40
2.3 Particularités	46
2.4 Conclusion du chapitre	52
3. CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	53
3.1 Méthodologie pour la première question de recherche	53
3.2 Méthodologie pour la deuxième question de recherche	54
3.2.1 Description des indicateurs	57
4. CHAPITRE 4 : RESULTATS	61
4.1 Ressemblances des politiques publiques appliquées en Équateur par rapport aux recommandations de la CDSS	61
4.2 Changement des iniquités en santé en Équateur au cours de la période 2007-2017	80
5. CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET CONCLUSIONS	83
5.1 Discussion	83
5.2 Limitations	88
5.3 Conclusions	88
5.4 Recommandations	89

6. BIBLIOGRAPHIE	91
-------------------------------	-----------

ANNEXES

TABLE DES FIGURES

Figure 1.1 : Modèle des déterminants sociaux de la santé. Source : Solar O, Irwin A, modifié par la Commission des déterminants sociaux de la santé 13

Figure 4.1 : Indice des iniquités en santé par année d'étude 81

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Indicateurs démographiques et de la santé de l'Équateur	34
Tableau 2.2 : Dix principales causes de mortalité en Équateur en 2017	35
Tableau 2.3 : Indicateurs de la situation sanitaire et l'assainissement de l'Équateur	36
Tableau 2.4 : Indicateurs socio-économiques de l'Équateur	37
Tableau 2.5 : Couverture assurance maladie Équateur	38
Tableaux 2.6 : Scolarisation par quintiles de pauvreté par consommation	39
Tableau 3.1 : Indicateurs pour l'élaboration de l'INIQUIS et leurs sources	56
Tableau 4.1 : Indice des inégalités en santé par ordre croissant	81

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DSS	Déterminants Sociaux de la Santé
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
INIQUIS	Indice des Iniquités en Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
EP	État Providence
ISS	Inégalités Sociales en Santé
GS	Gradient Social
FMI	Fond Monétaire International
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
BM	Banque Mondiale
ONU	Organisation des Nations Unies
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
CE	Croissance Économique
PIB	Produit Intérieur Brut
USD	U.S. Dollar
GOBI	Growth Monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunizations
VIH	Virus de immunodéficience humaine
INEC	Institut National de Statistiques et Recensements (abrégé en espagnol)
MSP	Ministère de Santé Publique
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
IESS	Institut Équatorien de Sécurité Sociale
SK	Sumak Kawsay (abrégé en Kichwa)
PND	Plan National de Développement
PNBV	Plan National pour le Bien-Vivre
MAIS	Modèle de Soins de Santé Intégrés (abrégé en espagnol)
SENPLADES	Secrétaire Nationale de Planification et Développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
ONG	Organisation Non Gouvernementale

Introduction

Depuis des années, nous sommes conscients des impacts des déterminants qui ne sont pas biologiques sur la santé des populations. À partir de l'origine de la santé publique, des chercheurs ont soutenu que les actions dans les politiques publiques ont un impact sur les résultats en santé. Il y a presque deux siècles (1848), Rudolf Virchow soutenait que « *la médecine est une science sociale, et la politique n'est rien de plus que la médecine appliquée en grand* »¹. Cette approche a été oubliée et laissée de côté pendant des années, car la société, durant ce temps-là, a développé la théorie biomédicale^{2,25}. Dans les dernières décennies du siècle passé, les scientifiques sont retombés sur le fait que d'autres déterminants non biologiques ont un impact sur la santé. Ces derniers, ont été appelés « Déterminants Sociaux de la Santé » (DSS). La déclaration d'Alma Ata et la Charte d'Ottawa ont mis en évidence le besoin de considérer d'autres aspects de l'organisation sociale qui ont un impact sur les résultats de santé. Ces dernières sont des énoncés, elles ne décrivent donc pas les politiques spécifiques à appliquer pour arriver aux résultats attendus. En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conçu une Commission de haut niveau (CDSS) pour récolter les connaissances qui existent par rapport aux DSS³. Cette commission a publié en 2008 des recommandations en matière de politiques publiques adressées aux États, principalement. À partir de ces constats, nous retournons au principe que les politiques publiques sont des éléments responsables des résultats de santé.

Les inégalités en matière de santé sont un problème partout dans le monde, pas seulement dans les pays en voie de développement. Les inégalités en santé sont bien réelles dans la vie de tous les jours ; voici quelques exemples : les pauvres sont plus à risque de tomber malades par rapport aux riches⁴ ; certains groupes ethniques ont une espérance de vie inférieure à la naissance par rapport au groupe social majoritaire, même dans les pays riches⁴ ; les femmes participent moins à la politique que les hommes⁴. Tous les pays ont un gradient social qui détermine que les quartiers plus défavorisés aient une espérance de vie à la naissance inférieure par rapport aux plus favorisés⁴. Ces différences systématiques injustes sont évitables avec des politiques publiques judicieuses⁴. Réduire les inégalités en santé est un impératif éthique puisque « *l'injustice sociale tue à grande échelle* »⁵. Donc, les politiques publiques de qualité qui situent l'être humain à leur centre sont nécessaires.

La plus grande quantité de recherche actuelle est orientée vers les domaines biomédicaux, mais il y a des preuves que les meilleures améliorations en matière de santé répondent à une amélioration des DSS⁶. Le problème pour agir sur les DSS est la difficulté d'appliquer des études aléatoires randomisées et similaires par rapport aux actions concrètes à mener ou menées⁶. Déterminer que certaines politiques sont les causes des inégalités en santé n'est pas si évident, mais ceci ne nous empêche pas de relier empiriquement certaines politiques publiques à des changements des conditions de vie de la population^{7,8}. Les actions qui pourront être menées sont généralement limitées au contexte de chaque pays⁹. Parfois, la mise en œuvre des politiques publiques nécessaires n'est pas si évidente à cause des limitations politiques, sociales et économiques pour agir sur les DSS. De plus, il arrive que le fait de ne pas agir sur la problématique sociale soit une décision délibérée¹⁰. Pour accomplir les actions désirées, nous dépendons de la volonté politique, de la culture démocratique et surtout de l'intérêt politique réel d'agir sur un changement social en profondeur¹¹.

Il est de plus en plus apparent que les déterminants sociaux de la santé ont un impact décisif dans le fardeau de la maladie vécu par les communautés du monde entier. Par conséquent, la santé dépend de plusieurs facteurs et pas seulement de l'accès aux prestations ou de la qualité des infrastructures. Pour améliorer la qualité de vie d'un pays, il faudrait agir en matière de politique publique pour avoir le pouvoir nécessaire afin de changer la dynamique des systèmes socio-économiques qui sont actuellement en fonction ; c'est-à-dire qu'uniquement le développement socio-économique équitable nous permettra d'améliorer les conditions de vie de la communauté. Le développement dépendra des conditions internes mais aussi des facteurs économiques externes^{8,12}.

Nous, les professionnels de la santé, ne pouvons pas limiter notre compréhension de la santé à une perspective nettement biologique. À cet égard, une clarification devient nécessaire. Nous ne dévalorisons pas l'approche biomédicale, nous suggérons humblement qu'elle doit être enrichie avec les sciences sociales et économiques. En tant que médecin équatorien, je sais par expérience que prodiguer des soins est l'objectif le plus immédiat pour les professionnels de la santé, mais ici, on parle de prendre soin des autres personnes en agissant sur d'autres causes de la maladie, c'est-à-dire agir sur des déterminants structuraux qui auront un impact sur la réussite du traitement, l'accès aux médicaments, la réduction du risque de pauvreté, l'accès au système de soins, l'exposition aux produits nocifs, l'accès aux services de base, etc. Ceci nous invite à proposer des alternatives pour résoudre ce type de problèmes complexes et ne pas considérer

cette problématique comme quelque chose à résoudre par autrui, parce que le cas échéant, nous n'arriverons pas au niveau d'engagement nécessaire. Il faut remettre en question la finalité et la dimension humaine du rôle de médecin, entre autres. Tout au long de mes années à l'école de médecine, ma motivation principale était d'aider les autres, néanmoins, au fur et à mesure que j'avancais dans ma formation, j'ai constaté que les problèmes de santé ont des étiologies sociales, économiques, environnementales, entre autres, et qu'en tant que médecin, je n'étais pas capable d'aider à surmonter ces causes ; raison pour laquelle je trouve que la quête de l'équité en santé en vue du changement sociétal est une solution pertinente en réponse à mes questionnements. Il faut reconsidérer le rôle du médecin pour intervenir sur la réalité de sa communauté via des actions sur les DSS¹³.

En développant notre problématique, notre curiosité nous a amené à nous demander si les recommandations faites par la CDSS pouvaient être appliquées au sein d'un pays dans lequel la richesse, l'idiosyncrasie et l'histoire ne favorisaient pas les changements. D'abord, un certain nombre des pays ont appliqué les recommandations de la CDSS, par exemple les pays scandinaves, qui sont les plus avancés dans ce domaine. Ils ont utilisé l'équité en santé comme un indicateur de résultats de leur politique publique¹⁴. L'équité est plus atteignable dans ces pays parce qu'ils ont un niveau de développement humain élevé, certaines particularités culturelles et surtout la décision politique pour les mettre en place¹⁴. Par contre, est-ce que les recommandations peuvent être appliquées dans les pays en voie de développement ? Ou dans d'autres latitudes et réalités dans lesquelles les changements nécessaires sont plus difficiles et complexes ? C'est-à-dire dans des pays qui ont un niveau relatif moyen ou haut, qui ont des processus sociaux, politiques et économiques très particuliers.

Nous cherchons à étoffer les connaissances et les preuves de l'application des DSS dans un contexte donné. Le gouvernement de la République de l'Équateur, pendant la période d'étude, a été qualifié de populiste pour sa politique publique d'assistanat envers sa population¹⁵. Il n'y a que par une analyse de ses politiques publiques et ses résultats que nous parviendrons à obtenir une réponse. Ont-ils travaillé pour accomplir l'équité et la justice sociale ou ces actions restent-elles dans le domaine discursif ? C'est la raison pour laquelle nous proposons une étude descriptive empirique de cas sur les concordances et discordances des recommandations formulées par la CDSS et les politiques publiques mises en place par le gouvernement durant 2007 – 2017, qui sera notre période d'étude. Notre approche sera basée sur l'analyse objective de la politique publique comme un instrument au service de la santé¹⁶. Les résultats pourraient

améliorer la qualité de notre information par rapport au savoir-faire des politiques publiques. Spécifiquement, nous voulons identifier si les politiques appliquées par le gouvernement, dans la période d'étude, ont eu des impacts sur les déterminants sociaux et les inégalités en matière de santé.

L'analyse tient compte des particularités du pays, comme ses antécédents d'ingouvernabilité¹⁷, du fait qu'il est un pays de développement humain moyen¹⁸ et qu'il se trouve dans la région la plus inégalitaire du monde¹⁹. Nous proposons de réaliser une analyse sur l'expérience équatorienne parce que nous croyons que pendant cette période, les politiques appliquées ont été inspirées par la justice sociale, le bien-être et l'équité. Dès lors, nous espérons trouver une concordance assez marquée entre les propositions de la CDSS et les actions de politique publique mises en pratique pendant la période d'étude, puisque les actions recommandées par la CDSS sont aussi ancrées dans la justice sociale et l'équité sanitaire²⁰. Une particularité qui mérite d'être prise en compte est que les actions ont été menées presque simultanément. La Commission a présenté son rapport à la fin de 2008 alors qu'en Équateur, la nouvelle Constitution politique a été approuvée, élément clé pour la mise en place de tous les changements politiques nécessaires pour appliquer un modèle plus équitable en quête de bien-être. Ce dernier, dans la Constitution équatorienne, est référencé comme le *Sumak Kawsay* ou le bien-vivre²¹.

Notre travail sera orienté vers le contexte socio-économique et politique, c'est-à-dire les déterminants structurels qui ont un impact sur le macro-environnement de l'individu et qui a un impact sur les conditions de vie, la participation politique et la vie économique de la population²². Étant donné que les recommandations sont vastes, nous travaillerons avec les deux premiers principes d'action. Le premier principe est : « *Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* »²³. Le deuxième principe est : « *Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendant les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local* »²³. De cette manière, nous cherchons à contribuer au troisième principe qui est : « *Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé* »²³. Étant donné que la mesure des résultats, des politiques appliquées est assez compliquée, l'utilisation

de déterminants intermédiaires nous permettra d'estimer l'effet des actions menées²² ; c'est-à-dire que les conditions de vie des personnes ont dû être modifiées si les politiques ont été effectives.

Pour l'analyse des politiques, nous appliquerons une recherche bibliographique dans plusieurs bases de données par rapport aux politiques mises en pratique par le gouvernement, ensuite nous les comparerons avec les recommandations de la CDSS. Pour l'analyse des changements des indicateurs des iniquités, nous utiliserons l'indice INIQUIS construit par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), avec lequel nous construirons un indice synthétique pour visualiser les changements dans l'équité en santé. Les données d'indicateurs économiques, sociaux, et de santé seront obtenues au sein des bases de données du même pays ainsi que de l'OMS et de la Banque mondiale, entre autres. L'analyse comprendra les données annuelles de 2007 à 2017. Les méthodes préalablement décrites nous permettront de répondre à nos questions de recherche :

QR1 : Les politiques publiques appliquées en Équateur durant la période de 2007-2017 sont-elles semblables aux recommandations données par la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS ?

QR2 : Y a-t-il eu un changement dans les inégalités en matière de santé en Équateur au cours de la période 2007-2017 ?

Nous avons structuré le contenu du présent travail de fin des études de la manière suivante : nous débiterons par une description conceptuelle succincte des inégalités ainsi qu'un cadre théorique sur les DSS. Ultérieurement, nous présenterons au lecteur les contextes social, économique, historique, politique et de santé du pays qui sera soumis à l'analyse. Subséquemment, nous décrirons la méthodologie à utiliser. Postérieurement, les éléments similaires entre les recommandations et les politiques mises en pratique seront décrits. Nous proposerons ensuite l'analyse sur les changements dans l'équité en matière de santé en Équateur. Les chapitres suivants seront consacrés à la discussion des résultats et les conclusions respectives.

Chapitre 1 : Les iniquités en santé, cadre conceptuel et principes des politiques publiques

En tant que professionnels de la santé, nous devons comprendre que la souffrance dépasse l'aspect physique et ne jamais oublier que nous nous adressons à un être humain, avec d'autres aspects, comme le psychologique et social²⁵. Notre but est de mener à bien le droit à la santé, un droit entendu comme la liberté de vivre une vie épanouie. L'approche qui sera utilisée dans le présent document est basée sur une perspective éthique qui reprend des concepts des droits de l'homme, une approche des capacités, des concepts de santé globale, et les recommandations de la CDSS.

Nous ne soutenons pas que la responsabilité de la situation sanitaire actuelle dans le monde passe exclusivement par les professionnels de la santé. Mais ce travail reste essentiel pour mettre l'accent sur d'autres problématiques qui définissent la santé. D'autres facteurs de l'organisation sociale doivent changer si nous voulons avoir un impact sur les conditions de vie des personnes. Pourquoi agir sur les conditions de vie ? Comme nous le développerons par la suite, les conditions matérielles, politiques, sociales, entre autres, touchent la santé des populations parce que les styles de vie ne dépendent pas seulement des comportements individuels¹³. En fait, « *la relation entre le niveau socio-économique et la santé est nivelée* »²⁶. Nous reconnaissons que les professionnels de la santé et les membres de la communauté ont le potentiel pour contribuer d'une manière décisive à la défense et la réalisation des politiques publiques nécessaires pour l'équité en matière de santé¹³.

Le niveau socio-économique est un élément important à prendre en compte, car la réalité sociale est limitée par les ressources économiques des personnes ; la pauvreté sera la principale barrière à surmonter dans la quête d'une meilleure santé basée sur la justice sociale et l'équité²⁷. Actuellement, nous trouvons des personnes qui sont anéanties par des maladies de la misère, ou qui meurent par maladie guérissable simplement parce qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires. De telles situations sont généralement produites par des systèmes injustes. Ces derniers condamnent les pauvres et vulnérables à une vie dénuée de sens, une vie de souffrance pour le simple fait d'être né du côté incorrect de la société²⁶⁻²⁸.

En concordance avec l'approche éthique proposée, nous ne pouvons pas accepter que dans un monde plein de ressources, les droits basiques comme le droit à la santé ne soient pas disponibles pour tous. Au minimum, nous devrions garantir l'accès aux moyens nécessaires

pour une qualité de vie acceptable et que l'accès au système de soins de santé ne soit pas limité par les revenus, ou par la capacité de paiement des personnes²⁷.

Le système de santé doit être renforcé, en améliorant son efficacité, en développant de nouvelles technologies et en les prodiguant aux plus démunis en laissant de côté la théorie de l'insuffisance de ressources^{29,31}. Autrement dit, les services de santé de la meilleure qualité qui soit devraient être mis à la disposition de tous ; en effet, lors de la recherche de l'équilibre coût-efficacité, nous trouvons une diminution de la qualité et disponibilité des services. Ceci a produit des soins de santé sélectifs de faible qualité pour les pauvres^{30,31}. Les soins de santé primaires (SSP) figurent comme la première option d'organisation du système de santé, si le gouvernement essaye d'améliorer les conditions pour augmenter l'accès, la qualité, et l'efficacité^{32,61}.

Nous décrirons dans le présent chapitre certains concepts clés, ainsi que des structures conceptuelles pour mieux comprendre les différents types de politiques, mais aussi les niveaux de gouvernement dans lesquels elles peuvent être appliquées. Finalement, nous décrirons des éléments basiques d'économie en mettant l'accent sur la pauvreté et son lien avec la santé.

1.1. Concepts

Ici, nous décrirons quelques concepts qui aideront le lecteur à mieux comprendre certaines subtilités dans le domaine des DSS et l'équité en matière de santé.

Politique

« Ensemble des options prises collectivement ou individuellement par les gouvernants d'un État dans quelque domaine que s'exerce leur autorité »³³. L'origine du mot vient du grec *polis* qui signifie « Cité » et le suffixe *ikos*, qui, en langue française signifie « le morphème -ique »³⁴. Le mot « Cité » ou « Cité-État » fait référence aux premières villes-États dans l'ancienne Grèce, « communautés dont les membres (les citoyens) s'administraient eux-mêmes »³⁵. Le sens avec lequel nous travaillons est celui qui concerne le citoyen c'est-à-dire la connaissance développée pour les citoyens pour concevoir le bien public ou l'intérêt général. La politique est conçue comme la science qui s'intéresse à la chose publique (*res publica*)³⁶.

Public - que

« Qui concerne le peuple dans son ensemble, la collectivité »³⁷.

Idéologie

« *Système d'idées générales constituant un corps de doctrine philosophique et politique à la base d'un comportement individuel ou collectif* »³⁸.

Décision politique

La décision politique est basée sur l'analyse d'un problème qui peut avoir une solution politique. « *La décision politique est la préfiguration du chemin à parcourir pour le système pour accomplir leur but outre un prononcé de la volonté, de la mise en place et assignation des ressources nécessaires pour telle fin* »³⁹. L'implémentation des changements dépendra de la situation politique à l'intérieur de l'État, du modèle d'organisation administrative pour la prise de décisions, entre autres. La faisabilité des changements dépendra de la légitimité et l'origine du pouvoir du gouvernement ; c'est-à-dire que pour une autorité charismatique, le changement sera mené plus facilement que pour d'autres⁴⁰.

Volonté politique générale

Selon Rousseau, « *l'État doit être dirigé par la volonté politique générale du peuple. La volonté générale est la somme des intérêts communs du peuple* »⁴¹. Dans le contexte de notre travail, nous faisons référence à la volonté politique des gouvernants, dans le sens d'une volonté réelle des gouvernants pour agir comme intermédiaires de la volonté générale du peuple. Les décisions seront prises par les politiciens, les derniers représentants légitimes d'un État-nation.

Cohérence politique

« *Du point de vue individuel et groupal, on parle de cohérence quand la pensée, les mots et les actions gardent un degré de cohérence acceptable* »⁴². Le problème passe par la complexité de garder un certain niveau de cohérence en ce qui touche le gouvernement, parce que dans le gouvernement, il « *n'existe pas un centre de conscience total sur toutes les problématiques affrontées* »⁴². Donc, une grande cohérence parmi les différents niveaux ne doit pas être attendue parce que l'information rarement arriverait aux niveaux les plus hauts. La taille du système empêcherait une distribution fluide de l'information, spécialement des petits détails.

État providence

L'État providence (ÉP) fait référence à un modèle de protection et de promotion du bien-être économique, social et de santé de la population par l'État. Historiquement, l'ÉP était proposé comme une réponse à l'industrialisation en faisant attention à l'organisation du système de

l'assurance-maladie, la retraite, la protection aux plus vulnérables de la société⁴³. Malgré les bénéfices de l'EP, il persiste encore un postulat incomplet pour en finir avec les inégalités sociales en matière de santé⁴⁴. L'EP est un modèle fortement souhaitable, mais médiocrement appliqué dans les pays en voie de développement. Pour ces derniers, il est indispensable.

Équité en santé

L'équité est conçue comme *« l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement »*⁴⁵.

La justice sociale

La justice sociale cherche *« un équilibre entre partenariats inégaux... ceci implique des actions sociales et de santé, différentielles pour corriger les inégalités de départ... qui vont conduire à l'égalité des droits, des bénéfices, des obligations et des opportunités »*⁴⁶.

Déterminants sociaux de la santé (DSS)

Les DSS *« sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique »*⁴⁷.

Inégalités sociales en santé (ISS)

*« Les inégalités en santé sont définies comme d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient »*⁴⁷. Le concept d'iniquité est fondé sur des préceptes éthiques desquels il découle que toutes les personnes doivent avoir les mêmes capacités pour exercer leurs droits, et que socialement, n'est pas accepté le fait que les différences entre les personnes soient déterminantes pour leur futur et ceux de leur famille⁴⁸. Les facteurs médiateurs des ISS sont au nombre de trois ; le facteur génétique : chaque individu est constitué d'une façon unique et chaque individu a ses caractéristiques particulières (génotype) ; l'aspect biologique : les différences biologiques entre les hommes et les femmes ainsi que les particularités de chaque groupe d'âge sont évidentes ;

la chance : cela fait référence au risque de tomber malade par une pathologie contagieuse ou d'être exposé fortuitement à un risque. La combinaison de ces facteurs peut entraîner des iniquités sociales en santé, celles-ci doivent contenir certaines caractéristiques comme : être produites socialement, être systématiques et être injustes⁴⁸.

Produit socialement

Les ISS sont les résultats de processus sociaux. Par exemple, il n'existe pas de raison biologique pour les différences de l'espérance de vie chez les plus pauvres ainsi que la mortalité infantile plus élevée dans les familles plus démunies⁴⁸.

Systématique

« *La distribution des différences en santé n'est pas aléatoire, elles suivent un patron social parmi la population* »⁴⁸, par exemple : le fardeau de la mortalité et la morbidité qui augmentent dans les groupes moins favorisés⁴⁸.

Injuste

Les ISS sont considérées injustes, car « *Le biais et la discrimination qui mènent aux différences dans l'accès aux ressources et opportunités pour la santé entre les groupes sociaux sont injustes* »⁴⁹.

Gradient social

Les différences dans la mortalité de la progéniture, la morbidité différenciée, la différence d'espérance de vie, entre autres, parmi les quintiles plus défavorisés par rapport aux quintiles qui représentent les personnes riches, représentent le gradient social en santé (GS). Le fardeau de la maladie parmi les plus pauvres du monde est disproportionné. Malheureusement, la participation des pauvres dans la répartition des richesses n'est pas significative. La situation est bien plus désespérée au sein des pays qui sont défavorisés suite à leur exploitation au cours de l'histoire, comme les anciennes colonies européennes en Afrique, Amérique ou Asie²⁶.

Souffrance sociale

Arthur Kleinman, Veena Das, Margaret Lock ont choisi l'expression « souffrance sociale » pour nommer toutes les formes de violence sociale qui constituent l'iniquité. La souffrance sociale est « *Le résultat de ce que, le pouvoir politique, économique et institutionnel font aux personnes. Et comment ces formes de pouvoir par elles-mêmes influencent les réponses aux*

problèmes sociaux »⁵⁰. Quelques structures de pouvoir et l'organisation sociale sont capables d'influencer l'avenir des individus. Certaines d'entre elles appliquent une forme de violence grâce à leur légitimité et leur importance dans la société. Pour Paul Farmer, la violence structurelle comprend un sort de souffrance sociale ; *« telle souffrance est structurée par processus historiques (et fréquemment dirigés par processus économiques) ainsi que par forces qui conspirent par la routine, par le rituel, ou par le moyen plus commun ; une vie difficile, comme un organisme limitant. Pour certains, en comprenant plusieurs de mes patients et informateurs, les grands et petits choix sont limités par le racisme, le sexisme, la violence politique, et la pauvreté oppressive »*⁴⁰. Galtung suggère que la violence structurelle fait partie d'un schéma tripartite. La première est la violence directe, définie comme le comportement agressif vers les autres, par exemple : la délinquance, etc. Un autre type de violence est la violence culturelle qui serait responsable de légitimer les autres types de violence⁵¹. En résumé, les inégalités sociales sont des réalités que les personnes ne sont pas capables de modifier, parce que les injustices sont implémentées et défendues par le modèle politique, le modèle économique, l'organisation sociale et la culture. Nous définissons la violence structurelle comme le type d'organisation sociale qui produit une différence délibérée entre les plus puissants et les plus faibles d'une société, et dans notre cas, qui produit une différence significative dans les services, les conditions de vie et les résultats en matière de santé entre les pauvres et les riches⁴⁰.

Liberté individuelle et biopouvoir

Quelques personnes qui bénéficient de la pleine admissibilité aux services de santé peuvent faire usage de leur liberté de choisir de ne pas utiliser ces services. Tout simplement, certaines personnes choisissent, de leur propre volonté, de ne pas faire usage de leur droit à la santé ; chaque individu n'a pas les mêmes idées par rapport à sa liberté et comment il la gère. La liberté implique le choix des individus à décider par rapport à leur santé. Mais ceci ne veut pas dire qu'on puisse justifier les inégalités sociales existantes avec ce concept. La clarification devient nécessaire, parce que les professionnels de santé, parfois, ont tendance à croire que le meilleur choix possible pour tous est celui formulé par le système de santé ou les professionnels de soins, mais la décision incombe toujours à la personne ou la communauté¹³.

Le paternalisme exercé par les professionnels de santé a un rapport avec l'exercice du biopouvoir. Ce concept, pour Foucault, fait référence à la manière dont les données biologiques et médicales sont utilisées par les institutions modernes pour définir, compter et classer les

populations en les disciplinant ; c'est-à-dire que la façon dont les institutions utilisent les données biologiques et médicales définira les normes pour classer ce qui est sain et malade, légal et illégal, entre autres ; par exemple : la classification indiquera qui va à l'hôpital psychiatrique ou qui va en prison⁴⁰. Donc, les professionnels de santé publique utiliseront ce type de pouvoir pour agir en exerçant une force coercitive afin d'obliger les personnes à réaliser ce qui est « bon » pour la santé collective. Selon Foucault, la discipline est l'instrument par lequel les gouvernements « *et autres institutions coercitives contrôlent la population* »⁴⁰. Pour comprendre le pouvoir disciplinaire, il est nécessaire de comprendre le concept du panoptique, développé par Jeremy Bentham, qui signifie qu'il y a une tour au centre de la prison d'où les prisonniers peuvent être observés sans qu'ils sachent s'ils le sont. « *La possibilité d'être surveillé amènerait les détenus à corriger automatiquement leur comportement* »⁴⁰. Selon Foucault, les institutions modernes ont cet effet sur la population. « *Ils disciplinent les individus plutôt que de les forcer directement* »⁴⁰. Selon lui, les États modernes ont donné du pouvoir aux bureaucraties pour contrôler la santé et le bien-être de la population. De cette manière, nous arrivons au concept de gouvernementalité, qui comprend, par exemple, l'obligation d'être immunisé pour certaines maladies pour entrer à l'école⁴⁰. Donc, le biopouvoir peut être inclus dans la gouvernementalité et il est « *greffé dans les processus du capitalisme moderne* »⁴⁰.

Bureaucratisation

La légitimité du gouvernement est donnée par le pouvoir rationnel légal qu'il détient, mais ce type d'organisation favorise ainsi la bureaucratisation. Le pouvoir légal est désirable pour limiter les actions arbitraires des autres types de pouvoir⁴⁰, l'institutionnalisation de l'État garantit un système plus juste pour tous les citoyens. Mais le problème d'une bureaucratisation est que les fonctionnaires, conduits par l'inertie de leur organisation, auront des problèmes pour aller au-delà de leur responsabilité. Le fonctionnaire fera ce qui est nécessaire pour accomplir ses tâches, en limitant ses actions aux processus qu'il est autorisé à résoudre. En d'autres mots, la quête de service ou l'amélioration du service ne font pas partie de ses obligations. Finalement, le pouvoir légal, en étant un construit humain, peut aboutir à des erreurs comme toutes les constructions sociales⁴⁰.

Cadre conceptuel sur les DSS de la santé

Nous basons notre analyse sur le cadre utilisé par la CDSS dans lequel les déterminants structurels sont : le contexte socioéconomique et politique, la situation sociale, l'enseignement, l'occupation, le revenu, le sexe et l'ethnie/race. À leur tour, les déterminants intermédiaires

sont : les circonstances matérielles, la cohésion sociale, les facteurs psychosociaux, les comportements, les facteurs biologiques et le système de soins sanitaires⁸.

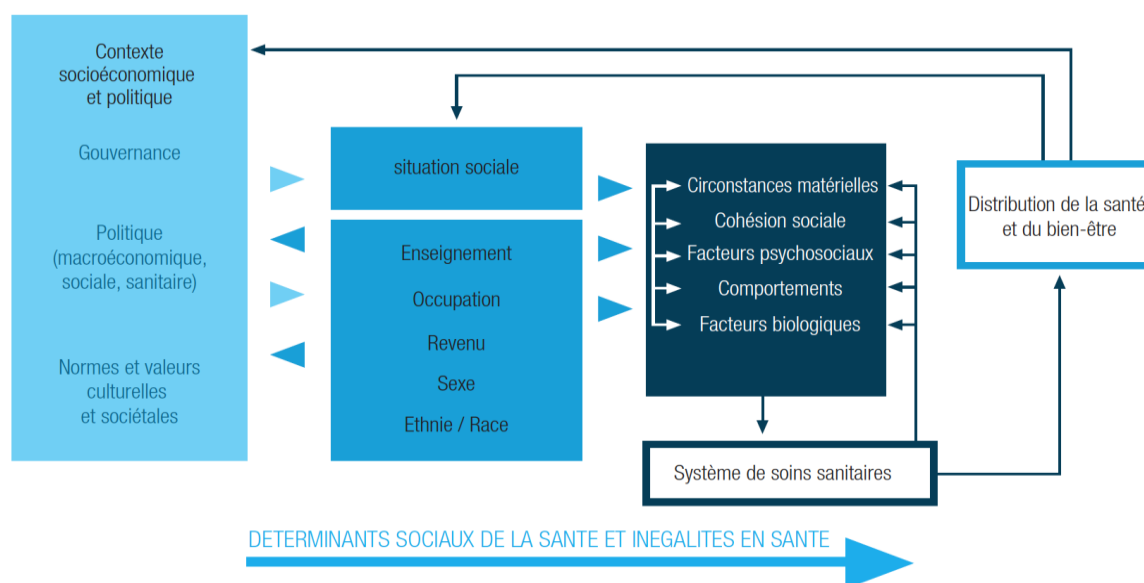


Figure 1.1. Modèle des DSS. Source : Solar O, Irwin A, modifié par la CDSS⁸.

1.2. Déterminants de la santé

La quantité d'études qui relient les politiques publiques avec les DSS est limitée. Dans PUBMED, il y a 400 études avec les mots clés : *"Social Determinants of Health"[Mesh] AND "Public Policy"[Mesh]*. Dans la même base de données, la recherche a donné 0 résultat avec les mots clés suivants : *("Social Determinants of Health"[Mesh] AND "Public Policy"[Mesh]) AND "Ecuador"[Mesh]*. Avec les mots clés : *("Healthcare Disparities"[Mesh]) AND "Ecuador"[Mesh]*, nous avons trouvé 10 résultats, desquels seulement une étude a abordé la question par rapport aux inégalités socioéconomiques de santé en Équateur pendant la réforme du système de santé, mais aucun résultat n'a été trouvé par rapport à une analyse sur les DSS et les recommandations de la CDSS à propos de politiques publiques en Équateur⁵².

Déterminants structurels

Ce sont les facteurs capables de créer des environnements favorables pour une vie pleine quand ils restent dans les intérêts citoyens pour concevoir le bien public ou l'intérêt général. Mais ils sont aussi capables d'exercer ou appliquer des conditions qui produisent souffrance ou détresse sociale, si les politiciens ne traitent pas l'intérêt général et commencent à traiter seulement leurs intérêts personnels⁵³. Pour éviter le dernier scénario, l'équité sanitaire devrait être utilisée comme un indicateur du progrès de la société⁵⁴. De la même manière, la justice sociale est un

élément central dans toutes les politiques qui envisagent d'agir sur les DSS et encourager l'équité sanitaire¹¹.

La volonté et la décision politique sont indispensables pour intervenir sur l'équité sociale⁵⁴. La cohérence politique est nécessaire pour coordonner les actions menées par les différents secteurs et niveaux du gouvernement. Comme nous pouvons le voir, les actions proposées ont une forte charge idéologique qui devrait être partagée par les gouvernements engagés avec l'équité en santé. « *Faire de la santé et de l'équité des valeurs communes à tous les secteurs ne va pas sans difficulté politique, mais c'est une stratégie nécessaire à échelle mondiale* »⁵⁵.

La capacité institutionnelle est nécessaire pour mettre en place les recommandations de la CDSS¹¹. Le travail interinstitutionnel et son renforcement sont aussi indispensables, et la participation et la collaboration parmi les différents niveaux du gouvernement permettent d'accomplir l'équité en santé⁵⁴. Les gouvernements doivent compter sur un système, un guide pour acheminer toutes les actions au but principal. Le rôle du ministère de santé prendra plus d'importance, puisque la santé via l'équité sanitaire guidera les interventions des autres instances du gouvernement⁵⁴.

Voici les facteurs structurels qui ont un impact sur le fonctionnement sociétal.

Contexte socioéconomique et politique

a) Gouvernance

Elle comprend la tradition politique, la transparence, la corruption, les pouvoirs économiques, les pouvoirs cachés, les partis politiques, le programme du gouvernement, le processus pour la prise de décisions, l'institutionnalisation du pays, etc.

b) Politiques macroéconomiques

Ceux-ci comprennent les politiques fiscales, les politiques du marché du travail, le financement du système de prévisions, l'investissement public, la lutte contre la pauvreté, le modèle de développement, le niveau de développement économique, la diversification de l'économie, la corruption, etc.

c) Politiques sociales

Les politiques sociales ont une importance cruciale compte tenu des changements nécessaires pour attendre l'équité sanitaire et agir sur les DSS. Ces derniers résultent des politiques qui dépassent les compétences du système de santé, la coordination avec les ministères d'économie et le compromis de financement issu de cette dernière figure comme un pilier structurel pour accomplir le but⁴. Les sujets sont le marché du travail, l'État de bien-être, les allocations sociales, la distribution de la terre, le logement social, l'intégration sociale, entre autres. Ces derniers dépendent des politiques sociales envisagées et appliquées par le gouvernement. La politique sociale du gouvernement définira les programmes qui seront mis en place et financés dans les domaines d'autres politiques décrites à la suite⁴.

d) Autres politiques publiques

Elles comprennent l'organisation des systèmes de santé, d'éducation, de sécurité financière, de protection environnementale, ainsi que les propositions de loi en soutien aux politiques envisageant l'équité en santé et les DSS⁴.

e) Valeurs sociales et culture

Les valeurs sociales reflètent la culture existante. La culture, en existant comme un bien immatériel, est modifiée d'une manière indirecte et échelonnée par les modèles économiques et d'organisation sociale¹. Le modèle d'organisation sociale plus commun git dans l'État-nation, modèle essentiellement basé sur un paradigme de culture dominante occidentale⁵³. Il nous a apporté des éléments indispensables pour l'État de bien-être et l'organisation sociétale dans plusieurs de domaines. Mais selon Mackenbach, l'État-nation n'est pas parvenu à modifier la culture et les limitations de ce modèle sont peut-être la cause du manque de diminution des inégalités en matière de santé dans les pays développés⁴⁴. Les politiques doivent procurer des traitements, un accès au système, et d'autres paramètres adaptés aux réalités culturelles de chaque pays, avec l'objectif d'améliorer sa mise en pratique.

Position socioéconomique

La position socioéconomique figure dans la catégorie de déterminant structurel des inégalités en santé selon Solar et Irwin et la CDSS (Figure 1). La situation financière et les différences sociales affectent la distribution des DSS. Celle-ci figure dans la structure sociale montrée comme : la situation sociale, le genre, le sexe, la race et l'ethnie. Nous pouvons trouver des hiérarchies au sein de toutes les sociétés, de manière à ce que les ressources économiques et

sociales soient distribuées d'une manière inégale⁴. Les bénéficiaires de cette distribution, généralement, appartiennent aux classes les plus riches ; plus une personne est défavorisée, plus sa santé sera défavorisée. L'échelle sociale dépend des différences de revenu, de rôle, de genre, de race ou d'ethnie. À la tête de l'échelle, figure l'homme riche et blanc et la femme pauvre autochtone ou noire est située à la dernière place, ceci est le gradient social que nous trouvons aussi dans la santé^{1,4}.

Déterminants intermédiaires

La configuration sociale déterminée par les facteurs structurels influence de façon décisive les déterminants intermédiaires. La position socioéconomique, comme nous l'avons décrit précédemment, a un impact sur les inégalités de santé. Les facteurs intermédiaires comprennent : la situation matérielle, le logement, le niveau de revenu, les conditions de travail, la localisation du domicile, la situation psychosociale comme le stress et le manque de soutien social, ainsi que les facteurs comportementaux, les comportements préjudiciables pour la santé, entre autres²⁴. Finalement, l'organisation du système de santé a aussi des conséquences sur la santé. On fait référence à l'accès limité aux soins des personnes ou groupes moins favorisés, ainsi que le risque de pauvreté s'ils doivent trop payer pour les services, etc^{4,56}.

1.3 Principes d'action pour les politiques en agissant dans les DSS

Les recommandations suivantes ont été édictées par le bureau européen de l'OMS, lesquelles nous aideront à mieux cibler les politiques à analyser⁵⁷. Ce sont les lignes directrices utilisées par la CDSS pour édicter ses recommandations sur les politiques publiques à appliquer pour agir sur les DSS et l'iniquité en santé.

1. Les politiques doivent viser l'amélioration des conditions des plus démunis et dans aucun cas chercher à diminuer le niveau de santé des plus favorisés. La logique qui sous-tend ces politiques est que les standards de vie des plus démunis doivent viser le niveau de bien-être atteint par les plus favorisés, et dans aucun cas, des actions contraires^{10,57}.
2. Il y a trois manières pour diminuer les inégalités en santé :

- La réduction des inégalités dans toute la population avec des programmes dispensés à toute la population ; c'est-à-dire sans une population cible⁵⁷.
 - La réduction des inégalités parmi les plus défavorisés par rapport aux plus favorisés en agissant sur l'amélioration des plus défavorisés. Ce sont des programmes qui cherchent à réduire les inégalités parmi les strates économiques de la société⁵⁷.
 - Une approche sélective des populations plus défavorisées, des programmes spécifiques pour les plus démunis de la société⁵⁷.
3. Les interventions doivent assurer la réduction des inégalités parmi les différents groupes sociaux, parce qu'il est possible que les actions menées par le gouvernement pour offrir des services aux plus démunis avantagent les groupes plus favorisés^{10,57}.
 4. Les interventions doivent viser les déterminants sociaux des inégalités en santé et pas seulement les déterminants de la santé²⁴. Les interventions sur les déterminants sociaux de la santé doivent être multisectorielles. Celles-ci découlent généralement sur des domaines hors du secteur de santé. Le ministère de santé doit avoir les capacités pour influencer les autres ministères responsables de l'application des politiques envisageant des actions sur les DSS⁵⁴.
 5. Il faut évaluer les résultats inattendus des actions menées spécifiquement en ce qui touche l'équité, par exemple : certaines politiques économiques suggérées par le FMI pendant les dernières décennies ont eu un impact négatif dans les DSS et l'équité en santé^{56,58,59}.
 6. Il y a besoin des instruments pour la mesure de l'étendue des inégalités en santé et pour l'évaluation des actions mises en place. Une analyse des inégalités entre les différents groupes sociaux est nécessaire. Des évaluations relatives et absolues sont d'utilité²⁴.
 7. Il faut faciliter et promouvoir la participation des populations les plus vulnérables, parce que parfois, les intérêts de la population cible varient du point de vue des décideurs de politiques publiques ainsi que des professionnels en promotion de la santé^{13,57}.

8. Il y a des inégalités qui touchent les hommes et les femmes de façon différente, c'est-à-dire que les inégalités ont des particularités par rapport à chaque sexe^{57,60}.
9. Il faut aussi analyser les inégalités particulières pour chaque groupe ethnique et sa localisation géographique par rapport à sa position économique^{24,61}.
10. Les systèmes de santé doivent être basés sur des principes d'équité en assurant l'accès aux soins de santé indépendamment de la capacité de paiement de la population^{24,56,57}.

1.4 Politiques selon le niveau d'intervention

Pour classer les politiques pour agir sur les DSS et les inégalités de santé, nous utiliserons les catégories du modèle présenté précédemment (Figure 1).

« ...la lourde charge de morbidité à l'origine d'une mortalité prématurée tristement élevée est principalement due aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. À leur tour, la médiocrité et la disparité des conditions de vie sont les conséquences de politiques et de programmes de sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées »²⁰.

Interventions à propos de déterminants structurels et socioéconomiques

On va nommer ce type de politiques les actions macro-structurelles. D'abord, on ne traitera pas les stratégies de croissance économique néolibérales parce qu'elles ont augmenté les inégalités et la pauvreté, donc elles ne figurent pas comme stratégies à suivre^{1,31,56, 58,59}. La globalisation a aussi limité la capacité des gouvernements à agir dans les déterminants au niveau macro-structurel avec l'émergence des structures multinationales comme l'Organisation mondiale du Commerce (OMC), le FMI, la BM, entre autres^{31,56,58,59}. L'identification et la quantification des effets des différentes stratégies de croissance économique reste nécessaire pour envisager de possibles alternatives par rapport à l'idéologie dominante⁵⁸. La lutte contre la corruption politique, publique et privée reste un élément clé pour agir sur les déterminants structurels, par exemple : lutter contre la corruption de paiements au noir par les services publics.

Pouvoir politique

Concernant le pouvoir politique, nous ne nous référons pas seulement aux partis politiques²⁴. Les citoyens doivent avoir le pouvoir, les capacités et les ressources démocratiques nécessaires pour agir sur les politiques qui ont un impact sur leur réalité⁶². C'est pour cela que les actions menées pour augmenter la participation citoyenne dans l'élaboration, la planification, l'exécution et l'évaluation de politiques publiques figurent comme étant très souhaitables. De la même manière, il faudrait y avoir un contrôle de la performance des actions sur les DSS et une définition des indicateurs de performance pour apprécier l'action de l'ensemble du gouvernement dans le cadre d'un système national de surveillance de l'équité sanitaire⁶³. Finalement, il faudrait revaloriser l'importance des problèmes des groupes plus défavorisés parce que ces problématiques peuvent être laissées de côté, car les groupes les plus favorisés ou certains politiciens n'y trouvent pas d'intérêt⁵⁸.

Politiques sociales pour améliorer le bien-être (l'État providence).

Dans les recommandations à ce sujet figurent : le fait de développer et implémenter des stratégies pour réduire les inégalités sociales en santé par le moyen des stratégies globales de promotion de la santé et de prévention des maladies ; l'investissement dans le développement du jeune enfant puisque la pauvreté peut être réduite par le moyen d'actions précoces dans la promotion de la santé, la prévention de maladies, l'éducation, la protection sociale en faisant attention au contexte familial⁶³. Un des objectifs réside en le fait d'éviter le piège de la pauvreté par le paiement de soins médicaux, en s'appuyant sur le développement de systèmes d'assurance sociale publiques. Celles-ci compenseront les pertes de revenu liées à la mauvaise santé et de la même manière, subsidieront l'accès aux médicaments génériques⁵⁸. Il y a également le fait d'éliminer l'inégalité entre les sexes par rapport aux salaires^{58,63}, et de mesurer les changements dans le revenu et la richesse des groupes le plus défavorisés en les corrigeant de façon opportune⁵⁸.

Politiques macroéconomiques

Afin de diminuer la pauvreté ainsi que l'inégalité de revenu en mettant l'accent sur les liens entre la santé et la pauvreté⁵⁸, les stratégies de développement ciblent la réalisation humaine particulièrement en réduisant la pauvreté et en améliorant les conditions de vie pour les groupes les plus démunis⁵⁸. Par conséquent, cela augmente l'accès abordable au système de santé et d'éducation⁵⁸. À leur tour, les stratégies de croissance économique, qui augmentent les différences de revenu, la pauvreté et qui limitent l'accès à la santé et l'éducation, doivent être

considérées comme inefficaces⁵⁸. La croissance économique devrait être comprise comme une ressource pour le développement humain, spécialement chez les groupes les plus défavorisés, et pas comme un objectif en lui-même⁵⁸. Donc, l'équité en santé doit être considérée dans les stratégies de croissance économique⁵⁸. L'approche de la santé basée sur le marché ne doit être considérée dans aucune stratégie de santé équitable⁵⁸. Les marchés doivent être réglés par des stratégies en faveur de l'équité⁴⁵. La CDSS a prié aux pays développés de procéder à l'allègement de la dette et l'aide au développement des pays en voie de développement⁶⁴.

Par rapport au financement des politiques sociales et essentielles comme la santé, l'éducation, l'assurance-chômage, le système de retraite, le développement économique et social, les gouvernements doivent introduire, maintenir et augmenter les recettes fiscales avec un système d'imposition progressive par rapport aux revenus, cela permet de réduire les différences et inégalités après la relève des impôts^{58,63-65}. Et d'assurer le budget pour garantir les services de soins et les systèmes de sécurité sociale publique avec l'objectif d'éliminer le risque de paupérisation dû à coût des soins de santé. Par conséquent, la population resterait capable d'accéder aux soins de santé sans faire attention à leur capacité de paiement⁵⁸. Une autre politique serait celle d'augmenter et maintenir le financement public des services comme l'éducation, la santé et le transport public⁵⁸ et de la même manière, assurer les pensions avec un montant minimum pour surmonter la pauvreté⁶⁶; surveiller les effets du financement public et du financement privé des services de soins de santé, de la garderie, des repas scolaires, des services aux personnes âgées et des autres services de la protection sociale⁵⁸.

Politiques du marché du travail

Les politiques doivent régler la main invisible du marché au moyen de la promotion des stratégies de croissance économique qui favorisent l'équité au travail⁵⁸, comprise comme les politiques et les programmes de plein emploi, d'emploi équitable et de travail décent et en cherchant à améliorer les conditions du travail par rapport aux horaires de travail, au travail intérimaire ainsi qu'au travail précaire, en procédant à la régulation des salaires et à la protection contre la maladie et le chômage⁶⁷. Il s'agit également d'améliorer la qualité du travail en renforçant la quantité des travailleurs dans le système de structure de l'économie pour leur assurer un revenu stable et périodique. De la même manière, il s'agit de compter sur une politique nationale par rapport au salaire minimum, spécialement pour les plus faibles, dans le marché du travail⁵⁸. Finalement, il est question d'identifier les politiques et actions qui

favorisent les inégalités de revenu et de richesse afin de proposer des initiatives pour les éradiquer⁵⁸, en cherchant la réduction des inégalités de revenu avec des impôts, des prestations monétaires et des services publics subventionnés⁵⁸.

Interventions à propos des déterminants intermédiaires

Ces facteurs tiennent compte des déterminants structurels, comme nous l'avons décrit précédemment. Dans les facteurs intermédiaires figurent : la situation matérielle, le logement, le niveau de revenu, les conditions du travail, la localisation du domicile, la situation psychosociale comme le stress et le manque de soutien social, ainsi que les facteurs comportementaux, les comportements nuisibles à la santé, parmi d'autres²⁴ ; c'est-à-dire tous les facteurs proches qui interagissent directement avec l'individu, leur comportement inclut. Ces déterminants incluent le modèle du système de santé qui définit la façon d'interaction entre les professionnels de soins et les patients, ainsi que les mécanismes d'accès des personnes au système de santé.

Politiques quant aux facteurs matériels et facteurs psychosociaux

Il s'agit de limiter les risques physiques, chimiques, biologiques et psychosociaux dans le travail⁶⁷, améliorer l'environnement physique, comme par exemple, par la régénération urbaine du quartier, la disponibilité des zones vertes et des espaces de récréation, la circulation routière, la contamination atmosphérique, l'accès au logement social, parmi d'autres⁶⁸, ainsi qu'en procédant à l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers défavorisés, en cherchant un urbanisme pour la santé avec l'accès aux espaces publics de qualité⁶⁸. Mais aussi, il s'agit de prévenir les besoins du milieu rural, avec l'amélioration de moyens de subsistance, l'investissement dans les infrastructures, le développement des services de base⁶⁸. Les transferts en espèces soumis à des conditions centrés sur les plus pauvres tombent dans une politique publique qui encourage la santé^{66,69}. Une dernière politique serait de faciliter la participation locale dans la prise de décision sur les problématiques vécues.

Politiques à l'égard des facteurs comportementaux

Ce sont des politiques qui poursuivent comme objectif un changement de style de vie par la régulation des biens nuisibles à la santé comme le tabac, les drogues, l'alcool, le sucre, entre autres⁷⁰. Une de ces politiques encourage l'activité physique, en améliorant la qualité de l'alimentation et l'accès aux aliments sains et nutritifs⁶⁸, ainsi que l'encouragement à la mobilité alternative et durable.

Politiques à propos du système de santé

Elles comprennent la couverture universelle des soins de santé en prodiguant les soins de santé de la meilleure qualité possible, mise à disposition de toute la population. Outre l'attention primaire de la santé, ce serait le meilleur modèle à appliquer pour obtenir les services de santé souhaités. Il s'agit également de limiter les dépenses et le risque de paupérisation à cause des paiements en matière de santé. C'est une recommandation assez répandue pour tous les acteurs^{65,66}. De même, il y a une politique pour augmenter les salaires des travailleurs de soins de santé ; cela aiderait à lutter contre la corruption, une corruption enduite par des paiements faits au noir par les services de soins de santé publics⁵⁸. Une autre recommandation serait d'augmenter la participation des autorités locales dans le domaine de la santé en décentralisant la prise de décision. D'ailleurs, la décentralisation amènerait à de nouveaux défis pour la gouvernance des soins de santé⁶⁸. En outre, il faudrait éviter les services discriminatoires envers les usagers vulnérables⁵⁶.

Mise en place des politiques

Selon l'approche de la CDSS, les organisations internationales, les gouvernements, le secteur privé, les organisations de la société civile et les instituts de recherche sont concernés pour agir sur les inégalités sociales en santé⁶³. Les organisations internationales comme l'OMS, l'OPS soutiennent les gouvernements nationaux avec des outils et recommandations par rapport aux politiques pour intervenir sur les DSS et l'équité sanitaire⁶³.

Pour passer du paradigme basé sur l'approche biomédicale à un autre basé sur l'équité de santé, l'engagement politique de tous les acteurs joue un rôle prépondérant²⁴. Les autres acteurs locaux comme : la société civile, le secteur privé, les organisations sans but lucratif, les professionnels de la santé sont aussi invités à s'engager dans la lutte pour l'équité sociale en santé⁶³.

Dans les facteurs en relation avec le manque d'application de ces politiques figurent :

Le manque de volonté politique

Parfois, les politiciens ne veulent pas inclure les DSS ainsi que le traitement des inégalités dans leur ordre du jour politique et dans leurs actions. De ce fait, les politiciens négligent la volonté politique générale du peuple, entendue comme la somme des intérêts communs du peuple⁴¹.

Dans ce cas, ce sont les autres acteurs de la société qui doivent se battre pour inclure dans le débat national les politiques et actions veillant à accomplir l'équité sociale en santé.

Le manque de connaissance dans le domaine de l'existence des inégalités

Sans un secteur public compétent, il reste difficile de compter sur l'information nécessaire pour identifier les inégalités sociales en santé (ISS), et à leur tour, l'application des programmes indispensables pour agir sur les DSS ne sera pas effectuée par méconnaissance, comme les ISS et les DSS sont ignorés. Une connaissance approfondie du problème nous permet de trouver et de choisir les politiques publiques nécessaires⁶³.

Un financement inadéquat

L'application des programmes indispensables pour œuvrer sur les DSS et les ISS doivent compter sur le financement adéquat. Évidemment, si les gouvernements n'ont pas connaissance de l'existence des ISS ou qu'il ne figure pas dans leur ordre du jour politique d'agir sur la problématique, ils n'assigneront probablement pas les ressources nécessaires.

Une coordination inefficace

Il faut renforcer l'articulation parmi les différents niveaux de gouvernement et les différents pouvoirs de l'État. L'efficacité de la branche exécutive du pouvoir figure toujours nécessaire pour une gouvernance efficace, mais une absence de coordination reste très souvent présente. C'est souvent dû à une faible institutionnalisation et une présence insuffisante de l'État, auquel cas ils n'agiront pas de façon harmonique dans la mise en place des politiques nécessaires. Nous devons ajouter à cela que généralement, la population ne reconnaît pas l'impact des DSS dans sa qualité de vie. Alors, personne ne veille aux intérêts publics ; d'où l'importance du secteur sanitaire de veiller à agir sur les DSS. En conclusion, la gouvernance du système sanitaire doit être capable de guider les politiques qui agiront sur les DSS.

1.5 Pauvreté et santé

Le développement économique comme un déterminant d'ISS

« La pauvreté n'est pas uniquement une question de manque de revenu. La conséquence à la fois du gradient social de la santé et de la santé médiocre des plus pauvres parmi les pauvres est que les inégalités en santé sont causées par une répartition inégale des revenus, des biens et des services, et des possibilités qui en découlent de mener une vie épanouie. Cette disparité

dans la répartition n'est en aucun cas un phénomène 'naturel', mais elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres, le plus souvent les intérêts d'une minorité puissante et riche par rapport aux intérêts d'une majorité démunie »²⁶.

Comme nous pouvons le voir dans l'énoncé ci-dessus, la pauvreté limite les possibilités de vivre une vie saine et est la responsable directe des ISS⁵⁸. « *La pauvreté est la plus grande tueuse et la cause la plus grande des maladies* »⁷¹. Les mesures pour faire face à la pauvreté sont variées. Généralement, elles sont laissées comme une responsabilité unique aux économistes et aux sciences économiques. Mais comme nous verrons dans les paragraphes suivants, les probabilités de réduire la pauvreté dans les pays sont plus reliées avec la volonté politique et le sens de solidarité de la société qu'aux ressources économiques « *s'il y a volonté politique donc il y a de possibilités* »⁵⁸. Les stratégies qui n'agissent pas sur la pauvreté et ne considèrent pas la dimension de la santé se montrent comme moins efficaces⁵⁸. Nous entendons par là que briser le lien entre la mauvaise santé et la pauvreté est un élément essentiel dans le processus de développement, comme dans le cas européen⁵⁸.

Agir sur la pauvreté en réduisant les ISS n'est pas une recommandation exclusive de la CDSS, en fait c'est devenu un objectif commun pour les organisations internationales, comme la Banque mondiale (BM) et l'Organisation des Nations Unies (ONU). Figure comme une priorité établie dans les lignes directrices de la Banque mondiale l'élimination ou la diminution de la pauvreté extrême à moins de 3 % de la population mondiale pour 2030⁷². L'ONU, avec ses objectifs du développement durable pour 2030 (ODD), cherche aussi à améliorer la qualité de vie des personnes en éliminant la pauvreté^{11,73}.

Ci-après, nous allons définir la pauvreté et établir certains liens parmi la santé et la pauvreté ainsi qu'un bref résumé de l'approche économique de la santé dans le modèle néolibéral.

La pauvreté monétaire

Des indicateurs mesurent le niveau de revenu comme méthode pour définir la pauvreté.

La pauvreté relative

Elle est définie par rapport au reste de la population, c'est-à-dire que ce sont les différences entre les plus riches et les plus pauvres⁵⁸.

La pauvreté absolue

Il s'agit des ressources économiques inadéquates pour la survie physique⁵⁸.

La pauvreté extrême

Elle est définie comme le fait de vivre avec moins de 1,90 dollar par jour, ajusté au pouvoir d'achat (PPA)⁷⁴.

La pauvreté multidimensionnelle

La pauvreté peut être estimée par l'intermédiaire d'autres facteurs, nous utiliserons plusieurs indicateurs qui nous permettront d'estimer le manque des autres besoins au-delà du revenu, par exemple l'accès aux soins de santé de qualité, la sécurité de la collectivité, le type de logement⁷⁵.

L'indice de pauvreté multidimensionnelle fut développé par l'ONU et l'Université d'Oxford en 2010⁷⁵. L'indice nous montre une perspective plus vaste de la pauvreté au-delà de la simple analyse du revenu, car il nous permet de joindre des indicateurs de santé, d'éducation, de services de base et de logement qui sont pondérés^{75,76}. Les politiques publiques appliquées peuvent être évaluées avec cet indice. L'interprétation de l'indice comprend une plage de 0 à 1. Une valeur proche de 1 montre que tous les foyers figurent comme pauvres et la valeur 0 montre qu'aucun foyer n'est pauvre au niveau multidimensionnel⁷⁶. Cette méthode est basée sur les prémisses d'Amartya Sen et Martha Nussbaum par rapport aux capacités.

L'approche des capacités

C'est une approche développée par Amartya Sen et Martha Nussbaum. Selon eux, les capacités demeurent dans « *les composantes de l'épanouissement, catégories de l'expérience humaine qui permettent le bien-être entre les individus et la justice entre les sociétés* »¹⁰. Selon A. Sen, les capacités essentielles se situent dans « *les capacités basiques comme être capable d'éviter des privations comme la famine, la sous-alimentation, la morbidité éventuelle et la mort précoce ainsi que les libertés qui sont associées avec les faits d'être alphabétisé et savoir compter, profiter de la participation politique et de la liberté de parole, entre autres* »⁷⁷. Les capacités existent comme des moyens qui nous permettent d'augmenter notre liberté de sort. Sen nous offre des moyens pour arriver aux libertés fondamentales, comme le but du développement¹⁰ « *à savoir la liberté de mener une vie que l'on a des raisons de choisir* »⁷⁸.

Amartya Sen, étant un économiste de formation, repense le développement de la société de la façon suivante : « *le développement comme un processus d'expansion des libertés réelles que les personnes apprécient* »¹⁰ en proposant une autre interprétation du développement économique qui ne paraît pas uniquement lié au produit intérieur brut (PIB). Selon Sen, on ne doit pas justifier notre analyse par rapport à la richesse mais par des moyens pour des objectifs plus puissants, cette idée vient d'Aristote : « *la richesse n'est évidemment pas le bien que nous cherchons : car elle est simplement utile et un moyen d'arriver à autre chose* »⁷⁹. Par conséquent, le développement consiste à accroître nos libertés fondamentales en supprimant des obstacles comme « *la pauvreté, la discrimination, la violence menée par l'État, la répression, le manque d'accès aux soins de santé, le manque d'éducation, pour ne citer qu'eux* »¹⁰.

Pour Sen, le développement humain peut être atteint par la croissance économique ou par des mesures de soutien assistées par le gouvernement¹⁰. En appliquant ce concept à l'espérance de vie à la naissance, nous trouvons que d'un côté, c'est un chemin issu de la croissance économique et de l'autre, une prise en charge par l'État. Une amélioration des conditions de santé basée exclusivement sur la croissance économique, selon Sen, doit satisfaire à des conditions spécifiques ; « *le processus de croissance doit disposer d'une base large et être économiquement vaste et être orienté à l'augmentation du travail* »⁸⁰. Selon Sen, les deux voies sont complémentaires, parce que « *le renforcement des capacités humaines nous amènera à une expansion dans la productivité et le pouvoir d'achat* »⁸¹. Nous pouvons trouver des études qui montrent que le développement humain et la croissance économique sont des conditions qui se renforcent mutuellement¹⁰, et qui prouvent l'importance de la distribution du revenu comme une option pour diminuer la pauvreté⁸².

Paul Farmer nous donne un exemple sur le prix à payer pour les démunis qui ne sera pas le même pour les riches ; c'est-à-dire qu'il existe des barrières structurelles ; « *la pauvreté pourrait empêcher les individus d'avoir accès aux services de santé parce qu'ils n'ont pas les moyens pour se transporter vers l'hôpital ou parce que le coût d'opportunité de laisser sa famille est assez élevé* »¹⁰. Cette approche nous permet de visualiser les forces qui limitent la liberté des individus comme Nusbaum le soutient : « *Le choix n'est pas une simple spontanéité, en épanouissant indépendamment des conditions sociales et matérielles* »⁸³. Pour Nusbaum, « *la mise en évidence des violations des capacités autour du monde constitue une motivation pour les changements politiques et sociaux* »¹⁰.

L'approche basée sur les capacités nous donne un impératif moral pour promouvoir l'équité en santé puisqu' « aucune société ne peut se dire juste d'accord avec le cadre des capacités, autant que chaque individu dans cette société soit capable de mettre en pratique les constituantes d'une bonne vie »¹⁰.

La pauvreté comme cause de mauvaise santé

Les plus démunis de la société arrivent difficilement à payer pour avoir un niveau de vie acceptable ainsi que pour les services de base. Cette réalité est maximisée par les politiques économiques orientées vers le marché, comme la privatisation de l'éducation, de la santé, du logement, des services publics comme l'électricité, l'eau potable, le transport public, l'assainissement, entre autres⁵⁸. Exceptionnellement, les pauvres arrivent à payer les tarifs fixés par le marché pour les services de base. Dans ce cas, à cause de leur précarité, ils sont plus susceptibles d'accepter des travaux dangereux. Dès lors, les inégalités sociales en santé (ISS) ont tendance à augmenter, comme la grande quantité de problèmes financiers, le logement de mauvaise qualité, le chômage, l'accès inadéquat aux soins de santé, ainsi que le mauvais style de vie. Tous auront un grand impact sur la santé des groupes les plus démunis de la société⁵⁸.

La mauvaise santé comme cause de la pauvreté

Si une famille doit payer très cher pour les services de santé, ceci peut la faire tomber dans la pauvreté. Une bonne santé et l'accès à l'éducation amélioreraient les chances des personnes d'accroître leur revenu. Dans le cas contraire, une mauvaise santé peut déclencher la pauvreté, car dans les pays en voie de développement, les systèmes de protection sociale ne sont pas assez développés pour faire face à une réduction du revenu à cause de la maladie. Les dépenses produites par une maladie aiguë ou chronique limitent la capacité de paiement des malades, et en plus, elles limitent leur capacité à travailler⁵⁸.

Une meilleure santé pour sortir de la pauvreté

Tous les efforts pour améliorer la santé des foyers défavorisés restent importants pour briser le cercle vicieux entre la pauvreté et une mauvaise santé⁵⁸. Les enfants des foyers pauvres avec des parents sains débiteront d'une meilleure manière dans la vie, par exemple, ils obtiendront de meilleurs résultats scolaires par rapport aux enfants de parents en mauvaise santé⁵⁸.

Croissance économique et santé

La croissance économique (CE) apparaît souhaitable pour les pays puisque plus de richesse signifie plus de chances pour les individus d'y participer⁸⁴. Personne ne peut contester la CE, mais c'est dans la redistribution de la richesse que ce modèle pose de problème. Pour certains défenseurs du modèle, la CE est le seul but, parfois même supérieur au bien-être de leur propre société. Les défenseurs de la croissance économique, à certaines occasions, deviennent fondamentalistes comme lorsqu'ils croient que l'augmentation des impôts limite l'efficacité du marché. Mais selon des études menées en Suède, il n'y a pas de lien clair entre les impôts et le déroulement efficace du marché⁸⁵. La CE est un bon indicateur du développement économique et est une condition nécessaire, mais pas indispensable pour la progression d'un pays, car la croissance économique sans un objectif spécifique peut même produire plus d'inégalités en santé, pauvreté et pollution²⁰. D'autre part, certains pays atteignent un niveau de santé acceptable sans une grande croissance économique⁸⁶.

Souvent, nous entendons que le problème passe par le manque de ressources pour le financement des politiques sociales, comme le renforcement des systèmes de santé et d'éducation. Mais actuellement, nous témoignons que le problème n'est pas seulement le manque de ressources, mais la mauvaise allocation de celles-ci ; c'est-à-dire la redistribution et les priorités sur les dépenses dans une société⁸⁴. L'État, dans son rôle de recteur, est responsable de déterminer et conduire les politiques publiques afin d'établir les mécanismes pour la poursuite de la justice sociale par les moyens de redistribution, de paiements des impôts, entre autres.

Inégalités de revenu et santé

Les inégalités de revenu ont des conséquences sur le comportement et les interactions sociales dans une société. Un taux majeur de comportements criminels n'apparaît pas aléatoirement dans les pays plus inégalitaires⁵⁸. Il est bien connu que les différences de revenu peuvent augmenter la violence sociale dans un pays^{58,68}. Un autre facteur à considérer est que la réduction des inégalités de revenu pendant la croissance économique peut diminuer la pauvreté d'une manière plus accélérée⁸⁷.

L'approche économique de la santé

Pour certains secteurs de la société, la santé devrait être traitée comme une marchandise et il faudrait « laisser faire » au marché ; c'est-à-dire laisser le marché régler l'allocation des

ressources, tout cela basé sur la volonté de payer des consommateurs¹⁰. Mais les approches de la santé basées sur la théorie libérale du marché ont été reconnues comme nocives pour la santé et l'équité^{58,59}. Plus spécifiquement, les résultats des politiques néolibérales sur la santé augmentent les inégalités en santé⁵⁶. Le marché de la santé est assez particulier que pour le laisser à la volonté de l'avantage financier. Le meilleur exemple de cette approche figure dans la réalité vécue aux États-Unis ; le pays avec une grande inégalité et des résultats en santé peu flatteurs^{1,10}. La main invisible du marché doit être régulée pour une allocation optimale des ressources dans le domaine de la santé.

Les enjeux économiques du domaine de la santé sont assez communs. L'une des principales utilisations se trouve dans les études de faisabilité économique³¹. L'analyse économique prédomine dans la décision politique et à plusieurs occasions, les conséquences sociales ne sont pas prises en compte⁸⁸. Certainement, l'analyse coût-efficacité est nécessaire pour analyser et trouver les meilleures alternatives pour l'allocation de ressources, mais elle reste un concept limitant de la condition humaine en donnant un prix par personne, qui à son tour est calculé sur le PIB par habitant des pays^{31,88}. Nous attirons l'attention sur le fait qu'aucune personne ne s'interroge sur la raison du manque de ressources économiques pour la santé et ne se demande si la pénurie est réelle. Malheureusement, les sociétés et gouvernements contemporains privilégient d'autres dépenses comme l'armée, entre autres⁸⁸.

Pendant les dernières décennies, les études de faisabilité économique figuraient comme les responsables de divers changements dans le domaine de santé et servaient de justification pour rejeter les actions qui favorisaient le bien-être des plus vulnérables de la société^{31,88}. La réalité surpasse la fiction dans certaines situations, il y a des situations où les personnes sont abandonnées à leur propre sort parce que dans leur pays, l'analyse coût-efficacité a montré qu'ils ne figureraient pas comme la meilleure option à choisir^{88,89}.

Cependant, l'histoire a démontré que l'analyse économique en santé est chargée d'un grand fardeau politique, idéologique et bureaucratique, par exemple : les réformes dans les concepts de soins de santé primaire (SSP) pendant les années quatre-vingt, qui ont réduit le précepte de la santé pour tous en l'an 2000. Quelques années après, l'OMS « ciblait » l'objectif pour qu'il devienne plus atteignable. Ainsi, naquit la stratégie de *Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding and Immunizations* (GOBI par son acronyme en anglais). La stratégie fut un succès, mais a limité les concepts de SPP³¹. Un autre cas apparaît dans l'accès aux médicaments

pour traiter le virus d'immunodéficience humaine (VIH). Pendant l'épidémie des années 80 et 90, les organisations internationales comme l'OMS avaient connaissance au préalable de l'existence d'un traitement pour le VIH (depuis 1990). Et c'est seulement à partir du début de l'année 2000, après une lutte et une mobilisation sociale à échelle mondiale, que le traitement fut recommandé pour tous et fut inclus dans les guides de l'OMS^{40,89}. Cela peut paraître comme étant un problème simple, mais son importance réside dans le fait que les gouvernements basent leurs listes de médicaments basiques sur les guides et recommandations de l'OMS. Par le moyen de cette action, le droit à l'accès aux traitements pour les plus vulnérables de la planète fut laissé de côté, simplement parce que les études de faisabilité économique « démontraient » que le traitement était très cher pour le prodiguer aux plus pauvres.

Conclusion du chapitre

La santé ne dépend pas seulement de l'accès au système de santé ou de la qualité des infrastructures, mais plutôt d'une amélioration intégrale de la qualité de vie des individus. Les actions à mener se placent sur plusieurs niveaux comme le niveau politique, le niveau socio-économique, le niveau culturel, le niveau environnemental, etc. Pour réduire le fardeau de la maladie des plus vulnérables, les interventions sont à effectuer dans une meilleure formation en DSS pour le personnel de santé, l'amélioration des services publics, l'élimination de la pauvreté, la diminution des inégalités sociales, l'assurance universelle, des politiques de redistribution de la richesse, et des politiques de travail pour un travail décent, entre autres.

En résumé, il s'agirait d'un système public compétent capable de faire face aux besoins citoyens. Mais ceci est possible uniquement avec l'indispensable approvisionnement des ressources financières et humaines pour le fonctionnement du système, ainsi qu'avec un travail intersectoriel entre tous les ministères et les différents niveaux de gouvernement via l'accomplissement de plusieurs droits et investissements divers ; tous fondés sur la décision et la volonté politique ainsi que sur la participation sociale.

Parmi les différents DSS, nous pouvons constater que la pauvreté figure comme un des plus limitants par rapport aux autres déterminants. Le manque d'accès au système de santé et autres DSS précédemment décrits peuvent résulter de la pauvreté. Pour les gouvernements, la réduction de la pauvreté reste un objectif prioritaire, raison pour laquelle la croissance économique figure comme l'instrument à utiliser à cet effet. L'amélioration des conditions de vie durant les dernières décennies grâce à la croissance économique est irréfutable, mais la croissance économique ne garantit pas une distribution équitable des bénéfices du

développement économique. Sans la présence de politiques sociales de redistribution, la croissance économique augmentera les inégalités.

Le divorce entre la science et la politique permet aux politiciens de ne pas suivre les concepts les plus avancés en matière de santé envers leur population. Malheureusement, la société attend patiemment du politicien, de sa volonté, de sa décision parfois même, que son coût politique ne soit pas trop élevé pour accéder aux politiques publiques favorables. Dans plusieurs domaines, les politiques à appliquer ont besoin de plusieurs années en comparaison avec la durée du mandat du gouvernement, raison pour laquelle la lutte contre les inégalités doit figurer comme une politique d'État et pas seulement de gouvernement ; c'est-à-dire que la bienveillance de l'État, le bien-être doivent perpétuer sans se perdre dans les idéologies ou volontés du gouvernement actuel. Le changement sociétal requiert des réformes politiques, de la redistribution économique, et un changement social massif, tant dans les pays riches que les pauvres.

Dans l'actuelle période de crise, nous restons conscients de l'importance et l'influence des pensées, des actes désintéressés pour prendre soin des autres en rejetant les comportements individualistes. Toute pensée désintéressée qui est orientée au service des plus démunis demeure comme une pensée libératrice, puisque cette pensée nous amènera à une conception bienveillante des autres êtres humains, c'est-à-dire un véritable sentiment d'amour pour l'autre, qui entraînera un comportement et un engagement qui guideront notre vie à une lutte ; une lutte pour des conditions de vie plus justes et pour vivre une vie pleine en exerçant ses libertés, pour toutes et tous. En compagnie de ces autres, nous partagerons les mêmes sentiments, les mêmes principes et la motivation nécessaire pour continuer à nous battre pour nos principes et démontrer qu'un autre monde reste possible, un monde plus juste, plus équitable, sans inégalité sociale ; un monde dans lequel les attentats quotidiens à la dignité humaine seront laissés au passé et plus jamais tolérés.

Chapitre 2 : L'Équateur, contexte et particularités

Comme nous l'avons avancé précédemment, notre pays d'étude est la république de l'Équateur, un petit pays sud-américain. Comme nous le décrirons, les inégalités sociales en santé restent présentes partout en Équateur. Ce pays possède une histoire d'inégalités qui ont été tolérées pendant des décennies et pour lesquelles demeurent encore des processus de ségrégation sociale et économique. L'intervention de l'État restait presque nulle par rapport aux problèmes réels de la population. Il est certain que la responsabilité n'incombe pas exclusivement au gouvernement, cela passe aussi pour le manque d'organisation et d'intérêt des citoyens pour construire une meilleure société en exigeant de leurs représentants politiques une meilleure politique publique. D'une certaine manière, nous pouvons justifier l'existence des inégalités sociales de santé en Équateur et le manque d'engagement pour le changement de la population par la précarité des conditions de vie, parce qu'avec le manque de services de base, comme l'éducation, la santé et d'autres problèmes comme la pauvreté, il reste difficile pour les citoyens de réfléchir et d'agir par rapport à leurs problèmes. Un peuple sans éducation reste limité pour agir sur ses problématiques. De la même manière, il se verra limité, par ses conditions de base, à mal choisir ses autorités. Cette problématique produit un cercle vicieux dans la société.

L'Équateur doit encore affronter ses différences culturelles, historiques et aussi les changements démographiques et épidémiologiques. Pour cette raison, son système de santé doit s'adapter à la nouvelle réalité, c'est-à-dire les maladies chroniques et le vieillissement de population. Mais la problématique est plus compliquée puisqu'elle doit encore faire face aux maladies de la misère, maladies négligées qui restent si présentes chez les plus défavorisés de cette société⁵⁶.

Malheureusement, les indicateurs pour démontrer la mortalité et morbidité différentielles dans le pays ne sont pas faciles à trouver à cause d'un manque systématique de récolte de données. Par exemple, dans les données de mortalité, le type de travail de la personne décédée ne figure pas comme une donnée à collecter et cela empêche la classification de la mortalité par niveau de revenu ou type de travail. L'analyse des inégalités de santé est encore limitée dans le contexte équatorien.

Nous décrirons dans ce chapitre certaines particularités de l'Équateur, comme le système de santé, les fondements légaux, les indicateurs de santé, entre autres, ainsi que certaines particularités historiques, politiques, économiques et sociales, que nous trouvons pertinentes à décrire pour améliorer la compréhension du présent travail.

2.1 La République de l'Équateur

Nous décrirons brièvement certaines caractéristiques du pays.

Information géographique

La République de l'Équateur se trouve en Amérique du Sud. C'est un État constitutionnel de droit et de justice sociale, démocratique, souverain, indépendant, unitaire, interculturel, plurinational et laïque. Il est organisé sous forme d'une république et est gouverné de manière décentralisée²¹. Ses limites et frontières sont : vers l'ouest, l'océan pacifique ; vers l'est et le sud, le Pérou ; et au nord, la Colombie. L'Équateur fut fondé après la séparation du département du sud de la grande Colombie le 13 de mai de 1830. La capitale de la République fut établie à Quito, celle-ci se trouve dans la cordillère des Andes à 2818 mètres au-dessus du niveau de la mer. Guayaquil, qui est actuellement la ville la plus grande et la plus peuplée, reste le port principal⁹⁰. Le pays possède une extension territoriale de 270 670 km carrés⁹⁰.

Démographie

Le dernier recensement populationnel de l'Équateur fut réalisé en 2010 et a donné un résultat de 14 483 499 habitants. Selon les projections pour l'année 2020, la population arrivera à 17,5 millions d'habitants⁹¹. L'auto-identification ethnique en 2010 a donné les résultats suivants : 71,9 % des Équatoriens s'identifient comme métisses, 7,4 % *montubios* (paysans de la côte), 7,2 % afro-équatoriens, 7 % autochtones ou indigènes, et 6,1 % s'identifient comme étant blancs⁹². Le taux global de fécondité en 2020 est à 2,12 enfants par femme, l'espérance de vie à la naissance atteindra, en 2020, 77 ans, avec une espérance pour les femmes de 80,1 ans et pour les hommes, de 74,5 ans, selon les projections de l'Institut National de Statistiques et Recensements (INEC abrégé en espagnol)⁹¹.

Statistiques de santé

Dans le tableau 2.1, nous partageons certains indicateurs de santé. Comme nous pouvons le visualiser, l'espérance de vie a augmenté pendant la période d'étude en Équateur. Le taux de mortalité des enfants de moins 5 ans est un indicateur qui nous permet d'estimer la santé des

personnes appartenant à la jeune enfance. En tant qu'indicateur, des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pendant la période d'étude a diminué. De la même manière, réduire la mortalité maternelle a figuré comme étant le cinquième (OMD). Ceci était le seul objectif qui n'était pas accompli par l'Équateur en 2015. Selon le gouvernement, la justification est le recensement insuffisant des cas de mortalité maternelle⁹³. L'Équateur est en train de vivre sa transition épidémiologique ; le taux de fécondité est en train de diminuer. En 2017, ce taux est situé à presque 2,5 enfants par femme⁹¹.

Tableau 2.1

Indicateurs démographiques et de santé de l'Équateur

An	Espérance de vie à la naissance ⁹⁴	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ⁹⁴	Taux de mortalité maternelle ⁹⁵	Taux de fécondité total ⁹⁴
	Ans	par 1000 nés vivants	Par 100 000 nés vivants	Enfants par femme
2007	74,514	21	91,3*	2,711
2008	74,705	20,1	91,3*	2,675
2009	74,895	19,2	91,3*	2,643
2010	75,089	18,3	59,4	2,615
2011	75,289	17,5	70,44	2,59
2012	75,495	16,7	59,9	2,567
2013	75,707	16,1	45,71	2,544
2014	75,923	15,6	49,2	2,522
2015	76,143	15,1	44,58	2,499
2016	76,365	14,8	39,7	2,475
2017	76,584	14,5	42,8	2,451

Source : élaboration propre avec les données de la Banque mondiale ⁹⁴ et du ministère de santé publique de l'Équateur⁹⁵. * Données estimées par l'INEC⁹⁵.

Autres statistiques de santé

La rémunération des professionnels de santé, en 2015, spécifiquement pour un médecin généraliste, était d'environ 1676 dollars américains (USD) par mois, et pour un médecin spécialiste, d'environ 2967 USD⁹⁶. Celles-ci apparaissent comme des rémunérations compétitives par rapport aux autres professions, si on les ajuste selon la parité du pouvoir d'achat. Il est à noter que le salaire minimum du travailleur en Équateur était de 375 USD par mois, en 2017⁹⁷.

Principales causes de mortalité en Équateur

Dans le tableau 2.2, nous pouvons constater que l'Équateur passe par une transition épidémiologique, puisque les trois principales causes de décès sont liées au surpoids et à la mauvaise alimentation ainsi qu'au manque d'activité physique. De la même manière, les maladies hypertensives sont situées au cinquième placement. Au contraire, la quatrième cause de mort est la conséquence de pathologies infectieuses. Le fait que les accidents de circulation apparaissent comme étant la sixième cause de mortalité attire le regard. Les pathologies liées au style de vie sont représentées par la cirrhose et les maladies hépatiques en septième position.

Tableau 2.2

Dix principales causes de mortalité en Équateur en 2017⁹⁸

Maladies	Pourcentage
1 Cardiopathies ischémiques	10,7
2 Diabète sucré	7,1
3 Maladies cérébrovasculaires	6,2
4 Grippe et pneumonie	5,5
5 Maladies hypertensives	4,9
6 Accidents de la route	4,4
7 Cirrhose et maladie hépatique	3,4
8 Maladies du système urinaire	2,7
9 Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	2,6
10 Problèmes de période prénatale	2,4

Source : élaboration propre à partir des statistiques nationales⁹⁸

Infrastructure, couverture et financement

Dans le tableau 2.3, vous trouverez les indicateurs par rapport aux politiques publiques appliquées dans le système de santé et d'assainissement. Quant aux accouchements assistés par des professionnels, nous pouvons dire qu'il existe une couverture universelle. Par rapport à la couverture contre la rougeole comme un indicateur des vaccinations en général, nous observons une diminution de la couverture vers 2017. La couverture de sources d'eau améliorées vient de progresser, mais encore un quart de la population n'y a pas accès, sans considérer l'écart entre les milieux urbain et rural et la différence parmi les différents quintiles économiques¹¹³. La quantité de médecins a bien augmenté pendant la période. Au contraire, le nombre de lits n'a presque pas changé. En ce qui concerne les investissements en matière de santé, nous observons une ferme détermination pour dépenser plus dans les soins de santé de la population.

Tableau 2.3

Indicateurs de la situation sanitaire et l'assainissement de l'Équateur

An	Accouchements assistés par des professionnels qualifiés (%) ⁹⁴	Vaccination contre la rougeole (%) enfant 12-23 mois ⁹⁴	Population utilisant des sources améliorées des sources d'eau potable (%) ⁹⁴	Nombre des médecins (pour 10 000 hab.) ⁹⁹	Nombre de lits d'hôpitaux (pour 10 000 hab.) ^{94,100}	Dépenses en matière de santé (comme % du PIB) ⁹⁴	Dépenses en matière de santé par habitant ⁹⁴
2007	84,1	98	70,13	14,01	15	2,23	490,55
2008	85,8	98	70,67	15,97	15	2,29	518,73
2009	87,7	97	71,21	18,02	15	2,65	572,22
2010	89,2	95	71,75	19,34	16	3,19	652,44
2011	91,1	94	72,28	21,17	16	3,72	780,78
2012	93,1	96	72,8	24,30	16,5	4,18	892,08
2013	94,7	97	73,32	26	16,3	4,39	946,79
2014	96,3	85	73,84	27,01	16,6	4,45	993,11
2015	95	84	74,37	29,37	15,2	4,24	985,94
2016	96,7	86	74,85	33,92	14,5	4,24	937
2017	99	81	75,06	37,29	15	4,36	958,86

Source : élaboration propre avec les données de la Banque mondiale⁹⁴ ; l'Institut National de Statistiques et Recensements (INEC)⁹⁹ ; Ministère de santé publique (MSP)¹⁰⁰.

Statistiques économiques

Entre 2008 et 2014, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) était d'environ 4,6 % annuel grâce au prix du pétrole, principal produit d'exportation du pays. En 2014, avec la chute du prix du pétrole et l'appréciation du dollar, le pays a vécu un ralentissement de l'économie¹⁰¹. En 2016, le pays a subi les conséquences d'un séisme 7,8 sur l'échelle de Richter, la province de Manabí étant la plus touchée, la crise humanitaire conduisit à une récession de l'économie qui, en 2016, présentait un taux négatif d'environ 1,2 %. Mais en 2017, l'économie crût à environ 2,4 %^{94,102}.

Dans le tableau 2.4, vous trouverez les indicateurs des politiques appliquées. Comme nous pouvons l'observer, dans le cas de l'Équateur, l'indice de Gini a présenté une forte diminution vers 2017 par rapport à 2007. Gini figure comme un indicateur des inégalités de revenu, nous pouvons considérer que les iniquités ont bien reculé en Équateur pendant la période d'étude. Par rapport au taux d'analphabétisme, selon l'UNESCO, les personnes analphabètes en Équateur sont des personnes isolées. « *Les analphabètes isolés sont donc en nombre relatif concentré au sein de la population âgée* »¹⁰³. La pauvreté a considérablement réduit, mais avec un

seuil de 5,50 USD par jour, un Équatorien sur cinq reste pauvre. Le PIB par habitant a bien augmenté pendant la période d'étude.

Tableau 2.4

Indicateurs socio-économiques de l'Équateur

An	Indice de Gini ⁹⁴ (0-1)	Taux d'alphabétisation personnes > 15 ans ⁹⁴ (%)	Taux de pauvreté (%) ⁹⁴ < 5,50 USD par jour	PIB par habitant, *PPA ⁹⁴ (USD)
2007	0,533	92,1	40,4	8823,05
2008	0,497	92,39	38,2	9229,53
2009	0,484	92,49	38,2	9131,86
2010	0,487	91,85	34,3	9304,73
2011	0,459	91,58	30,2	9883,58
2012	0,461	92,06	27,5	10 285,87
2013	0,469	93,3	26,9	10 634,28
2014	0,45	94,22	23,8	10 868,12
2015	0,46	94,46	24,7	10 704,27
2016	0,45	94,35	23,9	10 394,06
2017	0,447	92,82	23,2	10 453,71

Source : élaboration propre avec les données de la Banque mondiale⁹⁴. *Ajusté à parité d'achat.

Déterminants sociaux de la santé en Équateur

Pauvreté extrême

Un des objectifs du développement durable de 2030 est d'éliminer la pauvreté extrême. Elle existe encore dans la société équatorienne, en 2017 elle a diminué à 7,0 %, alors qu'en 2006, elle était de 12,86 % ^{104,105}.

Impôts

La collecte des impôts reste basée sur celle des impôts des grands contribuables, en évitant l'évasion fiscale, sans augmenter les charges fiscales des plus pauvres¹⁰⁶. En 2007, la collecte était d'environ 5144 millions¹⁰⁷ tandis qu'en 2017, la récolte est arrivée à environ 13 224 millions USD¹⁰⁸.

Sécurité

Le taux d'homicides a diminué après l'implémentation, en 2011, d'un plan national intégré de sécurité et du service d'appel d'urgence ECU911. En 2017, le taux est arrivé à 5,8 homicides par 100 000 habitants. Ce taux était de 16 en 2007⁹⁴. Le service consiste en une surveillance vidéo à échelle nationale avec une réponse immédiate des services de secours¹⁰¹.

Le travail en Équateur

Nous observons qu'en 2017, la population employée était de 7 712 177, la population économiquement active s'élevait 8,1 millions et la population en âge de travailler était de 11,9 millions¹⁰⁹. Selon quelques auteurs, les jeunes ont quitté le marché du travail pour retourner à l'université pendant la période d'étude¹¹⁰. En 2017, le taux de chômage était de 4,7 %¹⁰⁹. Le salaire minimum du travailleur en Équateur en 2020 est de 400 USD par mois.

Le travail non structuré

Le pourcentage de travailleurs dans le secteur informel de l'économie en 2007 était de 45,1 %, alors qu'en décembre 2017, il était de 44,1 %¹⁰⁹. Les travailleurs du secteur non structuré comprennent les personnes qui possèdent un travail dans une entreprise qui n'est pas formellement enregistrée¹⁰⁹. Le problème social du secteur non structuré est le manque d'accès des travailleurs informels à la sécurité sociale obligatoire gérée par l'Institut équatorien de Sécurité sociale (IESS).

Tableau 2.5

Couverture de la sécurité sociale, Équateur

	1999	2006	2014
Assurance IESS %	25,7	21,7	38,9
Assurance privée %	3,9	6,6	4

Source : élaboration propre avec les données de l'Institut National de Statistiques et recensements (INEC)^{109, 111}.

Les travailleurs bénéficiant de l'assurance maladie en 2017 s'élevaient à 31,3 % des employés, un avancement par rapport aux 19,8 % de 2007¹⁰⁹. Une grande quantité des travailleurs ne comptent pas sur la sécurité sociale, par conséquent, une grande quantité de travailleurs ont

seulement accès au système de santé par le réseau public intégré de santé ou la consultation privée.

L'éducation en Équateur

Nous décrirons les différences dans l'éducation comme indicateur de la réalité des inégalités en matière de santé en Équateur ; le niveau d'éducation a une incidence sur plusieurs résultats de santé et sur la qualité de vie. Durant l'année 2017, les dépenses en éducation par rapport au PIB étaient de 5 %, de cette façon, l'Équateur a atteint le pourcentage moyen de la région d'Amérique latine et de Caraïbe qui était de 5,1 % en 2017¹¹². Quant à la proportion de l'éducation dans les dépenses publiques totales en 2017, elle était de 12,8 %. Ce pourcentage reste inférieur aux moyens de la région, en 2017, de 16,5 %¹¹². Une des limitations de l'utilisation des données nationales réside dans les réalités des groupes défavorisés ou minoritaires. Leurs réalités peuvent rester cachées dans les données globales. C'est la raison pour laquelle nous y ajoutons l'information des taux de scolarisation dans les différents quintiles économiques. Le taux a évidemment amélioré, mais comme nous l'observons dans les tableaux 2.6, l'éducation est encore limitée pour les plus démunis de la société. Au niveau de l'éducation basique, nous voyons qu'elle montre un caractère d'universel, mais l'attention est attirée sur la proportion de personnes que n'ont pas fini les études secondaires. Il y a encore des inégalités marquées entre la population plus riche et les plus démunis quant à l'accès à l'éducation supérieure.

Tableau 2.6.1

Taux net de scolarisation (niveau primaire) par quintile de pauvreté par consommation % - personnes de 6 à 11 ans				
	1998	2006	2014	
Total pays	91,8	89,4	93	
1er quintile	86,3	85,7	93,3	Plus pauvre
2e quintile	91,9	90,1	93,2	
3e quintile	92,5	91,7	92,3	
4e quintile	93,9	91,9	93,3	
5e quintile	97,5	93,3	93,2	Plus riche

Élaboration : propre
Source : Encuesta Condiciones de Vida
Équateur (ECV) 2015¹¹³

Tableau 2.6.2

Taux net de scolarisation (niveau basique) par quintile de pauvreté par consommation % - personnes de 5 à 14 ans				
	1998	2006	2014	
Total pays	79,5	90,9	95,2	
1er quintile	71,7	85,2	93,9	Plus pauvre
2e quintile	76	91,6	95,3	
3e quintile	81,4	94,6	95,9	
4e quintile	87	95,6	95,5	
5e quintile	87,1	96,4	96,4	Plus riche

Élaboration : propre
Source : Encuesta Condiciones de Vida
Équateur (ECV) 2015¹¹³

Tableau 2.6.3

Taux net de scolarisation (niveau secondaire) par quintile de pauvreté par consommation % - personnes de 12 à 17 ans				
	1998	2006	2014	
Total pays	52,8	65,9	81	
1er quintile	21,1	40,8	68,4	Plus pauvre
2e quintile	36,8	64,5	79,4	
3e quintile	59,4	77,3	84	
4e quintile	74,8	86,8	89,9	Plus riche
5e quintile	83,4	89	90,2	

Élaboration : propre

Source : Encuesta Condiciones de Vida

Équateur (ECV) 2015¹¹³**Tableau 2.6.4**

Taux net de scolarisation (niveau moyen) par quintile de pauvreté par consommation % - personnes de 15 à 17 ans				
	1998	2006	2014	
Total pays	33,9	48,3	64,7	
1er quintile	8,8	22,2	44,8	Plus pauvre
2e quintile	20,4	41,3	61,1	
3e quintile	31,7	56,2	66,9	
4e quintile	51,2	70,4	76,7	Plus riche
5e quintile	63,2	82,6	84,5	

Élaboration : propre

Source : Encuesta Condiciones de Vida

Équateur (ECV) 2015¹¹³**Tableau 2.6.5**

Taux brut de scolarisation (niveau supérieur) par quintile de pauvreté par consommation % - personnes de 18 à 24 ans				
	1999	2006	2014	
Total pays	20,2	26,5	29,6	
1er quintile	1,8	2	5	Plus pauvre
2e quintile	5,9	5,8	11,2	
3e quintile	9,8	15,5	19,7	
4e quintile	24,4	34,1	38,5	Plus riche
5e quintile	53,7	53,7	73,8	

Élaboration : propre

Source : Encuesta Condiciones de Vida

Équateur (ECV) 2015¹¹⁴

2.2 Compilation historique, droit à la santé et la politique économique

Une compilation historique nous aidera à mieux comprendre les causes structurelles du manque de développement et l'état actuel de la société équatorienne. De la même manière, le contexte historique donnera de la pertinence à la période d'étude. Malheureusement, comme nous le décrirons, l'instabilité politique, la corruption, le faible développement économique et le manque d'identité nationale restent encore présents dans la République de l'Équateur.

Depuis le début de la République, les Équatoriens ont élaboré une vingtaine de Constitutions politiques. Pour chaque époque particulière, les Équatoriens ont essayé de faire face à leurs problématiques sociales en adaptant leur loi principale, telle est la raison de l'existence de cette quantité de documents. Malheureusement, les inégalités sociales furent renforcées depuis l'origine de la République avec sa première Constitution politique. Par exemple, selon ce

document, seulement les personnes alphabètes avaient le droit de voter et d'exercer leurs droits en tant que citoyens¹¹⁵.

Nous allons réviser brièvement l'histoire de l'Équateur après le retour à la démocratie, fait qui a eu lieu en 1979. Nous avons choisi cette date parce que la santé comme droit a été reconnu à cette année-là. Cette révision nous offrira un contexte historique minimum pour arriver à notre période d'étude. Nous décrirons aussi les aspects plus représentatifs pour l'équité en santé dans la dernière Constitution des Équatoriens datant de 2008.

Période 1979 – 1996

Pendant les années 70, les gouvernements démocratiques et militaires ont essayé d'industrialiser le pays, leurs actions ont obtenu un succès limité. Leur stratégie consistait en une substitution sélective d'importations, qui n'a pas produit l'impact souhaité dans les secteurs de productivité majeure. En outre, les bénéfices ont profité aux plus favorisés en laissant les paysans être les derniers à voir les bénéfices des politiques. La problématique économique équatorienne passe par une tentative d'industrialisation ratée ainsi que par une diversification productive nulle. Ces actions ont laissé le pays fortement endetté avec une croissance des exportations des biens primaires comme le pétrole, les bananes, entre autres¹¹⁶.

La montée du néolibéralisme

Ce fut une période de crise économique. Les mesures de stabilisation macroéconomique et d'ajustement structurel ont eu un impact assez marqué dans le rôle de l'État comme entité responsable d'assurer les droits de la population. Ils ont laissé de côté les problèmes de distribution de la richesse pour agir uniquement sur la stabilité économique¹¹⁶. En conséquence, l'endettement des gouvernements de cette période a grimpé en flèche avec une diminution de dépenses en matière de santé, en matière d'éducation et cela a découlé en une pénurie du travail⁵⁶. Pour octroyer les prêts, les bureaucraties internationales exigeaient de limiter les dépenses publiques pour assurer un équilibre macroéconomique et la croissance économique. Le résultat découla en une faible présence de l'État, une augmentation de la pauvreté, entre autres¹¹⁶. Cela a justifié la présence des ONG, qui ont trouvé une niche de marché dans la réduction de la présence de l'État.

Un referendum a eu lieu en 1978 pour voter pour l'élaboration d'une nouvelle Constitution (dix-huitième) qui fut mise en pratique en 1979. L'aspect le plus représentatif par rapport à la

santé réside dans les bénéfices pour les Équatoriens comme le « *droit à un niveau de vie qui garantit la santé, l'alimentation, le vêtement suffisant, le logement, les soins médicaux et les services de base nécessaires* »¹¹¹. Après l'approbation de la nouvelle Constitution par referendum, les Équatoriens ont choisi pour président de la République Jaime Roldós Aguilera ; un politicien nationaliste qui est mort dans un accident aérien quelques mois après avoir prêté serment, les causes de l'accident n'ont pas été élucidées complètement. Son successeur fut son vice-président Oswaldo Hurtado, un démocrate-chrétien qui diminua le rôle de l'État en cherchant l'équilibre fiscal sans considérer les conséquences pour les plus démunis. En fait, dans une action d'incohérence idéologique, il utilisa de l'argent public pour sauver des entreprises privées qui ont emprunté de l'argent à de banques étrangères en dollars américains (USD). L'État a acheté la dette des entreprises à l'étranger et leur a donné la facilité de payer en monnaie locale « le Sucre »¹¹⁷.

León Febres Cordero arriva au pouvoir en 1994, en constituant un gouvernement apparaissant comme étant social-chrétien de droite. Il était accusé de plusieurs violations des droits de l'homme contre les membres des guérillas, les citoyens et politiques de gauche¹¹⁶. La violence d'État a été exercée parfois impunément par les forces armées et policiers du pays¹¹⁷. Certains crimes restent encore sans justice. Pendant cette époque, le pouvoir politique économique utilisa sélectivement les régulations de l'État pour en bénéficier et protéger ses industries¹¹⁶.

Rodrigo Borja, social-démocrate, est arrivé en 1988 à la présidence, il a essayé de rétablir la confiance de la communauté internationale en respectant les droits de l'homme. Il négocia avec les forces subversives, il a intensifié le plan d'alphabétisation, il a essayé de mettre fin au conflit armé contre le Pérou, sans succès, entre autres. Malheureusement, ce gouvernement continua les politiques d'ajustement, mais il n'arriva pas à contrôler les problèmes économiques^{116,117}.

Pendant la période de 1992 – 1996, le gouvernement de droite de Sixto Durán Ballén appliqua les mesures d'ajustement structurel qui ont été suggérées par la Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI). Ce gouvernement privilégia aussi la stabilité macroéconomique par rapport aux politiques sociales. Il a réduit la taille de l'État en laissant les citoyens dépourvus des professionnels nécessaires pour le fonctionnement correct de la société. De plus, il a instauré la réduction des allocations, comme la subvention de l'essence et a procédé à la privatisation des entreprises publiques¹¹⁷. Depuis 1994, commença la dérégulation financière, qui, quelques années après, a produit la pire crise économique du pays.

Le mouvement indigène a opposé une forte résistance à ce gouvernement face à la régression des conditions de vie. Ce gouvernement est parvenu à contrôler de certaines manières les problèmes économiques, mais en 1995, la guerre avec le Pérou recommença, conflit qui a eu un grand impact sur l'économie¹¹⁶.

La loi relative aux soins maternels gratuits et la protection de l'enfance a été publiée en 1994. Il s'agit d'une loi pour garantir la gratuité à des services, des consultations prénatales, des accouchements et des médicaments, ainsi que la gratuité de soins pour les enfants jusqu'à 5 ans¹¹⁸, entre autres.

Période 1996 – 2006

Pendant cette période, la crise politique sociale et économique est restée constante. L'Équateur a compté 7 ou 11 présidents au cours de cette période¹¹¹. Pendant l'année 1998, une nouvelle Constitution a été mise en pratique sans referendum et durant l'année 2000, une crise économique a eu lieu avec la monnaie nationale. Ultérieurement au choc, presque 3 millions d'Équatoriens ont quitté le pays¹¹⁶.

Instabilité démocratique

En 1996, le populiste Abdala Bucaram Ortiz arriva au pouvoir durant moyenne un an, à cause d'une révolte populaire qui ordonnait de lui enlever le pouvoir à cause de ses manières pittoresques de gouverner et des allégations de corruption contre lui et sa famille qui faisait partie du gouvernement. Ces allégations n'ont pas été éclaircies par la justice. Ce gouvernement a continué avec les mesures d'ajustement, de privatisation et ne détenant pas une base sociale, il était défenestré par les oligarchies et les mouvements sociaux. La succession au pouvoir est apparue scandaleuse puisque normalement, ce devait être la vice-présidente Rosalia Arteaga qui devait assumer le pouvoir, mais le Congrès national nomina et accepta comme président intérimaire Fabian Alarcon qui était le président du Congrès national ; action totalement inconstitutionnelle^{116,117}.

En 1997, le Congrès national appela à une Assemblée nationale constituante pour formuler la dix-neuvième Constitution de la République. Le problème avec cette Constitution de 1997 réside dans le fait que sa validation n'a pas été votée par le peuple équatorien. Une disposition transitoire de cette Constitution a ouvert la possibilité aux banquiers d'octroyer de crédits aux entreprises liées à eux, ou parfois même aux propriétaires des banques. La disposition dictait

que l'État devait garantir sans limites les dépôts des banques. De cette manière, les banquiers restent les responsables de la plus grande crise économique de l'histoire récente du pays^{116,117}. Cette Constitution a présenté l'État en tant que garant du droit à la santé, de sa promotion et protection, ainsi que comme référent à la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau potable et la fourniture d'installations d'assainissement ainsi que l'accès permanent et ininterrompu aux soins de santé, conformément aux principes d'équité et d'universalité, notamment¹¹¹.

Jamil Mahuad a prêté serment en 1998 en étant un président démocrate-chrétien de droite. Il signa l'accord de paix définitif avec le Pérou. En 1999, il a interdit l'accès aux dépôts à toute la population ; ce que les Équatoriennes ont appelé *feriado bancario*, qui consistait en une période sans banques. Le gouvernement essaya de justifier cette action en disant que c'était pour protéger de la crise économique la population, mais finalement il n'a pas réussi à contrôler les banques et les banquiers qui fuirent avec les fonds de la population en laissant l'État comme garant des dépôts. Un autre aspect de cette crise économique résidait dans le détail que les dépôts gelés en Sucres (la monnaie nationale à cette époque) ont été convertis en USD, et pour certains montants, ce fut quelques années après. Le problème réel de cette transaction était qu'au début du gel des dépôts, la cotisation du dollar américain était de 10 000 Sucres pour chaque USD, mais à la fin de la période sans banques, la cotisation était de 25 000 Sucres par USD. Donc, la population perdit des millions à cause de la dévaluation, sans ne puisse rien y faire. De cette manière, l'Équateur changea sa monnaie nationale, le Sucre, par le dollar américain à partir de l'année 2000. Les conséquences au niveau social furent catastrophiques, la pauvreté a fortement augmenté, c'est la raison pour laquelle presque 3 millions d'Équatoriens émigrèrent les années suivantes, entre autres. En 2000, Mahuad a été chassé du pouvoir par un *triumvirat* civil et militaire, mais celui-ci dura quelques heures, ensuite le vice-président Gustavo Noboa a été installé comme président. Celui-ci maintint la dollarisation et appliqua les programmes du FMI pour contrôler la crise économique, de cette façon, il continua à perpétrer les mesures d'ajustement structurel^{116,117}.

Avec la crise de 1999, le système de santé a vécu une dégradation qui amena à une précarisation des conditions de vie de la population, seulement les soins de maternité étaient gratuits, mais le reste de la population devait payer pour les soins de santé dans le système public de santé. Le fait de payer pour la consultation dans le système public de santé laissa de côté la majorité de la population de l'Équateur. Le budget pour la santé restait insuffisant, l'entretien des

infrastructures était relégué. Par conséquent, cela a découlé sur la diminution de la qualité des services, parmi d'autres problèmes^{116,117}.

Pendant l'année 2001, la loi de sécurité sociale fut publiée, cette loi a établi les principes, les normes directrices et le financement, entre autres¹¹¹.

En 2002, arriva au pouvoir Lucio Gutierrez avec un discours de gauche en proposant de mettre fin aux politiques néolibérales. Son gouvernement était étayé par les parties de gauche et les indigènes, mais, après la victoire électorale, il commença un programme de gouvernement de droite qui suivit les directrices d'ajustement du FMI. Pendant l'année 2004, le président, en complicité avec d'autres partis politiques aux Congrès, opéra le changement des membres de la Cour Nationale de Justice, action qui ne faisait pas partie de ses attributions. En 2005, une révolte populaire lui enleva le pouvoir. Son vice-président, Alfredo Palacio, assumait le pouvoir pour finir son mandat en 2006^{116,117}.

En 2006, le Congrès national a légiféré en matière de santé par le moyen de la loi organique relative à la santé, dans laquelle il a défini la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est un droit de l'homme inaliénable, indivisible, incontournable et imprescriptible, dont la protection et la garantie sont responsabilité de l'État ; et le résultat d'un processus collectif d'interaction où l'État, la société, la famille et les individus convergent pour la construction des environnements, milieux et styles de vie sains* »¹¹¹. Comme nous l'observons, la première phrase reste une copie textuelle de la définition de santé de l'OMS. Ainsi, en 2006, les Équatoriens ont voté pour que le budget de soins de santé soit augmenté à 0,5 % du PIB chaque année, pour arriver en 2012 à 4 % du PIB investi en santé¹¹⁶.

Les indicateurs des tableaux 2.5 et 2.6 montrent les conséquences de cette période sur la quantité de personnes bénéficiant de l'assurance maladie et sur l'éducation. Comme nous l'avons décrit, cette période était composée d'instabilité politique, de crise économique et de précarisation des conditions de vie¹¹¹.

Période 2007 – 2017 (Période d'étude)

En 2007, arriva à la présidence Rafael Correa Delgado pour la période auto-appelée la « Révolution citoyenne », qui figure comme étant notre période d'étude. La sortie politique du chaos des années précédentes apparut comme une nouvelle réforme de l'État par le moyen d'une nouvelle Constitution. Après l'approbation de cette Constitution (Constitution de 2008 ou Constitution de Montecristi), l'Équateur a vécu une décennie de stabilité politique et économique. Pour certains adversaires politiques et certains groupes de la société civile, ce gouvernement est considéré comme populiste et son seul mérite demeure d'avoir de la chance parce que les prix du pétrole furent assez élevés pour augmenter les dépenses¹¹⁶.

Par le moyen de la gratuité des soins de santé, l'accès aux soins de santé a augmenté, c'est la raison pour laquelle la quantité de consultations est passée de 16 millions par an en 2006 à presque 77 millions pour l'année 2017, dont 86,20 ont été réalisés par le secteur public⁹⁹. Mais l'accroissement des consultations ne garantit pas avec certitude la qualité des services. Les maladies lourdes ont été couvertes par le système public depuis 2007. Aussi, les malades chroniques ont reçu le traitement nécessaire pour leurs souffrances, entre autres¹¹¹.

2.3 Particularités

Santé dans la Constitution politique de la République de l'Équateur 2008

La santé comme un droit implique que toutes les actions doivent être destinées à préserver, promouvoir, rétablir la santé en amplifiant la qualité de vie. Cette affaire regarde les États-nations. Mais comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent, l'écart entre la théorie et la réalité dans le domaine des droits reste assez marqué. Dans le cas équatorien, la santé est considérée comme un droit. Reconnue dans l'article 3 de la Constitution politique comme un devoir primordial de l'État avec l'éducation, l'alimentation, la sécurité sociale et l'eau pour ses habitants. Dans l'article 32, nous trouvons que *« la santé est un droit garanti par l'État, dont son exécution est associée à la réalisation des autres droits parmi eux, à l'eau, à l'alimentation, à l'éducation, à la culture physique, au travail, à la sécurité sociale, aux environnements sains, et autres qui sous-tendent le bien vivre. L'État garantira ce droit à travers de politiques économiques, sociales, culturelles, éducatives et environnementales ; et l'accès permanent, opportun et sans exclusion aux programmes, des actions et des services de promotion et d'attention intégrale de santé, santé sexuelle et reproductive. Les services de santé seront gérés par les principes d'équité, d'universalité, de solidarité, d'interculturalité, de qualité,*

*d'efficience, d'efficacité, de prudence et de bioéthique avec une approche de genre et générationnelle »*²¹.

La nouvelle Constitution, dans son article 362, a marqué un jalon dans la mise en place de la couverture universelle de santé en Équateur, grâce à l'inscription des principes de gratuité et d'universalité des soins de santé dans les services publics de l'État²¹.

De la même manière, dans son article 361, le ministère de la Santé fut désigné comme l'autorité responsable d'assurer la coordination de ce système unifié des soins de santé ayant pour but de développer la couverture de santé, améliorer l'accès aux soins, assurer un financement efficient du secteur de la santé et protéger le revenu des populations les plus vulnérables²¹.

Le bien-vivre (*Buen vivir*) ou le *Sumak Kawsay*

Dans le cas équatorien, ils ont développé leur propre approche nommée le *Buen vivir* ou *Sumak Kawsay*. Le bien-vivre ou le *Sumak Kawsay* (SK) en langue Kichwa (quechua), figure comme un nouveau paradigme post-néolibéral pour le bien-être et la santé, comme un nouveau défi pour le développement¹¹⁹. Le SK apparaît comme une approche basée sur les droits dont l'exécution est associée à la réalisation des autres droits qui aboutiront au bien-être et à la santé ; comme le bien-être dans toutes les politiques des différents niveaux de gouvernement¹²⁰. Dans l'article 340 de la Constitution équatorienne, on trouve un régime du bien-vivre (*regimen del buen vivir*) qui constitue le système national d'inclusion et d'équité sociale. Ce système joue le rôle du système intégrateur de la majorité des aspects et droits qui ont une influence directe sur le bien-être et la qualité de vie des habitants. Ce système comprend l'éducation, la santé, la sécurité sociale, la gestion de risques, la culture physique, le sport, l'habitat, le logement, la culture, la communication, l'information, la jouissance de temps libre, la science, la technologie, la population, la sécurité humaine et le transport²¹. Le système national d'inclusion et d'équité pourrait figurer comme un outil pour agir sur les DSS, mais malheureusement, il reste encore en développement en étant inappliqué à la réalité équatorienne. Pour la mise en place de toutes les politiques nécessaires et les principes et postulats proposés, la même Constitution prévoit un plan national de développement. Peut-être que le SK émergera comme un outil utile pour agir sur les DSS.

Le plan national de développement

Le plan national de développement (PND) apparaît comme un instrument technique qui expose les objectifs visés et mesurables pour le développement du pays pendant une période de gouvernement²¹. Article 280 de la constitution Equatorienne décrit : « *Le Plan national de développement est l'instrument auquel seront soumis les politiques, programmes et projets publics; la programmation et l'exécution du budget de l'État; et l'investissement et l'affectation des ressources publiques; et coordonner les compétences exclusives entre l'État central et les administrations autonomes décentralisées. Leur respect est obligatoire pour le secteur public et indicatif pour les autres secteurs* » ²¹. L'Équateur a développé trois plans de développement pendant la période d'étude ; le premier PND pour la période 2007-2010, le deuxième pour la période 2009-2013 et le troisième pour la période 2013-2017. La politique publique doit être guidée par les préceptes du PND, qui à son tour est construit depuis le programme de travail proposé par le parti politique vainqueur avant de gagner les élections. Dans les PND, nous trouvons plusieurs politiques publiques appliquées pour agir sur le DSS. Dans le plan 2007-2010, les objectifs proposés liés à la santé sont : l'égalité, la cohésion et l'intégration sociale et territoriale dans la diversité, l'amélioration des capacités et potentialités de la population, l'augmentation de l'espérance de vie de la population, la garantie des droits de la nature et la promotion d'un environnement sain et durable. Dans le plan 2009-2013, les objectifs du première plan ont été adaptés à la nouvelle constitution. De la même manière, dans le plan 2013-2017, nous trouvons des objectifs comme : garantir le travail digne dans toutes ses formes, améliorer la qualité de vie de la population, favoriser l'égalité, la cohésion et l'intégration sociale et territoriale dans la diversité, créer des espaces de rencontre et renforcer l'identité nationale, les identités diverses, la plurinationalité et l'interculturalité, entre autres.

La construction du plan de développement est un processus participative conformément au article 279 de la constitution de l'Équateur : « *Le système national décentralisé de planification participative organisera la planification du développement. Le système se composera d'un Conseil national de la planification, qui sera composé de représentants des différents niveaux de gouvernement, avec la participation des citoyens, et d'un secrétariat technique, qui le coordonnera. Ce conseil aura pour objectif de dicter les lignes directrices et les politiques qui orientent le système et d'approuver le Plan national de développement, et sera présidé par la Présidente ou le Président de la République.*

Les conseils de planification des administrations autonomes décentralisées seront présidés par leurs plus hauts représentants et intégrés conformément à la loi.

Les conseils de citoyens seront des instances de délibération et d'élaboration de lignes directrices et de consensus stratégiques à long terme qui orienteront le développement national »²¹.

En 2012, le nouveau modèle de soins de santé fut développé à partir des critères de la Constitution ainsi que des politiques recommandées par les PND, les OMD, entre autres.

Modèle de soins de santé intégrés

Depuis le 2012, le système public de santé a suivi une nouvelle stratégie de soins de santé primaire par le moyen d'un modèle de soins de santé intégrés ancré sur la famille, la communauté et l'interculturalité (abrégé en espagnol : MAIS - FCI). Le modèle suit le concept de la santé développé par l'OMS, lequel est « *la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »¹²¹. Ce modèle a pour objectif final le bien-vivre ou *Sumak Kawsay* (SK)¹¹¹. Le MAIS — FCI « *vise à la construction, les soins de santé et le rétablissement de la santé dans toutes ses dimensions : biologique, mentale, spirituelle, psychologique et sociale* »¹²². Le MAIS — FCI prend le même modèle que celui utilisé par la CDSS pour classer et décrire les DSS, ainsi que la déclaration d'Alma Ata et la Charte d'Ottawa pour établir les principes des SSP¹²². La Constitution équatorienne reconnaît, en son article 360, les SSP comme la stratégie à suivre pour l'organisation et le fonctionnement du système de santé équatorienne et le réseau public intégré de santé^{21,122}. Donc, les particularités du modèle résident en le fait de développer la promotion et la prévention de la santé, implémenter des stratégies pour améliorer l'accès équitable et continu aux soins de santé, ainsi qu'en le fait que le système soit adapté aux besoins de la population et qu'il reste capable de donner une réponse spécifique aux particularités émanant de la diversité ethnique et culturelle, des moments spécifiques de la vie, du genre et de la territorialité.¹²²

En 2012, l'Équateur changea sa loi de santé pour inclure les traitements des maladies rares et maladies lourdes dans le réseau public de soins de santé¹¹¹.

Description du système de santé de l'Équateur

À travers l'histoire, la coordination parmi les différents membres du système santé n'apparaissait pas comme étant la meilleure, le système était organisé autour de 2 secteurs : le secteur public et le secteur privé¹²⁰.

Concernant le secteur public, la couverture de santé est assurée par l'Institut équatorien de sécurité sociale (IESS) et les institutions qui s'occupent des populations spécifiques telles que l'Institut de Sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL) pour les forces policières et l'Institut de Sécurité sociale des forces armées (ISSFA) pour les forces militaires. Pour ces dernières, le financement est assuré essentiellement par les cotisations sociales prélevées sur le revenu des travailleurs ainsi que par l'État, spécialement pour l'ISSPOL et l'ISSFA¹¹¹.

L'IESS est financé par les cotisations sociales sur le revenu, qui sont payées par les employés et les employeurs du secteur formel de l'économie. L'IESS figure comme responsable de l'assurance maladie obligatoire et des pensions (aspects reconnus dans l'article 369 de la Constitution). L'IESS compte également l'assurance sociale du paysan (SSC abrégé en espagnol). Cette assurance représente une option pour les paysans qui ne sont pas assurés et qui ne font pas partie du secteur structuré de l'économie, le SSC prodigue l'assurance maladie obligatoire ainsi que les pensions, le financement passe par des contributions minimales des paysans et une grosse contribution de l'État¹¹¹.

Le ministère de la Santé publique (MSP) figure comme l'autorité nationale de santé, le ministre étant son titulaire. Le MSP gère le réseau public national de santé qui fournit les soins de santé à la population qui n'a pas accès à l'assurance maladie et la sécurité sociale. Comme nous l'avons décrit au début du chapitre, le secteur public prodigue la plus grande quantité de soins. Ce secteur reste le secteur le plus dominant du système de santé équatorien.

L'accès à l'assurance privée reste marginal, en raison des conditions économiques du pays parfois très précaires (tableau 2.5). Le secteur privé possède 19% des établissements de santé par rapport aux 81% des installations publiques¹²³.

Autres parties prenantes

Les autres parties prenantes du système de santé en Équateur sont les organismes privés à but non lucratif. Ils ont une grande présence dans la ville de Guayaquil. Les plus grands sont : *La Junta de Beneficencia de Guayaquil* (association de charité), la société de lutte contre le cancer de l'Équateur (SOLCA abrégé en espagnol). Ces organisations ont des associations avec l'État pour leur financement ainsi que plusieurs hôpitaux à leur actif¹¹¹. Il existe aussi des organisations plus petites.

Les organisations non gouvernementales (ONG), à l'origine, ont été conçues après la deuxième guerre mondiale avec l'objectif d'aider les populations vulnérables ou victimes de ségrégation¹²⁴. Les ONG peuvent poursuivre des objectifs divers. En Équateur, la présence des ONG reste récente, la plus grande quantité a été créée pendant les années 80 et 90¹²⁵. Avant l'année 2007, les ONG proliférèrent en Équateur, elles eurent la capacité d'agir dans un large éventail de domaines, précisément quand il existe une présence insuffisante de l'État. Un certain nombre de conflits ont été déclenchés pendant la période d'étude avec les ONG qui ont pris une position critique contre le gouvernement. En 2013, le président équatorien a promulgué le décret exécutif 982 pour régler la loi organique de participation citoyenne, qui, dans son article 36, favorise la formation des organisations de la société civile¹²⁶. Ce décret les oblige à avoir un domaine spécifique de travail et à s'enregistrer au ministère correspondant. Grâce à cette action, le gouvernement gagne un certain niveau de contrôle sur le rôle des ONG dans la société. Cela lui permet de connaître leurs sources de revenus, leurs dépenses et leurs programmes dans le pays. Le gouvernement a appelé à un travail en commun, coordonné selon les principes et les objectifs du plan national de développement¹²⁵.

La présence des ONG dans le domaine de la santé en Équateur n'est pas très marquée. Selon la littérature consultée, les ONG ont plus d'utilité lorsqu'elles cherchent à travailler avec et à renforcer les services locaux de santé, mais parfois elles ont une prédisposition à ne pas travailler en concordance avec les besoins établis par le gouvernement comme représentant de la population. Les ONG qui ne travaillent pas en concordance avec les objectifs des autorités et du système de santé n'assurent pas la continuité des soins⁶⁹, puisque les programmes éloignés de la coordination avec le gouvernement restent susceptibles de s'évanouir dans un court laps de temps, spécifiquement si le système local de santé n'est pas capable de sécuriser la continuité des programmes. Ceci peut arriver à cause d'un manque de financement adéquat, mais aussi à cause du manque de professionnels et par la présence des travailleurs non qualifiés⁶⁹. Sans contrôle social ni représentativité démocratique des ONG, personne ne peut assurer leurs objectifs.

Par rapport aux ONG, nous pouvons citer l'exemple de Haïti après le séisme de 2010. Après la crise immédiate, seulement une quantité réduite d'ONG ont opéré une coordination avec l'État et ont renforcé son rôle. Les ONG qui ont coordonné avec l'État sont devenues des acteurs importants de la production de places de travail pour cette population, ils ont accompagné non seulement les personnes, mais aussi le gouvernement⁶⁹.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons essayé de comprendre les processus politiques, économiques et sociaux qui ont produit la réalité sociale, politique, économique et de santé actuelle. Nous avons constaté un manque d'importance marqué accordée au domaine social. La problématique économique et la politique se montrent comme étant les objectifs finaux des politiciens pendant les premières décennies décrites. Nous avons essayé de témoigner des conséquences dans plusieurs secteurs d'un manque de prise d'action, du manque de volonté politique et de l'affaiblissement de l'État. Il y a eu des années de réduction de l'État de bien-être pour une excuse nettement économique. Si avant l'année 2008, il fallait payer pour une consultation et presque pour tous les services dans le réseau public du système de santé, que s'est-il passé avec les personnes qui n'ont pas pu payer ? Voici l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en cherchant la justice sociale, parce que la santé figure comme le bien le plus précieux pour une société. Parfois, la décision passe par la volonté politique et sûrement pas par un manque de ressources.

Dans le cas de l'Équateur, nous soutenons qu'avant 2008, l'exercice du droit à la santé était assez limité pour les moins favorisés. L'État équatorien apparaissait faible et insuffisant pour traiter la demande de services de sa population. À partir de 2008, nous observons l'apparition de la décision politique de donner plus d'importance au contexte social, reportée par plusieurs années et gouvernements. De nombreux déterminants sociaux de la santé ont été abordés pendant la période d'étude, les politiques publiques ont essayé de situer l'être humain comme le but de la politique publique. Certaines politiques publiques appliquées ont eu un impact sur les DSS en améliorant la qualité de vie et ont abouti à une progression du bien-être de la population, par exemple : la mise en place de la gratuité en matière de santé a augmenté le paquet d'activités de soins de santé couverts par le système. De la même manière, le nombre de personnes affiliées à la sécurité sociale a augmenté. Le nombre d'étudiants a augmenté, entre autres. Cependant, il reste encore une population assez vaste sans accès aux soins de santé, à l'éducation secondaire, à la sécurité sociale, etc. En Équateur, il y a encore beaucoup de travail à accomplir pour arriver à l'État de bien-être (SK) que lui-même a proposé avec sa nouvelle Constitution.

Le rôle des ONG qui s'occupent des droits de l'homme reste crucial, mais pourrait être amélioré en renforçant l'État et ses politiques publiques par le moyen de l'amélioration de ses capacités à rendre service aux citoyens.

Chapitre 3 : Méthodologie

Les méthodes que nous décrirons ci-dessous nous permettront de répondre à nos questions de recherche (QR) :

QR1 : Les politiques publiques appliquées en Équateur durant la période de 2007-2017 sont-elles semblables aux recommandations données par la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS ?

QR2 : Y a-t-il eu un changement dans les inégalités en matière de santé en Équateur au cours de la période 2007-2017 ?

Par rapport à la méthodologie qui sera utilisée pour donner réponse aux questions de recherche, nous trouvons deux types de démarches. La première sera une recherche bibliographique des documents qui illustrent que les politiques publiques octroyées par la Commission des déterminants sociaux de la Santé (CDSS) ou les politiques similaires ont été suivies par le gouvernement de l'Équateur. Pour donner réponse à la deuxième question de recherche, nous avons proposé une analyse écologique des inégalités par le moyen de l'INIQUIS. Ci-dessous, nous détaillerons les méthodes.

3.1 Méthodologie pour la première question de recherche

Pour l'analyse des politiques, nous avons utilisé les recommandations de la CDSS pour cibler les thématiques de base à chercher, puisque les politiques publiques peuvent être vastes. Pour trouver les politiques mises en pratique par le gouvernement de la République de l'Équateur pendant la période d'étude, nous avons effectué une recherche bibliographique dans plusieurs bases de données. Malheureusement, comme nous l'avons décrit dans le chapitre 1, l'information par rapport aux DSS en Équateur dans la littérature internationale reste assez limitée. Mais comme nous l'avons décrit dans le chapitre 2, nous avons aussi cherché dans les publications officielles du gouvernement équatorien. Ensuite, nous les avons comparées avec les recommandations de la CDSS. Les publications de la secrétaire nationale de planification et développement (SENPLADES) ont été utilisées.

Étant donné que les recommandations restent vastes, nous avons utilisé la classification utilisée dans le rapport final de la CDSS, dont le premier principe est : « *Améliorer les conditions de*

vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent »²³. Les recommandations des chapitres cinq, six, sept, huit, neuf de la CDSS font référence à ce principe.

Le deuxième principe est : « *Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local* »²³. Les recommandations des chapitres dix, onze, douze, treize, quatorze de CDSS font référence à ce principe. Les recommandations du chapitre 15 du rapport final de la Commission ne seront considérées parce qu'elles ne font pas partie des responsabilités de l'État mais elles figurent comme des recommandations pour améliorer la gouvernance mondiale en matière de santé. Le troisième principe est « *Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé* »²³. C'est un principe représenté par les derniers chapitres du rapport final de la CDSS. Les chapitres 16 et 17 relatifs à l'amélioration des systèmes de données pour mesurer les inégalités et la création d'un mouvement mondial pour agir sur le DSS ne feront pas l'objet d'une analyse dans le présent document. De la même manière, la recommandation 5.1 qui ne fait pas partie des compétences des gouvernements ne sera pas traitée. Notre analyse contient 20 recommandations relatives aux actions des gouvernements par rapport à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes. Et 24 recommandations relatives à la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. Vous trouverez à l'annexe A des tableaux récapitulatifs des recommandations de la CDSS.

3.2 Méthodologie pour la deuxième question de recherche

Étant donné la mesure des résultats des politiques appliquées assez compliquée, l'utilisation de déterminants intermédiaires nous permettra d'estimer l'effet des actions menées²² ; c'est-à-dire que les conditions de vie, des gens auraient dû être modifiées si les politiques ont été effectives. Pour la visualisation des changements des indicateurs d'iniquité, nous avons utilisé l'indice INIQUIS construit par l'organisation panaméricaine de la Santé (OPS), avec lequel nous avons construit un indice synthétique pour visualiser les changements dans les indicateurs des inégalités économiques, sociales et sanitaires et par conséquent, l'équité en santé. Les données d'indicateurs économiques, sociaux, et de santé restent celles du chapitre 2 qui ont été obtenues

au sein des bases de données du même pays ainsi que de l'OMS, de la Banque Mondiale, entre autres. L'analyse a compris les données annuelles de 2007 à 2017.

L'indice des iniquités en matière de santé (INIQUIS) apparaît comme un indice synthétique qui peut être élaboré à partir d'indicateurs simples. L'indice nous permet de mesurer les iniquités parmi différents territoires, mais dans notre cas nous essayerons de construire un indice pour chaque année de la période d'étude, c'est-à-dire de 2007 – 2017 ¹²⁷. L'indice est construit par le moyen d'un processus itératif depuis un groupe d'indicateurs qui vont illustrer l'inégalité en santé. Les données étant extraites depuis différentes bases de données, nous parlons de données secondaires dans notre analyse. Pour la construction de l'indice, l'OPS recommande que les indicateurs soient relatifs aux inégalités et de maximiser les différences entre les unités d'observation, d'utiliser la plus petite quantité d'indicateurs pour la conformation de l'indice et de limiter la corrélation statistique parmi les indicateurs à utiliser¹²⁸.

Pour l'INIQUIS, nous avons utilisé comme indicateur principal l'espérance de vie à la naissance, indicateur utilisé dans d'autres études aussi^{128,129}. Les autres indicateurs ont été incorporés par après, par un processus itératif. Pour assurer que les données restent distantes et n'apparaissent pas comme corrélationnelles, nous avons utilisé dans la méthode la moyenne des distances euclidiennes parmi les indicateurs ainsi que le coefficient de corrélation de Spearman, processus qui est réalisé par le logiciel *EPIDAT*¹²⁸.

L'INIQUIS nous a donné des valeurs relatives qui nous ont permis de standardiser l'intervalle de variation des indicateurs, dont tous ont une valeur parmi 0 et 1¹²⁸. C'est la raison pour laquelle il faut spécifier le sens de l'indicateur. L'interprétation serait qu'une valeur proche d'un signifie une mauvaise situation de santé. Au contraire, les valeurs proches de zéro seraient des indicateurs d'une meilleure situation de santé, mais il faut considérer que les valeurs nous donneraient seulement une position pour considérer si la situation était pire ou meilleure par rapport aux différentes années¹²⁸. L'objectif est de visualiser les iniquités et leurs changements. L'analyse des données a été réalisée par le moyen du logiciel *EPIDAT*, version 3,1, développé par l'OPS et la Direction Xeral de Saúde Pública de la Conselleria de Sanidade (Xunta de Galicia) durant l'année 2000 ¹²⁸.

Dans le tableau 3.1, vous trouverez la liste des 15 indicateurs qui ont été utilisés comme des indicateurs pour l'élaboration de l'indice INIQUIS. L'indice a montré d'une manière

synthétique les inégalités en santé. Comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre, les services sanitaires ne figurent pas comme les principales responsables des inégalités, mais ils ont été inclus de la même manière dans l'analyse. De même, les indicateurs du bien-être et du développement ont été inclus. Le financement est aussi un indicateur important pour mesurer la disponibilité des services ainsi que les dépenses en santé¹²⁹. En Amérique latine, certaines études ont démontré des liens entre les indicateurs socio-économiques et les indicateurs de santé ; comme nous l'avons décrit précédemment dans le chapitre 1, les ajustements économiques des années 80 et 90 ont eu un impact significatif dans les indicateurs de santé de la région¹³⁰. Pour prendre en compte dans l'indice les inégalités à l'intérieur du pays, l'indice de GINI a été inclus dans les données, en sachant que les probabilités de tomber malade dépendent de la position sociale des personnes dans la distribution des revenus. C'est le résultat de processus historiques, culturels, politiques et économiques¹²⁹.

Table 3.1

Indicateurs pour l'élaboration de l'INIQUIS et leurs sources

Description	Année	Unité	Source
Espérance de vie à la naissance	2007 – 2017	Ans	BM
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	2007 – 2017	Taux pour 1000 naissances vivantes	BM
Taux de mortalité maternelle	2007 – 2017	Taux pour 100 000 naissances vivantes	MSP
Accouchements assistés par des professionnels qualifiés	2007 – 2017	Proportion	BM
Vaccination contre la rougeole	2007 – 2017	Proportion	BM
Population utilisant des sources améliorées d'eau potable	2007 – 2017	Proportion	BM
Nombre des médecins	2007 – 2017	Taux pour 10 000 habitants	INEC
Nombre de lits d'hôpitaux	2007 – 2017	Taux pour 10 000 habitants	BM/OMS/MSP
Dépenses de santé (% PIB)	2007 – 2017	Proportion	BM
Dépenses de santé par habitant	2007 – 2017	US Dollar par habitant	BM
Taux de fécondité total	2007 – 2017	Nombre d'enfants par femme	BM
PIB par habitant	2007 – 2017	US Dollar par habitant	BM
Indice de GINI	2007 – 2017	Valeurs parmi 0 et 1	BM
Taux d'alphabétisation	2007 – 2017	Proportion	BM
Taux de pauvreté	2007 – 2017	Proportion population < 5,50 USD par jour	BM

Source : élaboration propre à partir des statistiques nationales et internationales. PIB : Produit intérieur brut ; OMS : Organisation mondiale de la santé ; BM : Banque mondiale ; MSP : Ministère de santé publique de l'Équateur ; INEC : Institut national de statistiques et recensements de l'Équateur (INEC abrégé en espagnol).

3.2.1 Description des indicateurs

Indicateurs de la situation sanitaire

Espérance de vie à la naissance

« L'espérance de vie à la naissance est définie comme le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre si le taux de mortalité actuel n'évolue pas... L'espérance de vie à la naissance reste un des indicateurs de l'état de santé les plus fréquemment utilisés. L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance peut être attribuée à plusieurs facteurs, dont l'élévation du niveau de vie, l'amélioration du mode de vie et l'augmentation du niveau d'instruction ainsi qu'un accès plus large des services de santé de qualité »¹³¹.

Taux de mortalité des moins 5 ans

« Le taux de mortalité des moins de 5 ans n'est pas à strictement parler un taux (c'est-à-dire le nombre de décès divisé par le nombre de personnes exposées au risque au cours de la période étudiée). C'est une probabilité de décès calculée à partir de la courbe de survie et exprimée sous la forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes »¹³².

Taux de mortalité maternelle

« Le décès maternel est la mort d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit sa durée ou sa localisation, imputable à une cause en relation ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais pas consécutive à une cause accidentelle ou fortuite. Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée »¹³². Par rapport à cet indicateur, nous avons trouvé au moins trois valeurs différentes pour chaque année d'étude. Le problème demeure dans la faiblesse du recensement. En 2010, le gouvernement de l'Équateur a fusionné les données de deux tranches ; celle des données recensées et celle des estimations avec corrections. Dans le tableau 2.1 où se trouvent les valeurs pour les trois premières années, c'est-à-dire 2007, 2008, 2009, nous avons pris la valeur qui correspond à l'estimation avec la correction. Pour les autres années, nous avons utilisé les valeurs officielles puisque selon le gouvernement, en 2010, les erreurs de l'enregistrement de la mortalité maternelle ont été corrigées.

Indicateurs de la couverture des services de santé

Taux de vaccination — vaccination contre la rougeole

« Les taux de vaccination correspondent au pourcentage des enfants qui reçoivent la vaccination considérée dans le délai recommandé »¹³³. « Pour la couverture de la vaccination antirougeoleuse, on établit le pourcentage d'enfants d'1 an ayant reçu au moins une dose de ce vaccin dans une année donnée. Lorsque les pays recommandent cette vaccination chez les enfants âgés de plus de 12 mois, on calcule l'indicateur à partir de la proportion d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu au moins une dose du vaccin antirougeoleux, seul ou associé »¹³⁴. Nous avons utilisé le taux de vaccination contre la rougeole d'enfants de moins de 24 mois.

Proportion de naissances vivantes assistées par un personnel soignant qualifié (%)

« Pourcentage de naissance vivantes en présence d'un personnel de santé au cours d'une période donnée. Un accoucheur qualifié est un professionnel de santé autorisé, sage-femme, médecin ou infirmière, qui a reçu une formation lui donnant les compétences pour prendre en charge une grossesse normale (sans complications), l'accouchement et la période post-natale immédiate, ainsi que pour identifier, prendre en charge et transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications »¹³⁴.

Indicateurs de risques liés au comportement ou à l'environnement

Population ayant l'accès durable à une source d'eau améliorée

« Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable améliorée au cours d'une année donnée.

L'accès à l'eau potable et à un assainissement amélioré est un besoin fondamental et un droit vital pour la dignité et la santé de tout être humain. Les avantages économiques et sanitaires de l'amélioration de l'approvisionnement en eau pour les ménages et les individus (notamment les enfants) sont bien établis. Ces deux indicateurs permettent de mesurer le progrès dans la réalisation des OMD »¹³⁵.

Indicateurs des systèmes de santé

Nombre de médecins pour 10 000 habitants

« La densité de médecins est le nombre de médecins pour 10 000 habitants. La disponibilité et la composition des ressources humaines dans le domaine de la santé est un indicateur important de la puissance du secteur... »¹³⁶.

Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants

« *Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants. Par lits d'hôpitaux, on entend des lits dans les services d'hospitalisation et de maternité. La prestation de services est un élément important des systèmes de santé. Pour saisir la disponibilité, l'accessibilité et la répartition des services de santé, il faut avoir recours à une gamme d'indicateurs ou à un indicateur composite* »¹³⁶. L'information mise à jour par rapport à cet indicateur était assez limitée.

Total de dépenses de santé en pourcentage du PIB

« *Le financement joue un rôle crucial dans les systèmes de santé. Les indicateurs retenus ici donnent une synthèse des dépenses de santé nationales. Total de dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Le total des dépenses de santé : somme des dépenses publiques et des dépenses privées consacrées à la santé au cours de l'année donnée (en dollars internationaux)* »¹³⁶. Dans le cas de l'Équateur, nous n'avons pas eu besoin de changer la monnaie parce que la monnaie locale est le dollar américain.

Total des dépenses de santé par habitant

« *Les dépenses de santé sont définies comme les dépenses de consommation finale de biens et services de santé. Elles comprennent les dépenses d'origine publique et privée (y compris celles des ménages) consacrées aux soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, ainsi qu'aux biens médicaux tels que les produits pharmaceutiques. Elles incluent aussi les dépenses afférentes aux programmes de santé publique et de prévention, et à l'administration. Cet indicateur est présenté sous la forme d'un chiffre global et par source de financement (Public/obligatoire, Facultatif et A la charge des patients), et est exprimé en pourcentage du PIB, en pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé et en USD par habitant (PPA)* »¹³⁷.

D'autres indicateurs

Indice de Gini

L'indice de Gini est un indicateur d'inégalité complexe et synthétique associé à l'approche descriptive de la mesure de l'inégalité. Ce coefficient entretient un lien strict avec la représentation de l'inégalité des revenus à l'aide de la courbe de Lorenz¹³⁸. Par rapport à l'interprétation, la valeur proche de 1 présente l'inégalité complète et si la valeur tend vers 0, l'interprétation en est l'égalité complète.

Taux de fécondité

« L'indicateur conjoncturel de fécondité pour une année donnée correspond au nombre d'enfants que chaque femme pourrait mettre au monde si elle vivait jusqu'à la fin de sa période de fécondité et si elle donnait naissance au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité par âge de l'année considéré. Il correspond à la somme de taux de fécondité par âge selon des intervalles de 5 ans »¹³⁹. Nous l'avons utilisé comme un indicateur démographique.

Taux d'alphabétisation

« Pourcentage des membres de la population âgée de 15 ans et plus qui savent à la fois lire et écrire et comprendre un texte simple et court sur leur vie quotidienne ». Pour l'obtenir, il faut « diviser le nombre des personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire par l'effectif total du groupe d'âge, et multiplier le résultat par 100 »¹⁴⁰. Nous l'avons utilisé comme un indicateur de l'état de l'éducation en Équateur.

Taux de pauvreté monétaire

« Le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire à la moitié du revenu médian de la population totale... Toutefois, deux pays affichant le même taux de pauvreté peuvent connaître des situations différentes s'agissant du niveau de revenu relatif des plus démunis »¹⁴². Dans notre cas, nous avons utilisé la valeur 5,50 USD par jour, indicateur proposé par la Banque mondiale comme seuil de la pauvreté pour les pays à revenu moyen supérieur¹⁴³.

Produit intérieur brut par habitant

« Le produit intérieur brut est la valeur des biens et des services produits dans un pays par ses habitants ou des non-résidents sans faire de distinction entre les créances nationales ou étrangères. Il correspond à la somme totale des dépenses (consumation et investissements) des agents privés ou publics de l'économie au cours de l'année de référence »¹³⁶. Donc, le PIB par habitant figure comme « le produit intérieur brut divisé par la population totale »¹⁴¹.

Chapitre 4 : Résultats

4.1 Résultats pour la première question de recherche

QR1 : Les politiques publiques appliquées en Équateur durant la période de 2007-2017 sont-elles semblables aux recommandations données par la Commission sur les déterminants sociaux de l’OMS ?

Les politiques appliquées par l’Équateur sont résumées dans les plans de développement (PND), comme nous l’avons décrit dans le chapitre 2, initialement, il s’agissait d’instruments de planification. Après la Constitution de 2008, ce sont devenus des instruments à suivre concernant les politiques publiques à appliquer pendant chaque période de gouvernement.

Les documents sur lesquels nous avons réalisé la recherche ont été le Plan national de développement 2007 – 2010 (PND2007), ce plan était suivi jusqu’à 2009 puisqu’il devait être adapté au nouveau cadre légal de 2008. Le plan national de développement 2009 – 2013 (PNBV2009) a été construit durant la première période de Rafael Correa après la nouvelle Constitution. Le plan national de développement/Plan national pour le bien vivre 2013 – 2017 (PNBV2013) était le plan de gouvernement pour la dernière période constitutionnelle de Rafael Correa. Pour certains éléments par rapport au cadre juridique, nous avons utilisé la Constitution équatorienne de 2008.

Ci-dessous, vous trouverez les recommandations de la CDSS ainsi que les politiques similaires appliquées par la république de l’Équateur pendant la période d’étude.

Première recommandation générale de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé :

Améliorer les conditions de vie quotidiennes.

CDSS chapitre 5 : L’équité dès le départ

5.2. Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s’occupent d’enfants bénéficient d’un ensemble complet de programmes et de services du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires.

En 2007, le gouvernement de l'Équateur s'est engagé à mettre en œuvre des actions pour agir sur les premières années de l'existence, en se basant sur des programmes fractionnés et de qualité variable de survie de l'enfant déjà existants. Le gouvernement a essayé de mettre en place une stratégie intégrale gratuite pour la jeune enfance en ce qui concerne le développement initial et l'éducation maternelle¹⁴⁵⁻¹⁴⁹.

5.3. Les pouvoirs publics offrent aux enfants un enseignement de qualité, qui soit attentif au développement physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, en commençant par l'éducation préscolaire.

Les pouvoirs publics ont essayé de renforcer l'accès à l'éducation depuis le niveau préscolaire en cherchant à recevoir une majeure participation en fournissant la gratuité des études dans les systèmes publics d'éducation et en procurant l'éducation par tout le territoire, en particulier en milieu rural¹⁵⁰. L'éducation devait procurer le développement des domaines moteur, cognitif, affectif-social et du langage des enfants dans l'éducation préscolaire, c'est-à-dire un développement cognitif holistique des étudiants^{148,149}.

5.4. Les gouvernements offrent à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité; recensent et suppriment les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité; et suppriment les frais de scolarité à l'école primaire.

Depuis 2007, le gouvernement est dévoué à offrir à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de leur solvabilité. Avec comme objectif de garantir une réelle égalité d'accès à des services d'éducation de qualité, il a supprimé les obstacles qui empêchaient les filles et garçons d'aller à l'école, par exemple : en supprimant les frais de scolarité dans tout le système scolaire public, et parfois en supprimant les frais des repas scolaires, vêtements, manuels scolaires, fournitures scolaires, etc¹⁴⁶⁻¹⁵⁰.

CDSS Chapitre 6 : Un environnement salubre pour une population en bonne santé

6.1. Les autorités locales et la société civile, épaulées par les autorités nationales, établissent des mécanismes de gouvernance participative localement qui permettent aux communautés et aux autorités locales de prendre part à l'édification de villes plus saines et plus sécurisées.

Les politiques appliquées font référence à la participation des citoyens dans la gouvernance depuis 2007^{151,152}. La Constitution de 2008 a accru la participation de la population dans la planification ainsi que le contrôle social¹⁴⁶. L'intention des politiques passe par le développement d'une structure polycentrique d'établissements humains durables dans les villes et les zones rurales, en tenant compte des divers facteurs culturels, économiques et sociaux, etc^{153,154}.

6.2. Les autorités nationales et locales, en collaboration avec la société civile, gèrent le développement urbain de façon à ce qu'il ait davantage de logements d'un coût abordable. Avec l'appui de ONU-HABITAT lorsqu'il le faut, consentir les investissements nécessaires pour améliorer les conditions de vie dans les bidonvilles, notamment l'alimentation en eau et en électricité, l'assainissement et le pavage des rues, pour tous les ménages, indépendamment de leur solvabilité.

Ils ont favorisé l'accès du peuple au crédit pour acheter un logement propre. Ils ont aussi fait la promotion des programmes publics de logement qui garantissent l'habitabilité et des espaces publics de qualité¹⁴⁵.

Le gouvernement a favorisé l'amélioration des conditions de vie dans les logements, y compris des zones rurales et a aidé les personnes qui avaient besoin d'aides sociales, entre autres. Cela s'est fait en élaborant des politiques d'aménagement du territoire fondées sur des critères qui préservent la santé et la vie, en envisageant l'augmentation de la qualité et la quantité de services disponibles dans les logements^{153, 155-157}.

6.3. Les autorités locales et la société civile aménagent et conçoivent les zones urbaines afin de promouvoir l'activité physique en investissant dans les modes de transport actifs ; d'encourager l'alimentation saine en gérant le système de vente au détail, de façon à contrôler l'accès aux aliments qui contribuent à une mauvaise alimentation ; et de réduire la violence et la criminalité par un bon aménagement du milieu et par des contrôles réglementaires, y compris la limitation du nombre de points de vente d'alcool.

Ils ont bien garanti le droit à la pleine jouissance de la ville et de ses espaces publics, selon les principes de durabilité, de justice sociale, d'équité entre les sexes et de respect culturel. En effet, la ville remplit une fonction sociale. L'encouragement de l'utilisation de transports non motorisés a été favorisé par la construction de pistes cyclables, de quais piétonniers, de parcs sportifs, etc^{156-159,161}.

La promotion de l'alimentation saine a été possible par le moyen de réglementations et de mécanismes de contrôle des aliments commercialisés à l'intérieur et à l'extérieur des établissements d'enseignement^{146,157}.

Par rapport à la sécurité et la violence, ils ont encouragé la participation citoyenne pour agir sur la sécurité dans les espaces publics en partenariat avec les autorités nationales, les collectivités locales, etc^{153,155,156,158,160}.

6.4. Les autorités nationales et locales développent et mettent en place des politiques et des programmes qui interviennent au niveau de l'occupation des terres et des droits fonciers à la campagne ; des possibilités d'emploi tout au long de l'année ; du développement de l'agriculture et de l'impartialité dans les modalités de commerce international ; de l'infrastructure rurale y compris la santé, l'éducation, le réseau routier et les services ; et des politiques de protection des personnes qui migrent des campagnes vers les villes.

Les autorités ont favorisé le développement rural intégral par le biais de l'équité territoriale, du respect des droits de la population rurale, de l'inclusion économique et sociale^{146,148}. Elles ont essayé de promouvoir la productivité dans la campagne en utilisant des mécanismes justes d'enchaînement productif pour atteindre la souveraineté alimentaire en encourageant les initiatives de création d'emplois décents dans les populations rurales, spécialement pour les femmes^{145,148,162}. Les droits fonciers et la légalisation des établissements humains informels ont également été traités^{148,157}. Par rapport à l'éducation, elles ont conçu des programmes d'étude pour les zones rurales, le droit à l'eau a aussi été reconnu¹⁴⁹.

6.5. Les organismes internationaux et les autorités nationales, en s'appuyant sur les recommandations du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, examinent les répercussions sur l'équité en santé des stratégies de l'agriculture, du transport, du carburant, du bâtiment, de l'industrie et des déchets liées à l'adaptation et à la réduction des impacts du changement climatique.

Les autorités nationales ont examiné les répercussions du changement climatique sur les différents secteurs, en envisageant l'adaptation et la réduction des impacts du changement climatique^{157,163-165}.

CDSS Chapitre 7 : Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent

7.1. Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et les conditions de travail décentes soient des objectifs communs aux institutions internationales et se situent au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, avec une meilleure représentation des travailleurs lors de l'élaboration de politiques, de législations et de programmes portant sur l'emploi et le travail.

La participation des travailleurs a été favorisée dans l'élaboration des politiques du travail et la participation et le développement des syndicats, afin d'accroître la représentation des travailleurs dans les conseils d'administration de certaines entreprises^{151,166}.

7.2. Les instances gouvernementales nationales développent et mettent en œuvre des politiques sociales et économiques qui offrent des emplois sûrs suffisamment rémunérés pour tenir compte du coût réel et actuel d'une vie saine.

Le gouvernement a appliqué des politiques pour la stabilité de l'emploi c'est-à-dire que la population a maintenant accès aux emplois productifs décents^{145,148,157,167,168,170}. De la même manière, il a favorisé l'insertion professionnelle et politique des personnes handicapées, des autochtones, des Afro-Équatoriens aux niveaux privé et public^{151,167,169}. La formation continue des travailleurs a été un moyen de développer leur participation au marché du travail¹⁶⁷. Les politiques ont aussi réglé le sujet de l'ajustement des salaires^{168,151,157}.

7.3. Que les capacités du public soient renforcées pour mettre en œuvre des mécanismes réglementaires permettant de promouvoir et de faire respecter les normes d'emploi équitable et de travail décent pour tous les travailleurs.

Les politiques ont renforcé le rôle régulateur de l'État en consolidant le rôle du ministère du Travail par rapport aux salaires, au respect des lois du travail, à la formalisation de l'emploi, à l'élimination du travail infantile, aux pratiques exclusives et discriminatoires, sans oublier les sanctions des actes de harcèlement au travail^{145,167,168,170}. Le gouvernement a essayé d'assurer le strict respect des droits du travail, comme le paiement de rémunérations justes et dignes, sans aucune discrimination, notamment en permettant d'envisager le travail sans relation de dépendance avec les biens et services générés^{161,167,168,170}. Le gouvernement a aussi lutté contre la discrimination à l'embauche des femmes, des handicapés, des jeunes, des autochtones, entre autres^{148,168,170}.

7.4. Les instances gouvernementales réduisent l'insécurité des personnes qui occupent un emploi précaire, y compris les travailleurs dans le secteur non structuré, les travailleurs

temporaires, les travailleurs à temps partiel, et ce à travers une politique et une législation qui garantissent que les salaires prennent en considération le coût réel de la vie, la sécurité sociale et le soutien aux parents.

Le gouvernement a réduit l'insécurité des personnes en éliminant l'externalisation, action qui réduisait la quantité de travailleurs qui avaient accès à la sécurité sociale^{151,167,168}. Il a aussi favorisé l'association des travailleurs en encourageant les syndicats¹⁵¹. Les autorités ont régularisé certains travaux pour améliorer les conditions du travail avec équité¹⁷⁰. D'autres types de travail non rémunérés ont été reconnus, comme le travail non rémunéré qui, généralement, est réalisé par des femmes^{167,168}.

7.5. La politique et les programmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail (SST) touchent tous les travailleurs — des secteurs tant structuré que non structuré — et qu'ils couvrent aussi les agents stressants et les comportements associés au travail ainsi que l'exposition aux risques physiques.

Le gouvernement a appliqué de la même manière les politiques relatives à la santé et à la sécurité au travail en reprenant les travailleurs des secteurs tant structurés que non structurés^{168,170}. Aussi, il a agi sur les agents stressants et l'exposition aux risques physiques^{153,155}. Dans la légalisation des activités comme l'exploitation minière informelle, il est envisagé d'assurer la sécurité sociale et de limiter les risques du travail non structuré¹⁷¹.

CDSS Chapitre 8 : Protection sociale tout au long de l'existence

8.1. Les instances gouvernementales érigent des systèmes de protection sociale et en augmentent progressivement la générosité jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Le gouvernement a mis en œuvre un vaste processus de réforme du système de sécurité sociale qui vise l'augmentation du nombre de personnes couvertes par des systèmes de protection sociale, en permettant, par exemple, l'incorporation des enfants des affiliés, en agrandissant la couverture de la sécurité sociale paysanne et en l'étendant aux secteurs de la pêche artisanale, en créant une modalité spécifique d'affiliation pour les travailleurs et travailleuses autonomes^{145,146,151,152}.

Cette réforme vise aussi à promouvoir la protection sociale intégrale et la sécurité sociale solidaire de la population avec qualité et efficacité tout au long de sa vie, en respectant les

principes d'égalité, de justice, de dignité et d'interculturalité et à garantir la protection et la sécurité sociale, indépendamment de la situation professionnelle de la personne^{146,148}.

8.2. Que les instances gouvernementales aient recours au ciblage seulement quand il s'agit d'assurer un soutien à ceux qui échappent au filet des systèmes universels, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Le gouvernement a appliqué des politiques socioéconomiques de transfert en espèces soumis à des conditions. Le bon de développement humain a assuré l'accès au microcrédit à ses bénéficiaires, entre autres¹⁴⁵. De la même manière, il a articulé les programmes de protection sociale avec les programmes d'économie sociale et solidaire qui favorisent la formation et le renforcement de réseaux incluant les femmes, les groupes de soins prioritaires, les peuples et les nationalités¹⁴⁶.

L'Équateur a proposé un système intégré de protection spéciale qui soit déconcentré et décentralisé comme manière d'articuler les efforts et donner réponse aux besoins des groupes les plus vulnérables, en assurant la prise en charge spécialisée tout au long du cycle de vie des personnes et des groupes de soins prioritaires, sur tout le territoire national, avec coresponsabilité entre l'État, la société et la famille¹⁴⁸.

8.3. Les instances gouvernementales veillent à étendre la protection sociale aux emplois précaires, y compris dans le secteur non structuré, au travail domestique ou à la garde d'autres personnes, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Le gouvernement a étendu la protection sociale spécialement au secteur non structuré, notamment au travail domestique et à la garde d'autres personnes^{148,168}. Il a reconnu le travail reproductif comme étant indispensable pour la société, ce type de travail est généralement réalisé par les femmes¹⁴⁵. Ensuite, il a reconnu le droit à la sécurité sociale, notamment, aux personnes âgées, femmes, handicapés et à d'autres travailleurs non rémunérés^{146,168}. Les personnes à la garde d'autres personnes ont aussi été incluses dans les programmes de protection sociale gouvernementaux¹⁷⁰. Finalement, un système de cotisations volontaires des travailleurs informels, des émigrants et des travailleuses domestiques pour la sécurité sociale a été mis en place¹⁴⁸.

9.1. Les instances gouvernementales locales, de concert avec la société civile et les donateurs, mettent en place des services de santé de bonne qualité et à vocation universelle, centrés sur les soins de santé primaires.

Les instances gouvernementales ont favorisé la couverture de santé universelle centrée sur les soins de santé primaires, fondés sur les principes d'équité, de prévention de la maladie, de promotion de la santé et de santé interculturelle¹⁵⁵. La gratuité de l'accès au réseau public de soins de santé a favorisé l'universalisation des services¹⁵⁷.

9.2. Les autorités locales renforcent le rôle directeur du secteur public dans le financement du système de santé, notamment par les cotisations et les impôts, pour garantir l'accès universel aux soins, sans considération de solvabilité, et pour réduire les dépenses de santé directes.

Le gouvernement a renforcé le financement équitable du système de santé pour assurer la disponibilité pertinente des ressources^{146,157,172}. Les ressources garantissent l'accès universel et gratuit aux services de santé avec équité. L'accès au système est garanti sans considération de solvabilité^{155,157}.

9.3. Les instances gouvernementales nationales et les donateurs accroissent leurs investissements dans les personnels médicaux et les personnels de santé en veillant à équilibrer leur densité entre milieu rural et milieu urbain.

Le gouvernement national a amplifié les investissements pour renforcer le personnel de santé¹⁵³. Il a essayé d'équilibrer la présence des professionnels de la santé dans le milieu rural et dans les quartiers défavorisés, mais surtout d'augmenter les avantages pour les groupes les plus vulnérables de la société¹⁵⁵.

9.4. Les agences internationales, les donateurs et les pouvoirs publics luttent contre la fuite des cerveaux en investissant surtout dans le développement et la formation des ressources humaines et en concluant des accords bilatéraux pour réguler les pertes et les gains.

Le pouvoir public a lutté contre la fuite des cerveaux en investissant surtout dans le développement et la formation des ressources humaines par le moyen de bourses pour les études à spécialités médicales et techniques^{149,157}. Le gouvernement a cherché à ce que les emplois attirent davantage les professionnels *in situ* et ceux qui ont quitté le pays^{167,168}.

Deuxième recommandation générale de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) :

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.

CDSS Chapitre 10 : L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques

10.1. L'autorité législative et les organismes de contrôle équivalents se fixent pour objectif l'amélioration de l'équité en santé à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé en l'incluant dans les critères de performance du gouvernement.

Les politiques ont essayé d'intégrer les différentes visions du monde dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques et des plans de développement régionaux et nationaux, en particulier dans les programmes nationaux d'éducation et de santé¹⁷³. Par le moyen de conseils nationaux pour l'égalité, les critères d'équité en santé ont pu être inclus à la formulation, à la transversalisation, à l'application, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques¹⁷⁴.

10.2. Les instances gouvernementales nationales mettent en place un mécanisme à l'échelle de l'ensemble de l'administration dont elles sont tenues de rendre compte devant le Parlement et qu'elles en confient la direction, autant que possible, aux plus hautes instances politiques.

La fonction législative contrôle les actes d'autres fonctions de l'État, par le moyen, notamment, de la demande d'information aux agents de la fonction publique. Les ministres qui sont nommés par le président doivent rendre compte à l'Assemblée nationale si elle le juge nécessaire^{21,151}. Les politiques intersectorielles ont été mieux développées depuis 2009 avec la création des ministères coordinateurs qui ont comme objectif de donner de la cohérence aux politiques publiques¹⁴⁸. Les ministères coordinateurs figurent comme des responsables de la coordination interministérielle pour accomplir les objectifs des politiques planifiés dans les plans de développement^{169,174-176}. L'Équateur a développé des politiques pour augmenter le contrôle social du citoyen des politiques et fonctions publiques^{154,174}.

10.3. Que le contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé soit institutionnalisé et que les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé soient utilisées pour toutes les politiques gouvernementales, y compris celles des finances.

L'Équateur ne possède pas de pratique institutionnalisée du contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé. Les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé ne sont pas utilisées pour toutes les politiques gouvernementales, notamment celles des finances.

10.4. Que le secteur de la santé, sous la houlette du ministère de la Santé, étende ses politiques et ses programmes destinés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins de santé afin d'y inclure l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé.

L'Équateur, sous la houlette du ministère de la Santé, a mis en œuvre des mécanismes complets de promotion de la santé pour prévenir des risques tout au long du cycle de vie, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé¹⁵⁷.

10.5. L'OMS encourage le développement des connaissances et des capacités des ministères nationaux de santé pour qu'ils puissent œuvrer dans le cadre des déterminants sociaux de la santé et assurer un rôle de tutelle en soutenant une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au niveau de l'ensemble du gouvernement.

Le ministère de la Santé de l'Équateur n'a pas de rôle de tutelle en soutenant une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au niveau de l'ensemble du gouvernement, mais il fait partie du ministère coordinateur du Développement social. Ce dernier coordonne les ministères d'Inclusion économique et sociale, de Développement urbain et logement et le ministère du Sport¹⁸².

CDSS Chapitre 11 : Financement équitable

11.1. Les donateurs, les agences multilatérales et les États membres développent et renforcent la capacité nationale d'imposition progressive.

Le gouvernement de l'Équateur a favorisé le principe d'imposition progressive en améliorant ses capacités en matière de recouvrement des impôts, en réduisant l'évasion fiscale et la fraude^{146,161}. Il a accordé la priorité aux impôts directs et progressifs, comme les impôts sur la fortune, en laissant intouchés les impôts indirects comme la TVA^{145,148}. Le principe d'imposition progressive est reconnu au niveau constitutionnel²¹. D'autres impôts, comme les droits de douane, ont été utilisés pour protéger et promouvoir le secteur industriel, la redistribution de la richesse et la protection de l'environnement¹⁷².

11.2. Que de nouveaux mécanismes de financement public soient instaurés à l'échelle nationale et mondiale, y compris des taxes sanitaires spéciales et des options fiscales mondiales.

L'Équateur a augmenté les fonds publics pour financer le système sanitaire, mais aussi pour augmenter l'investissement dans les dépenses sociales. En 2012, les autorités ont approuvé une loi, spécifiquement pour taxer les banques avec l'objectif d'augmenter le budget des politiques sociales¹⁶¹. Elles ont mis en place des mécanismes fiscaux pour le financement équitable, solidaire et durable du Système national d'inclusion et d'équité sociale, en mettant l'accent sur le réseau public intégral de santé, afin d'en garantir la gratuité et l'universalité¹⁴⁸.

11.3. Les pays donateurs honorent les engagements pris en portant l'aide à 0,7 % du PIB, qu'ils étendent l'initiative d'allègement de la dette multilatérale et qu'ils coordonnent l'utilisation des aides grâce à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

L'Équateur a envisagé la réduction de son endettement extérieur en déclarant après audit qu'une proportion de sa dette extérieure n'apparaissait pas légitime. Ensuite, par quelques actions aux marchés financiers, il a réduit considérablement la quantité de dettes extérieures au pays^{172,177,178}. De la même manière, il a mis en place une liaison entre l'endettement et la coopération internationale aux besoins pour le développement du pays¹⁶⁶.

11.4. Les institutions financières internationales fixent des conditions et des modalités transparentes applicables à toute opération internationale d'emprunt et de prêt afin d'éviter un futur endettement insoutenable.

L'Équateur a encouragé la création d'une nouvelle architecture financière internationale qui contribue au bien-être collectif et qui est basée sur les principes de justice sociale, de genre et d'environnement¹⁶⁶.

Par rapport à la dette, l'endettement public externe doit rester en concordance avec les projets d'investissement social et productif proposés dans le Plan national de développement¹⁰⁵. L'endettement doit disposer des conditions favorables pour le pays ainsi qu'être durable à long terme¹⁶¹.

11.5. Les instances gouvernementales, à l'échelle nationale et locale, et la société civile instaurent des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé.

L'Équateur n'a pas de politique pour le financement des actions sur les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble du gouvernement, mais il a favorisé un schéma équitable et durable de répartition des ressources du budget général de l'État aux administrations autonomes décentralisées^{145,154}. L'Équateur essaye de garantir l'allocation des ressources publiques pour accomplir les politiques et objectifs définis dans la planification nationale¹⁷⁴. La planification décentralisée favorise le contrôle social et la transparence de l'administration publique^{154,174}.

11.6. Que les fonds publics soient équitablement répartis et contrôlés entre les régions géographiques et les groupes sociaux, en utilisant, par exemple, une jauge de l'équité.

Les fonds publics ont été équitablement répartis, spécialement avec l'utilisation du revenu pétrolier pour des investissements sociaux et productifs qui visent à équilibrer les disparités territoriales et répondre aux besoins essentiels^{151,174}. Les budgets de dépenses publiques ont été construits selon les critères territoriaux, décentralisés et équitables établis dans le Plan national de développement¹⁰⁵. Le gouvernement a renforcé la territorialisation des investissements publics et leur hiérarchisation selon des critères d'équité territoriale. Les critères pour les budgets étaient participatifs, en tenant compte de la problématique hommes-femmes, intergénérationnelle et interculturelle, axés sur la (re)distribution dans le respect de la justice et de l'équité territoriales, de genre, de génération et d'interculturalité¹⁵⁴.

CDSS Chapitre 12 : Rôle du marché

12.1. L'OMS, en collaboration avec d'autres organismes multilatéraux concernés et en appuyant les États membres, institutionnalise l'évaluation des conséquences des accords économiques internationaux, régionaux et bilatéraux importants, au niveau mondial et national.

L'Équateur a délimité les conditions des accords économiques et de la coopération internationale en limitant les conditionnements qui tombent dehors du domaine économique¹⁷⁷. Dès lors, l'exercice de la souveraineté implique que les accords économiques et les intérêts du secteur privé ne peuvent pas nuire à l'intérêt national, la production nationale, la nature ou la population^{166,177,179}. Le gouvernement a bien précisé que la coopération internationale devait être encadrée par l'intérêt national et que les institutions internationales devaient améliorer leur gouvernance de manière démocratique^{105,179}. Les autorités n'ont pas spécifiquement évoqué les conséquences en santé, mais il y a eu une discussion par rapport aux conséquences des accords dans d'autres domaines¹⁶⁸.

12.2. Les instances gouvernementales chargées de l'élaboration des politiques, avec le concours de l'OMS, garantissent et renforcent la représentation de la santé publique dans les négociations politiques économiques à l'intérieur du pays et au niveau international.

Bien que les politiques n'ont pas parlé de manière explicite de la santé publique, elles ont essayé d'inclure dans les paramètres de négociation d'autres secteurs et facteurs et de mettre en évidence l'intention claire de renoncer aux accords et institutions internationales qui se montrent pernicious concernant les droits des Équatoriens^{166,179}. De la même manière, elles ont essayé de trouver les meilleurs instruments pour protéger leurs objectifs et les secteurs vulnérables de l'économie¹⁷⁹.

12.3. Les autorités nationales, en collaboration avec les organismes multilatéraux concernés, renforcent le rôle de direction du secteur public dans la fourniture des biens/services de base indispensables à une bonne santé et le contrôle des marchandises ayant des effets indésirables sur la santé.

Les autorités nationales ont renforcé le rôle de direction du secteur public dans la défense de la souveraineté nationale en matière économique, énergétique et alimentaire¹⁴⁵. Elles ont envisagé la protection des biens des secteurs productifs sensibles, comme les produits de l'économie sociale et solidaire ; action qui garantit la souveraineté alimentaire du pays¹⁰⁵.

CDSS Chapitre 13 : Équité entre les sexes

13.1. Les gouvernements élaborent et appliquent une législation qui favorise l'équité entre les sexes et interdisent la discrimination sexuelle.

L'État a élaboré et mis en œuvre des politiques visant à réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes. Par rapport aux femmes enceintes et allaitantes, l'État garantit : la gratuité des services de santé maternelle, la protection prioritaire et les soins de santé intégrale et de grossesse, d'accouchement et d'après l'accouchement²¹.

Le travail non rémunéré d'autosuffisance et de soins à domicile est reconnu comme étant un travail productif. L'État a également promu un régime de travail qui fonctionne en harmonie avec les besoins des soins humains et qui offre des services, des infrastructures et des horaires de travail adéquats ; en particulier, en fournissant des services de garde d'enfants, des soins aux personnes handicapées et d'autres services nécessaires pour permettre aux travailleurs d'exercer leurs activités professionnelles. Il a aussi encouragé la coresponsabilité et la

réciprocité des hommes et des femmes dans le travail domestique et dans les obligations familiales²¹.

La protection de la sécurité sociale a progressivement été étendue aux personnes qui font du travail familial non rémunéré au foyer, conformément aux conditions générales du système et de la loi²¹.

Il est interdit de licencier une travailleuse en raison de sa grossesse et de sa maternité, ainsi que de discriminer par rapport au rôle procréatif²¹.

13.2. Les instances gouvernementales et les institutions internationales établissent au sein de l'administration centrale une unité chargée de l'équité entre les sexes et lui assurent un financement adéquat et de longue durée. Cette unité devra analyser et agir sur les conséquences sur l'équité entre les sexes des politiques, des programmes et des modalités institutionnelles.

L'État a promu la représentation paritaire des femmes et des hommes aux postes de nomination ou de nomination dans la fonction publique, dans ses instances de direction et de décision, ainsi que dans les partis et mouvements politiques²¹. Dans les candidatures aux élections pluripersonnelles, leur participation alternée et séquentielle est respectée. Pour les élections pluripersonnelles, la loi a établi un système électoral conforme aux principes de proportionnalité, d'égalité du vote, d'équité, de parité et d'alternance entre les femmes et les hommes²¹. L'État a garanti l'égalité des droits et des chances des femmes et des hommes dans l'accès à la propriété et dans la prise de décisions pour l'administration de la société conjugale²¹. Le gouvernement a établi des conseils d'équité pour transversaliser, dans les politiques publiques, l'approche du genre, entre autres¹⁵⁴. Ensuite, les autorités ont développé un système national d'information, avec un sous-système pour enregistrer les cas de violation de droits, comme la discrimination. Le système envisage de produire des données pour formuler des politiques publiques¹⁴⁸.

13.3. Les gouvernements tiennent compte du travail domestique, de la garde d'autres personnes et du bénévolat dans les comptes nationaux et veillent à y inscrire le travail dans le secteur non structuré.

Le gouvernement a mis en place des mécanismes de visualisation, de quantification et de rétribution sociale de l'apport du travail de soins humains, d'autoconsommation et d'autosuffisance au système économique du pays¹⁶⁸. Il a mis en place des politiques pour

prendre soin des travailleurs du secteur non structuré de l'économie (action déjà décrite précédemment)¹⁷⁰.

13.4. Les gouvernements et les donateurs aident au développement des capacités des femmes, de jeunes filles et des filles en investissant dans la formation et l'enseignement réguliers et professionnels.

L'Équateur a établi l'obligation de l'éducation jusqu'à l'éducation secondaire et il a promu l'équité entre les sexes²¹. Il a engagé des efforts publics soutenus, afin de développer les capacités des femmes, des jeunes filles et des filles et d'encourager les garçons et les filles à poursuivre et à achever leurs études maternelles, primaires et secondaires, en donnant la priorité aux filles des zones rurales et urbaines marginales et en encourageant la participation communautaire au système scolaire¹⁴⁷. Une autre action a été l'éradication progressive de l'analphabétisme sous toutes ses formes par le moyen des processus de post-alphabétisation, en considérant le genre^{147,148}. Au niveau universitaire, le pays a mis en place des programmes de bourses de recherche et de spécialisation conformes aux priorités nationales, aux spécificités des territoires et aux critères de genre, de génération et d'interculturalité^{147,149}.

13.5. Les gouvernements et les employeurs soutiennent les femmes dans leurs rôles économiques en garantissant par la loi l'égalité de rémunération, en offrant les mêmes possibilités d'emploi à tous les niveaux et en mettant en place des politiques soucieuses de la famille, qui garantissent pour les femmes et les hommes des responsabilités égales en matière de soins.

L'Équateur a garanti aux femmes l'égalité d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, à la rémunération équitable et au travail indépendant. Toutes les mesures nécessaires ont été prises pour éliminer les inégalités²¹. Par les politiques appliquées, les autorités ont essayé de réduire les écarts de revenus et la ségrégation professionnelle qui touchent les femmes, les groupes cibles, les peuples et les nationalités¹⁴⁶. Il y a également eu un renforcement des programmes axés sur l'intégration des femmes et des groupes cibles sur le marché du travail, que ce soit de manière rémunérée ou avec l'appui de leurs entreprises¹⁷⁰.

L'Équateur a promu la paternité et la maternité responsables avec le droit des hommes à la paternité et à l'espace domestique, à l'épanouissement personnel et la responsabilité partagée du ménage, dans le respect de la diversité^{146,148,159}.

13.6. Les pouvoirs publics, les donateurs, les organisations internationales et la société civile augmentent leur engagement politique et investissent davantage dans les services et programmes de santé sexuelle et génésique, en visant la couverture universelle.

L'Équateur a promu les droits des femmes en matière de sexualité et de procréation, en faisant reconnaître leur droit à la santé, à la jouissance en matière de sexualité et en renforçant l'accès à l'information, à l'orientation, aux services et aux méthodes de planification familiale^{153,155,157}. Les autorités ont utilisé une logique démographique pour la programmation des services de sécurité sociale, de l'éducation de base et de l'éducation secondaire, des services de santé sexuelle et procréative¹⁵².

CDSS Chapitre 14 : Émancipation politique — participation et possibilité de s'exprimer

14.1. Les autorités nationales renforcent les systèmes politiques et juridiques afin qu'ils œuvrent en faveur de la participation équitable.

Le gouvernement a amélioré l'enregistrement des naissances et plus de personnes détiennent désormais une carte d'identité¹⁴⁶. Il a encouragé le libre développement de l'identité et de la participation citoyenne à l'élaboration des politiques publiques^{145,151}. L'émancipation a été favorisée par la participation citoyenne active, processus qui envisage la promotion des capacités de réflexion, de critique et de coopération¹⁷⁴. L'État cherche par l'émancipation la construction d'un État plurinational et interculturel pour réparer les processus historiques d'exclusion en cherchant le bien-vivre^{154,174}.

14.2. Les autorités nationales reconnaissent, légitiment et soutiennent les groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones, au niveau de la politique, de la législation et des programmes qui leur donnent plus de pouvoir afin de faire valoir leurs besoins, revendications et droits.

L'Équateur a reconnu, légitimé et soutenu les groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones. Par plusieurs politiques publiques, il a revendiqué les droits des peuples autochtones comme l'éducation interculturelle, la consultation préalable pour l'exploitation des ressources naturelles dans leurs territoires, l'encouragement de leur insertion professionnelle au secteur public, de leur élection comme candidats et l'organisation des territoires et communautés par rapport à leur vision du monde^{151,180}. Le gouvernement a encouragé la participation des peuples autochtones dans l'éducation, la justice autochtone^{147,150,180,181}. Leur organisation territoriale et leur système d'organisation sociale ont été reconnus^{154,174,169}. Dans

la même idée, il a mis en place une mesure de discrimination positive pour favoriser l'insertion au travail et la participation politique des autochtones^{154,169,173,180}. L'objectif était de réparer les préjudices causés aux peuples autochtones, par le moyen de la reconnaissance pleine de leurs droits, avec leur participation^{157,174}.

14.3. Que les autorités nationales et locales fassent en sorte qu'au titre du droit à la santé, les groupes et les communautés soient associés à la prise de décisions concernant la santé, aux programmes ultérieurs, à la prestation de services et à leur évaluation, et y participent de façon équitable.

Le gouvernement a encouragé la participation citoyenne et des communautés dans les politiques concernant le droit à la santé et ses déterminants dans tous les niveaux de gouvernement^{151,155}. La participation dans la planification ainsi que le contrôle social ont été renforcés¹⁵¹. La prestation de services de santé et leur évaluation passent aussi par le contrôle social et la participation sociale¹⁵³. Finalement, les autorités ont proposé la coresponsabilité pour agir sur les déterminants tout au long de la vie¹⁴⁸.

14.4. Le renforcement des moyens d'agir sur l'équité en santé selon des approches ascendantes et descendantes exige le soutien de la société civile, afin d'élaborer, de renfoncer et de mettre en application des initiatives orientées vers l'équité en santé.

Le gouvernement a essayé de permettre à la société civile de s'organiser en encourageant la responsabilisation citoyenne ; cette action consiste à promouvoir et faire respecter les droits politiques et sociaux par le moyen du contrôle social¹⁷⁴. Le principe de la participation des citoyens dans la planification se trouve dans le système national d'inclusion et de l'équité sociale. Ce système permet aux citoyens d'agir sur plusieurs domaines, notamment les initiatives orientées vers l'équité en santé¹⁵⁷.

Synthèse

D'une quantité totale de 44 recommandations, nous avons trouvé de similitudes avec 39. À propos de la première recommandation générale de la CDSS : « Améliorer les conditions de vie quotidiennes », un total de 20 recommandations ont des correspondances avec les politiques publiques appliquées par l'Équateur pendant la période d'étude. À propos de la deuxième recommandation principale qui fait référence à la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, sur un total de 24 recommandations, nous avons trouvé 19 politiques similaires. Certaines recommandations ne sont pas compatibles avec les

politiques mises en œuvre dans la période d'étude, particulièrement la recommandation 10.3. En effet, les Équatoriennes ne détiennent pas encore un contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé institutionnalisée comme telle. Aussi, il n'est pas encore d'application d'évaluer l'impact sur l'équité en santé de toutes les politiques gouvernementales et financières. Concernant la recommandation 10.5, en Équateur, l'organisation des institutions du gouvernement ne permet pas d'accomplir le respect de celle-ci, parce que le ministère de la Santé n'a pas d'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé en ce qui concerne l'ensemble du gouvernement. Trouver des politiques semblables avec la deuxième recommandation générale de la CDSS a été plus difficile à réaliser, ces particularités sont traitées dans la discussion.

Vous pourrez trouver à l'annexe B le texte intégral des politiques publiques appliquées en Équateur par rapport aux déterminants sociaux de la santé pendant la période d'étude.

Dans le cas de l'Équateur, nous avons constaté qu'il y avait une recherche d'action coordonnée entre les différents secteurs, par exemple : en ce qui concerne l'éducation et la santé, les autorités ont cherché à reconnaître et à garantir l'accès des mères aux contrôles prénataux, à l'amélioration de leur alimentation et à la modernisation des conditions de l'accouchement, pour ensuite garantir dès la petite enfance l'accès des enfants à la stimulation précoce, et celle-ci s'articule avec l'éducation maternelle pour passer aux études de base et secondaires gratuites dans le secteur public. Le caractère obligatoire de l'éducation figure comme étant un élément qui vise à éliminer le travail des enfants et à accroître la scolarisation de la population.

L'intention de contrôler et de fournir des environnements sains pour vivre existe dans les politiques équatoriennes. En particulier, des actions visant à améliorer les conditions de vie des plus démunis de la société par des programmes de logement et des moyens de légaliser et d'améliorer les conditions de vie dans les bidonvilles ont été mises en place. La mise en œuvre de politiques de sécurité est également abordée.

Il y a aussi des investissements et des politiques publiques visant à améliorer la situation économique des Équatoriens, car il ne suffit pas de fournir des services gratuits. La quantité des revenus de la population doit être accrue afin qu'ils puissent accéder à d'autres biens ou services, car l'État ne peut pas et ne doit pas fournir tout à la population. Les actions qui visent à développer le marché du travail sont importantes pour stimuler l'économie et augmenter la

quantité de personnes qui ont accès à la sécurité sociale et à la retraite, dans le cadre d'un travail décent. À cet égard, l'Équateur a décidé d'éliminer les formes de travail précaire, telles que l'externalisation des travailleurs et d'améliorer les salaires, ou du moins, les maintenir à des niveaux qui permettent d'accéder à une certaine quantité de ressources nécessaires pour un niveau de vie acceptable. Nous ne saurions manquer de souligner l'intention claire d'accorder les avantages dont bénéficient les travailleurs du secteur formel aux travailleurs du secteur informel par des politiques visant à les intégrer et à reconnaître le travail non rémunéré à domicile ou les soins aux personnes handicapées, personnes âgées, etc. La promotion de l'inclusion sociale et professionnelle des secteurs les plus vulnérables mérite également d'être reconnue comme étant une action positive pour améliorer la qualité de vie de ces secteurs.

Les politiques de santé sont également largement conformes aux actions proposées par la CDSS. Le principe des soins de santé primaires a été reconnu au niveau constitutionnel. De même, la gratuité des soins médicaux dans le secteur public tend à universaliser la couverture. La couverture des services de santé a également été favorisée par l'inclusion de logiques territoriales et l'élargissement de la couverture de sécurité sociale. Les politiques mises en œuvre ont permis d'accroître le nombre de médecins et d'obtenir le retour de professionnels de la santé.

En ce qui concerne à deuxième recommandation générale de la CDSS ; la lutte contre la répartition inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources. Nous constatons des divergences croissantes fondées sur l'ampleur des réformes juridiques et organisationnelles nécessaires pour leur application. L'Équateur applique davantage les recommandations relatives à un financement équitable des budgets publics, à une plus grande responsabilité du marché, à l'équité entre les sexes et à l'émancipation politique.

Les recommandations les moins appliquées restent celles qui concernent l'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques et celle qui promeut une organisation de l'État orientée vers la réalisation de l'équité sanitaire et le suivi de sa réalisation par les différents niveaux de gouvernement.

En ce qui concerne le financement équitable, une orientation progressive et directe est favorisée au niveau constitutionnel.

L'endettement est devenu compatible avec les priorités nationales qui visent à protéger la souveraineté nationale et les secteurs les plus vulnérables. La défense de la souveraineté est un élément récurrent des politiques publiques appliquées par l'Équateur. Elle est également présente dans la responsabilité des marchés et dans ce cas, elle fait référence au fait que les intérêts privés ne peuvent pas prévaloir sur l'intérêt public. En ce qui concerne cet aspect de la responsabilité du marché, il existe une divergence entre les politiques et les recommandations de la CDSS, car l'Équateur n'analyse pas l'impact des accords commerciaux par rapport aux conséquences sur l'équité sanitaire ou la santé publique de manière explicite, mais par rapport à d'autres paramètres qui ne sont pas purement commerciaux, comme celui de la souveraineté.

En ce qui concerne l'équité entre les sexes, la priorité est donnée, au niveau constitutionnel, à l'élimination des rôles inéquitables des sexes et à la participation des femmes au marché du travail, tant privé que public. Un élément à souligner est la promotion de la participation politique des femmes par l'obligation d'alterner les listes électorales entre les deux sexes. L'Équateur reconnaît le rôle et la contribution des travailleurs domestiques non rémunérés, qui sont le plus souvent des femmes, à l'économie et il favorise la coresponsabilité dans les tâches ménagères. La santé sexuelle est reconnue comme droit au niveau constitutionnel.

L'émancipation politique est instaurée dans les politiques appliquées en Équateur, en reconnaissant les droits des autres nationalités et des groupes marginalisés à développer leur identité et leur participation politique. Bien que la participation citoyenne soit reconnue, aucune méthode ascendante de participation spécifique à l'équité en matière de santé n'est reconnue.

4.2 Résultats pour la deuxième question de recherche

QR2 : Y a-t-il eu un changement dans les inégalités en matière de santé en Équateur au cours de la période 2007-2017 ?

Après avoir construit l'indice des iniquités pour chaque année de la période d'étude, c'est-à-dire de 2007-2017, l'indicateur principal utilisé dans le processus de calcul était l'espérance de vie à la naissance. Ensuite, par le moyen d'un processus itératif, les indicateurs inclus dans le calcul ont été : le taux de vaccination contre la rougeole, la quantité des médecins, le nombre de lits d'hôpitaux, les dépenses de santé par rapport au PIB et le taux d'alphabétisation. En

choisissant une autre variable principale, les valeurs n'ont pas beaucoup changé. Le calcul de l'indice et la sélection des variables ont été réalisés avec le logiciel *EPIDAT 3.0*.

L'indice des inégalités en santé nous a donné les valeurs suivantes :

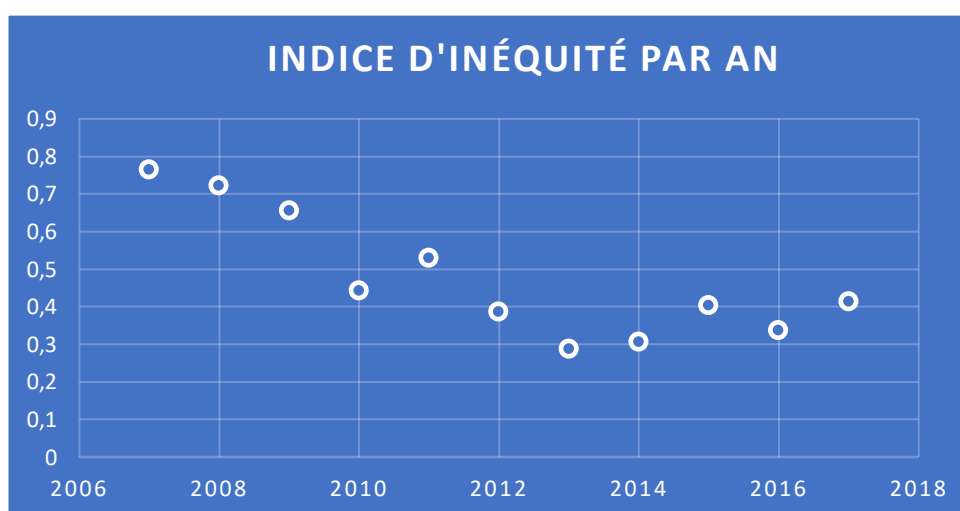
Tableau 4.1.
Indice des iniquités en santé par ordre croissant

AN	INIQUIS
2013	0,2878
2014	0,3065
2016	0,3371
2012	0,3864
2015	0,4038
2017	0,4135
2010	0,443
2011	0,5298
2009	0,6547
2008	0,7217
2007	0,7636

Source : élaboration propre à partir des résultats obtenus avec *EPIDAT 3.0*.

Figure 4.1.

Indice des iniquités en santé par année d'étude.



Source : élaboration propre à partir des résultats obtenus avec *EPIDAT 3.0*.

Selon l'INIQUIS, les premières années de la période d'étude ont eu un développement pire par rapport aux dernières années de la période. L'année 2017 ne reflète pas les actes du gouvernement d'étude puisque le changement de gouvernement a eu lieu en mai.

Chapitre 5 : Discussion et conclusions

5.1 Discussion

Les analyses les plus courantes des DSS se limitent à segmenter la population en fonction de ses facteurs socio-économiques. Bien que ce type d'analyse aide à mettre en évidence les inégalités, il n'offre pas de réponses quant aux actions à prendre pour résoudre le problème. Comme nous l'avons déjà dit, l'importance de notre analyse réside dans la richesse des expériences appliquées. Bien que le sujet ait été abordé de manière minime, les concordances et les divergences entre les recommandations et les politiques mises en œuvre représentent une occasion de mieux connaître la mise en pratique des concepts et de mieux adapter les futures propositions.

Comme nous l'avons dit dans les chapitres précédents, la détermination et la volonté politique restent indispensables pour atténuer les inégalités en matière de santé. En sachant que la mise en œuvre de politiques qui modifient le statut quo engendre des résistances, les conditions pour agir sur les DSS passent par une certaine stabilité démocratique, accompagnée d'un intérêt légitime des politiciens pour l'amélioration des conditions de vie de la population et des formes de démocratisation du pouvoir. Comme nous l'avons vu, à travers les antécédents historiques brièvement relatés au chapitre deux, le contexte juridique n'est pas une garantie suffisante pour la mise en œuvre de politiques publiques concernant le changement des relations de pouvoir. Pendant la période d'étude, les autorités équatoriennes ont pu maintenir une cohérence entre les intentions et les politiques mises en œuvre pendant leur période de gouvernement. Le changement de normes à un niveau constitutionnel en constitue la preuve, ce changement a permis aux autorités de maintenir les préceptes souhaités dès la première période et de les léguer aux tenants postérieurs du pouvoir. Les actions utilisées pour agir sur les déterminants sociaux de la santé sont demeurées intégralement. Ils ont opéré une coordination avec les différents acteurs et les différents niveaux du gouvernement, sans négliger le processus de participation et de coresponsabilité de la population en ce qui concerne sa santé. Cependant, selon la CDSS, les recommandations doivent être maintenues pendant une génération pour que les changements figurent comme étant permanents ; ce qui nous amène à réfléchir sur la question de savoir si les changements effectués et ceux qui restent nécessaires pourront être maintenus et réalisés dans le contexte de l'instabilité politique et économique qui caractérise l'Équateur.

Les résultats obtenus nous invitent à réfléchir sur les similitudes entre les modèles du bien-vivre (SK) équatorien et les recommandations de la CDSS. Comme nous l'avons affirmé tout au long de ce travail, nous considérons que l'analyse des DSS et la recherche de l'équité sanitaire peuvent être utilisées pour la réalisation du bien-vivre, car les deux modèles sont conçus afin de garantir des droits et le développement de la liberté des personnes de les exercer au mieux. La justice sociale et l'équité figurent comme étant d'autres objectifs communs. Les recommandations de la CDSS visent la santé, mais dans un sens large, laissant les concepts simplement biologiques, en tenant compte des aspects culturels, économiques et politiques. Le modèle équatorien partage la même vision, c'est-à-dire celle d'agir sur plusieurs dimensions pour obtenir une qualité de vie acceptable qui représente le bien-vivre (SK). Même ce dernier élargit les concepts dans d'autres dimensions, comme l'inclusion des droits de la nature et l'existence de politiques spécifiques sur ce sujet. Elles n'ont pas été prises en compte dans la comparaison des politiques, car elles ne font pas directement référence à la santé, mais nous savons qu'à long terme, elles auront une plus grande incidence sur la santé humaine. À notre avis, les modèles figurent comme deux façons d'obtenir les mêmes résultats en matière d'équité en matière de santé.

Dans les deux modèles, des alternatives sont proposées et il est reconnu que l'organisation du système économique mondial n'est pas la meilleure chose pour atteindre les objectifs proposés. Si la croissance économique est orientée vers des objectifs sociaux, en protégeant les secteurs les plus vulnérables, cela montre un changement par rapport au paradigme de la croissance économique en soi. Ce changement des priorités du modèle économique positionne l'être humain comme l'objectif final de l'économie, en laissant de côté le bénéfice nettement économique. Bien que la CDSS reconnaisse les inégalités du partage du pouvoir dans le monde d'aujourd'hui en critiquant le modèle néolibéral, ses propositions se limitent au fait que l'on peut mieux vivre en changeant certains éléments du modèle économique dominant. Ceci est différent du modèle équatorien pour lequel l'un des points clés est le passage du modèle économique fondé sur l'exportation de matières premières à un modèle beaucoup plus durable qui serait respectueux de la nature et qui permettrait un niveau de vie acceptable sans opulence. Selon les Équatoriens, il faut garantir l'accès aux services de la meilleure qualité possible, mais sans oublier les aspects de durabilité. En ce sens, il faut approfondir les actions qui ne dépendent pas exclusivement de l'État, mais d'autres acteurs tels que les organismes internationaux, les entreprises ou le marché international, car ce sont des agents qui détiennent des pouvoirs factuels qui sont capables d'influencer la réalité des personnes et des gouvernements. De même,

il est nécessaire d'agir sur le plan personnel, car les gens doivent comprendre que le modèle de consommation actuel perpétue les inégalités de santé quelque part dans le monde, que ce rythme de consommation détruit la nature et qu'il y aura des conséquences à moyen et à long termes sur le bien-être de notre descendance.

L'analyse des discordances concernant l'émancipation politique, l'intégration et la possibilité de s'exprimer, enrichissent notre analyse en incluant la participation au pouvoir des citoyens et l'intégration des groupes discriminés ou relégués au second plan. Tant la CDSS que les politiques mises en œuvre en Équateur visent l'émancipation politique des citoyens pour une participation informée. La différence constatée est que, bien que la participation citoyenne à la planification des politiques publiques soit garantie, elle ne prévoit pas clairement les mécanismes de participation ascendante spécifiques pour parvenir à l'équité sanitaire. L'Équateur cherche à émanciper l'individu, mais il ne prévoit pas, du moins dans les politiques analysées, cette autonomisation totale de l'individu sur tous les aspects qui agissent sur sa santé ; c'est-à-dire que le citoyen et les communautés peuvent participer, mais cela ne garantit pas que l'équité sanitaire soit envisagée ou une modification du fonctionnement des institutions respectives. Il convient de souligner qu'il ne s'agit pas d'un point irréconciliable, mais qu'il convient de le mettre en évidence pour des analyses futures éventuelles sur le sujet.

Il faut reconnaître que, dans le cas de l'Équateur, ils ont inclus dans presque tous les domaines de l'État ; la participation citoyenne, la perspective interculturelle et plurinationale, l'équité entre les sexes et la priorité accordée aux groupes vulnérables. En ce qui concerne l'interculturalité et la plurinationalité, nous notons qu'elle va au-delà du précepte de la CDSS en ce qui concerne la participation citoyenne à l'accomplissement des droits, en permettant de plus grandes libertés concernant la langue, l'éducation, l'organisation de la justice, l'utilisation et la reconnaissance de leurs territoires, etc. En Équateur, il est prévu d'intégrer tous les groupes sociaux dans la gouvernance.

L'équité en matière de santé à tous les niveaux et en tant qu'élément d'analyse de la politique publique n'est pas mise en œuvre en Équateur. Cela empêche l'existence d'indicateurs pour mesurer l'impact des politiques publiques sur les DSS ainsi que la formulation des politiques basées sur l'équité sanitaire comme telle. Dans le cas de l'Équateur, nous justifions ces divergences par une faible diffusion et connaissance des DSS. On ne pourrait donc pas, pour l'instant, proposer que le ministère de la Santé gagne davantage de pouvoir pour superviser le

développement des activités des autres portefeuilles d'État ou pour évaluer l'impact sur les DSS des politiques publiques. Rappelons-nous que le pays a effectué de grands changements politiques en 2008, presque simultanément avec le rapport final de la CDSS. Ainsi, on comprend que la seule référence textuelle aux DSS figure dans le plan de développement de 2013.

Comme nous l'avons décrit au chapitre deux, depuis 2008, les Équatoriens disposent du système national d'inclusion et d'équité sociale, qui doit correspondre au plan national de développement, ce dernier étant développé par le système national décentralisé de planification participative dans lequel est assurée la participation citoyenne par le biais de conseils. Le système national susmentionné d'inclusion et d'équité sociale articule de nombreux aspects relatifs au bien-vivre qui sont précisément ceux qui correspondent aux recommandations proposées par la CDSS pour l'amélioration des conditions de vie, par exemple : la santé, l'éducation, la sécurité sociale, la protection de la petite enfance, l'habitat, le travail et l'emploi, entre autres. Nous évoquons ceux-ci parce qu'il est possible que les autres aspects proposés par la CDSS relatifs à la redistribution du pouvoir, qui ne correspondent pas complètement aux modèles, puissent être incorporés dans la planification nationale et mis en œuvre. La mise en œuvre des recommandations de la CDSS qui n'ont pas encore été mises en pratique en Équateur dépendra de leur faisabilité juridique et politique, dont l'analyse incombe aux organismes susmentionnés. Les contraintes pour leur mise en pratique dépassent l'objectif du présent travail, même si nous avons exposé les différences rencontrées. Il existe beaucoup d'autres exemples d'actions mises en œuvre qui pourraient être utilisées pour renforcer la mise en œuvre des recommandations de la CDSS, mais ils n'ont pas été inclus dans cette analyse, car l'objectif du présent travail ne consiste pas en une analyse détaillée de chaque élément.

La mesure des inégalités nous permet de visualiser les conséquences des politiques, comme nous l'avons proposé, les changements et leur portée devaient être quantifiés d'une certaine manière pour qu'il ne s'agisse pas d'une question d'appréciation nettement subjective, mais qu'il y ait un élément qui nous permette de lier les politiques mises en œuvre pour réduire les iniquités à la réduction des inégalités. Bien que l'utilisation d'un indice synthétique ne reflète pas les particularités des groupes les plus défavorisés, il a été utilisé pour fournir un critère concernant les changements d'indicateurs entre les différentes années de la période d'étude. La différence entre les premières et les dernières années reste assez marquée, comme nous pouvons le voir dans les résultats. Les premières années de gouvernement sont présentées, dans leur

ensemble, comme les plus mauvaises. Il est évident qu'à côté de l'augmentation des revenus nationaux et des dépenses de santé, il y a eu aussi des changements dans les indicateurs de santé et du bien-être. Même si, avec l'indice d'inégalité, nous ne pouvons pas savoir quel indicateur apparaît comme étant le plus représentatif, nous savons que les conditions se sont améliorées. Les années intermédiaires de la période d'étude se révèlent comme étant les mieux notées en ce qui concerne la diminution de l'inégalité en matière de santé, car à l'époque, les changements légaux avaient déjà été réalisés et la situation économique était favorable. En accord avec les aspects économiques, sociaux et politiques décrits dans les chapitres précédents, les inégalités remonteraient, d'une certaine manière, à la dernière année d'étude.

La CDSS et le gouvernement de l'Équateur proposent une option, une voie pour parvenir à améliorer la qualité de vie des personnes, mais celle-ci ne se limite pas à assurer l'accès aux services, elle va plus loin en promouvant un développement humain intégral, un développement personnel pour que chaque personne soit capable de prendre soin de sa santé, de promouvoir une vie saine pour elle-même et sa communauté, mais surtout en prenant conscience qu'une participation réelle de la part d'un citoyen informé dans l'exercice du pouvoir reste nécessaire. La connaissance nécessaire pour le changement est disponible depuis longtemps, mais sa mise en œuvre dépendra davantage des tenants du pouvoir politique, de leur volonté et de leurs décisions. Si le modèle se montre injuste, les citoyens doivent posséder les outils nécessaires pour pouvoir visualiser les problèmes qui affligent leur communauté, proposer les changements nécessaires et les exiger. Dans le cas de l'Équateur, figurant encore comme un pays en développement, la proposition serait de se développer le plus rapidement possible sans répéter les problèmes du passé. En d'autres termes, le développement doit être intégral, nous ne pouvons pas sacrifier la société au nom du modèle économique, car on perd souvent de vue l'idée que si l'État et l'économie existent, c'est pour améliorer la qualité de vie des gens, et non pour mettre les êtres humains à la merci des institutions et du capital.

Malheureusement, il existe aujourd'hui des choses communes qui ne devraient pas être considérées comme normales, par exemple : la pauvreté, l'inégalité, le manque d'accès à la santé, le manque d'empathie, l'individualisme démesuré, la destruction de la nature sous prétexte de développement, etc. Ce manque d'humanité nous ronge en tant que société, en tant qu'espèce, et il aura de grandes conséquences si nous n'agissons pas rapidement. Nous pensons qu'il est nécessaire de (re)placer l'être humain au centre du développement, mais sans sacrifier les ressources nécessaires pour les générations à venir. Les réformes sur le plan personnel sont également urgentes, parce que la seule option viable est la reconnaissance de l'autre dans son

individualité comme notre égal, ceci nous permettra d'éviter de répéter les grands maux de l'histoire et de construire un futur pour toutes et tous. La politique, à notre avis, doit être comprise comme cette recherche et cette maximisation du bien commun, du bien-vivre (SK). N'oublions pas : soyons réalistes, exigeons l'impossible.

5.2 Limitations

Il s'agit d'une étude clairement descriptive qui cherche à rapprocher différents concepts et modèles, on ne peut pas soutenir la démonstration des faits d'une manière scientifique, mais elle permet d'orienter des recherches futures à ce sujet.

En ce qui concerne la revue bibliographique, la limitation réside dans le nombre limité de documents qui parlent de politique dans un sens particulier.

Les limites de l'indice d'inégalité sont la qualité des données statistiques qui peuvent fausser les résultats. L'absence d'études similaires a rendu difficile la comparaison des résultats obtenus. De même, comme il s'agissait d'une étude fondée sur les données d'un même pays, cela a réduit le nombre de variables acceptées dans le modèle.

5.3 Conclusions

Les politiques publiques mises en œuvre par le gouvernement équatorien au cours de la période d'étude sont en grande partie conformes aux recommandations proposées par la CDSS de l'OMS.

Les inégalités en matière de santé en Équateur ont diminué au cours de la période d'étude.

Les politiques mises en œuvre en Équateur ont réduit les iniquités et les inégalités en matière de santé.

La cohérence des politiques a été nécessaire pour réduire les iniquités et les inégalités pendant la période d'étude en Équateur.

L'Équateur doit maintenir la cohérence dans la mise en œuvre de ses politiques publiques pour éliminer les inégalités en matière de santé durant une génération, comme le suggère la CDSS.

Les politiques publiques appliquées en Équateur ont permis l'amélioration systématique des conditions de vie et des dynamiques de pouvoir, actions qui sont conformes à la CDSS.

Les politiques mises en œuvre en Équateur pourraient servir de référence pour la poursuite de l'analyse des DSS.

Le bien-vivre équatorien et les recommandations de la CDSS montrent beaucoup de coïncidences.

Les actions sur les DSS ne doivent pas dépendre uniquement des actions de l'État.

La société doit posséder les moyens d'agir sur les DSS et de parvenir à l'équité en matière de santé.

L'application du modèle économique a un impact sur la santé.

Réduire la pauvreté diminue les iniquités et les inégalités en matière de santé et favorise une vie épanouissante.

L'État figure en tant que catalyseur du changement social.

L'Équateur a la possibilité d'orienter les politiques publiques vers l'équité en matière de santé.

5.4 Recommandations

Il est nécessaire de mettre au point et de normaliser les indicateurs relatifs aux DSS.

Il est recommandé d'améliorer la qualité des indicateurs en Équateur.

Il est recommandé d'améliorer les informations disponibles sur les DSS en Équateur.

Il est conseillé d'analyser l'intégration du concept de DSS dans le système national d'inclusion et d'équité sociale.

Il est suggéré d'analyser la possibilité que le ministère de la Santé intervienne davantage dans d'autres ministères.

Il est suggéré d'analyser la faisabilité de l'application des critères d'équité en matière de santé en tant qu'indicateurs de performance du gouvernement.

Il est conseillé de diffuser les DSS aux différents niveaux de gouvernement.

Il est recommandé de diffuser les concepts sur les DSS auprès de plus de citoyens.

Il est suggéré de mettre l'accent sur les DSS dans les futurs plans de développement.

Il est conseillé de promouvoir l'inclusion des DSS dans le débat politique équatorien.

Il est suggéré de compiler les actions mises en œuvre en Équateur sur les DSS et leur analyse correspondante.

Il est recommandé d'analyser la portée des droits de la nature, de l'interculturalité, de la plurinationalité et de la prise en charge des groupes prioritaires par rapport aux DSS et à l'équité sanitaire.

Il est recommandé de mener une étude sur les concordances et les discordances parmi le bien-vivre et le modèle de la détermination sociale de la santé.

Il est suggéré d'étudier plus en détail les conséquences du modèle économique actuel sur les DSS en Équateur.

Des études sont nécessaires pour évaluer les impacts quantitatifs de chaque recommandation proposée par la CDSS.

Il est conseillé d'approfondir les aspects éthiques et idéologiques des responsables politiques.

Il est suggéré d'analyser la faisabilité de l'inclusion du modèle d'équité sanitaire et d'action sur les DSS dans la logique communautaire existante des communautés autochtones.

6. Bibliographie

1. MUKHERJEE J. An introduction to Global Health Delivery: Practice. Equity. Human Rights. New York: Oxford University Press, 2008. pp. 107-128.
2. CARAMÉS GARCIA M. Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. In Fernández G. (coordinateur) Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Ediciones Abya Yala, 2004. pp. 31-52.
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Aide-mémoire 1 : La commission des déterminants sociaux de la santé de quoi s'agit-il, à quoi sert-elle et comment fonctionne-t-elle ?. (S.d.). [Consulté le 10 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_fr.pdf?ua=1
4. MARMOT M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet 2007, 370,1153-1063.
5. WHITEHEAD M., DAHLGREN G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 7.
6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp.178-191.
7. DAHLGREN G., WHITEHEAD M. Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 4.
8. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 42-46.
9. DAHLGREN G., WHITEHEAD M. Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 5.
10. SURI A., WEIGEL J., MESSAC L., THORP M., BASILICO M., HANNA B., KESHAVJEE S., *et all.* Values and global health. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilico M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 245-286.
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. p 109.

12. DAHLGREN G., WHITEHEAD M. Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 94.
13. FOZ I GIL G., GOFIN J., MONTANER GOMIS I. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC): una visión actual. In Zurro M., Cano Pérez J. (Eds.) Atención primaria: Conceptos, organización y practica clínica. 6ed. Vol. 1. Barcelona. Elsevier. 2008. pp. 345-366.
14. ESPEN D., KJETIL VAN DER WEL. Nordic health inequalities: Patterns, trends, and policies. In Smith K., Hill S., Bambra C. (Eds). Health inequalities. Critical perspective. Oxford. Oxford university press. pp. 33-49.
15. ULLOA C. Emergencia de populismo y ruptura de acuerdos políticos. [Version électronique] Revista de Estudios Sociales 2016. [consulté le 24 avril 2020] 56. Disponible à l'adresse: <http://journals.openedition.org/revestudsoc/9825>
16. ROBERT S., BOOSKE B., RIGBY. (2011). US Opinions on Health Determinants and Social Policy as Health Policy. American Journal of Public Health, 101, 1655-1663.
17. PAZ Y MIÑO CEPEDA J. Historia de los impuestos en el Ecuador: visión sobre el régimen impositivo en la historia económica nacional. Quito, SRI-PUCE-THE, 2015. 302 p.
18. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human development indices and indicators: 2018 a statistical update. 2018. Washington DC, 2018. Accessible à l'adresse : http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
19. AMARANTE V., GALVAN M., MANCERO X. (2016). Desigualdad en América latina: una medición global. Revista CEPAL, 118, abril.
20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. p 1.
21. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. (2008). Registro oficial 449 de 20 de octubre de 2008.
22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. Résumé analytique.
23. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Résumé

analytique du rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. p 2.

24. COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta sanitaria. 2012, 26,182-9.
25. REVILLA AHUMADA L., FLEITAS COCHOY L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. In Zurro M., Cano Pérez J. (Eds.) Atención primaria: Conceptos, organización y practica clínica. 6ed. Vol. 1. Barcelona. Elsevier. 2008. pp. 89-106.
26. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 29-34.
27. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 26-28.
28. BASILICO M., KERRY V., MESSAC L., SURI A., WEIGEL J., THORP M., *et all.* A movement for Global Health Equity? A Closing Reflection. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilico M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 340-354.
29. FARMER P., BASILICO M., KERRY V., BALLARD M., BECKER A., BUKHMAM G., *et all.* In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilico M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 302-339.
30. MUKHERJEE J. An introduction to Global Heath Delivery: Practice. Equity. Human Rights. New York: Oxford University Press, 2008. pp. 89-106.
31. BASILICO M., WEIGEL J., MOTGI A., BOR J., KESHAVJEE S. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilico M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 74-110.
32. BARROS P., ALBÁN G. Conocimientos y percepciones de los estudiantes sobre Atención Primaria de la salud en la escuela de Medicina año 2012. [Mémoire de licence en médecine non publié]. Cuenca, Équateur. Universidad de Cuenca ; 2012.
33. DICTIONNAIRE LAROUSSE. Politique. Dictionnaire langue française, 2020. [Consulté le 03 avril 2020]. Disponible sur le site web: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/politique/62192#definition>.
34. SÉGUR P. Le politique. France : Ellipses. 1996. Consulté le 05 avril 2020. Disponible à l'adresse :http://www.cultivateurdeprecedents.org/documents/Definir_le_politique_-_Philippe_Segur.pdf.

35. Dictionnaire Larousse. Cité. Dictionnaire langue française, 2020. [Consulté le 03 avril 2020]. Disponible sur le site web : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cité/16229>.
36. ARNOLETTO E.J. Estado. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. p 31. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
37. Dictionnaire La Langue Française. Public. 2020. Consulté le 29 février 2020. Disponible sur le site web : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-public/>.
38. Dictionnaire Larousse. Cité. Dictionnaire langue française, 2020. [Consulté le 03 avril 2020]. Disponible sur le site web : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/idéologie/41426>.
39. ARNOLETTO E.J. Decisión política. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. p 20. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
40. HANNA B., KLEINMAN A. Unpacking Global Health: Theory and Critique. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilio M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp.15-32.
41. ARNOLETTO E.J. Voluntad política general. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. p 96. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
42. ARNOLETTO E.J. Coherencia política. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. pp. 12-13. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
43. MERRIEN F. (1999). L'état providence, pourquoi ?. Université de Lausanne.
44. MACKENBACH J. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social science & medicine* 75 (2012), 761-769.
45. BOUTAYEB A. (2016). Équité en santé. *Annales des Sciences de la santé*. 1(6),1-4.
46. BOTERO A., VALENCIA M., CARMONA J. (2011). Equidad e igualdad sociales y sanitarias. Necesidad de un marco conceptual científico. *Salud para todos*. 7(1) 1, enero-marzo 2012.
47. DOUMONT D., FEULIEN C. (2010). En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes stratégiques. UCL-RESO, Bruxelles, 2010. [Consulté le 29 février 2020] 20 p. Disponible sur le site web de l'unité RESO de l'UCL : <https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/dossier62.pdf>

48. WHITEHEAD M., DAHLGREN G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 2.
49. WHITEHEAD M., DAHLGREN G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. p 3.
50. KLENMAN A., DAS V., LOCK M. Social Suffering. London: University of California press, 1997. IX.
51. GALTUNG J. (1969). Violence, peace and peace research. Journal of peace research. 6(3). pp. 167-191
52. U.S. National library of Medicine. National center for biotechnology information. (2020). [Consulté le 15 mars 2020]. Disponible sur le site web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
53. ARNOLETTO E.J. Corrupción política. Crisis del desarrollo político. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. pp. 17 - 18. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
54. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 110-119.
55. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. p 11.
56. ATUN R., MONTEIRO DE ANDRADE O., ALMEIDA G., COTLEAR D., DMYTRACZENKO T., FRENZ P. *et all.* (2015). Universal Health coverage in Latin America 1. Health system reform and universal health coverage in Latin America. The lancet, Vol 385, 1230-47.
57. WHITEHEAD M., DAHLGREN G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. pp. 13-21.
58. DAHLGREN G., WHITEHEAD M. Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. pp. 33-53.
59. NAVARRO V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. International Journal of Health services. 37(1), 47-62.
60. REVILLA AHUMADA L., SILES ROMÁN M., LÓPEZ FERNÁNDEZ L. Participación e intervención comunitarias. In Zurro M., Cano Pérez J. (Eds.) Atención

primaria: Conceptos, organización y practica clínica. 6ed. Vol. 1. Barcelona. Elsevier. 2008. pp. 155-169.

61. VÁSQUEZ VILLEGAS J., FERNÁNDEZ GARCÍA M., MARTIN LASO M. Inmigración y atención primaria. In Zurro M., Cano Pérez J. (Eds.) Atención primaria: Conceptos, organización y practica clínica. 6ed. Vol. 1. Barcelona. Elsevier. 2008. pp. 124-154.
62. ARNOLETTO E.J. Poder político. Glosario de conceptos políticos usuales, 2007. Editorial EUMEDNET. p 66. Disponible sur le site web : <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
63. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 20-24.
64. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 120-131.
65. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 94-107.
66. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 84-93.
67. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 72-83.
68. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 60-71.
69. DROBAC P., BASILICO M., MESSAC L., WALTON D., FARMER P. Building an Effective Rural Health Delivery model in Haiti and Rwanda. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilico M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 133-183.
70. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport

final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 132-144.

71. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Rapport sur la santé dans le monde : 1995 : Réduire les écarts. Genève : éditions de l'OMS, 1995. Disponible sur le site web: http://whqlibdoc.who.int/whr/1995/WHR_1995.pdf
72. WORLD BANK. (2018). Poverty and shared Prosperity 2018: Piecing together the poverty puzzle. Washington DC: World Bank. XI
73. MUKHERJEE J. An introduction to Global Health Delivery: Practice. Equity. Human Rights. New York: Oxford University Press, 2008. pp. 67-86.
74. WORLD BANK. (2018). Poverty and shared Prosperity 2018: Piecing together the poverty puzzle. Washington DC: World Bank. p 19.
75. WORLD BANK. (2018). Poverty and shared Prosperity 2018: Piecing together the poverty puzzle. Washington DC: World Bank. p 87.
76. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo. Indicadores de pobreza y Desigualdad, diciembre 2019. [Consulté le 15 mars 2020]. Disponible sur le site web: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/201912_PobrezayDesigualdad.pdf
77. SEN A. Development as freedom. New York: Anchor books, 2000. p 36.
78. SEN A. Development as freedom. New York: Anchor books, 2000. p 74.
79. ARISTOTLE. The Nicomachean Ethics. Translation by David, W. 1980. Oxford University press. Bk. 1, sec 6, p 7.
80. SEN A. Development as freedom. New York: Anchor books, 2000. p 46.
81. SEN A. Development as freedom. New York: Anchor books, 2000. p 92.
82. WATKINS K. (2000). Growth with equity is good for the poor. Oxford, Oxfam, 2000. [Consulté le 15 mars 2020]. Disponible sur le site web : <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/114035/bp-growth-with-equity-is-good-for-the-poor-270600-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
83. NUSSBAUM M. (1992). Human functioning and social justice. In defense of Aristotelian Essentialism. Political theory, 20(2), 202-246.
84. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. p 12.

85. PALME J (2004). EU, skatterna och socialförsäkringarna [European Union, taxes and social welfare systems]. In: Gustavson S, Oxelhielm L, Wahl N, eds. EU skatterna och välfärden. [European Union, taxes and welfare]. Stockholm, Santeus Förlag (in Swedish).
86. SEN A. Economic progress and health. In Leon D.A., Walt G. Poverty inequality and health: an international perspective. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp. 333-345.
87. ATINC T., BANERJEE A., FERREIRA F., LANJOUW P., MENENDEZ M., OZLER BERK., *et all.* 2005. World development report 2006: equity and development. World development report. Washington D.C, World Bank Group. Disponible sur le site web <http://documents.worldbank.org/curated/en/435331468127174418/World-development-report-2006-equity-and-development>
88. BECKER A., MOTGI A., WEIGEL J., RAVIOLA G., KESHAVJEE S., KLEINMAN A. The Unique Challenges of Mental Health and MDRTB: Critical Perspectives on Metrics of Disease. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilio M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 212-244.
89. PRABHU K., MESSAC L. Redefining the Possible: The Global AIDS Response. In Farmer P., Yong J., Kleinman A., Basilio M. Reimagining Global Health: an introduction. London: University of California Press. 2013. pp. 111-132.
90. INSTITUTO OCEANOGRÁFICO DE LA ARMADA [INOCAR]. (2012). Información general de la Republica del Ecuador. Fuerzas armadas.
91. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Estimaciones de proyecciones de población. 2010 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
92. VILLACÍS B., CARRILLO D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Quito, Revista Analitika, 2012 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>
93. RIVERA S., ANDRADE A. Informe mortalidad en la maternidad. Quito, Ministerio de salud publica, 2014.
94. WORLD BANK. Ecuador. The world bank group. 2020 [consulté le 20 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://datos.bancomundial.org/pais/ecuador>.
95. NOBOA H. Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada crítica. Quito: Arcoíris producción gráfica, 2019. 80 p.
96. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA [MSP]. MSP Conmemora el día del médico ecuatoriano, reconocido actor de la transformación de la salud. 2014 [consulté le 17

mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-del-medico-ecuatoriano-reconocido-actor-de-la-transformacion-de-la-salud/>.

97. MINISTERIO DEL TRABAJO [MDT]. Acuerdo ministerial MDT – 201603000. 2016 [consulté le 15 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/01/AM-SBU-MDT-2016-0300.pdf>
98. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Estadísticas vitales: Registro estadístico defunciones generales 2017. 2018 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Metodologia_EDG_2017.pdf
99. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Boletín técnico # 01-2017-RAS. Registro estadístico de recursos y actividades de salud: RAS – 2017: Estadísticas vitales y de salud. 2018 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2017/Boletin_Tecnico_%28RAS%29.pdf
100. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA [MSP]. Brecha de camas Ecuador 2011 – 2016. 2016 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Brecha-Camas-2011-2016.pdf>
101. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Salud en las América+ : Ecuador. 2020 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=ecuador&lang=es. Consulté le 26/08/2019.
102. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Salud en las América+. Resumen: panorama regional y perfiles de país. OPS. Washington D.C, OPS, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
103. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE [UNESCO]. Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2019. Migration, déplacement et éducation. Bâtir des ponts, pas de murs. Paris: éditions UNESCO. p 182.
104. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL]. Panorama social de América latina. 2019. Santiago: Naciones Unidas Santiago, 2016. p 100.
105. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007 – 2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. p 305.

106. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo / plan nacional para el buen vivir 2013 – 2017. Quito, 2013. p 15.
107. SERVICIO DE RENTAS INTERNAS [SRI]. Cumplimiento de la meta de recaudación del servicio de rentas internas. 2007 [consulté le 15 avril 2020] Disponible à l'adresse: <https://www.sri.gob.ec/web/guest/estadisticas-generales-de-recaudacion-sri>.
108. SERVICIO DE RENTAS INTERNAS [SRI]. Cumplimiento de la meta de recaudación del servicio de rentas internas. 2017 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible sur le site web : <https://www.sri.gob.ec/web/guest/estadisticas-generales-de-recaudacion-sri>.
109. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo. Indicadores laborales: diciembre 2017. [Consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2017/Diciembre/122017_M.Laboral.pdf
110. ATUESTA B., CUEVA F., ZAMBONINO D. (2015). ¿Qué impulsó la reducción de la pobreza y la desigualdad en Ecuador en la década pasada? In Molina A., Rosero J., León M., Castillo R., Jácome F., Rojas D., *et all*. Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006 – 2014. Quito, 2015. pp. 210-259.
111. JIMENEZ W., GRANDA M., AVILA D., CRUZ L., FLORES J., MEJIA L., et VARGAS, D. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Rev.Univ. Salud 2017,19(1), 126-139.
112. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE [UNESCO]. Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2019. Migration, déplacement et éducation. Bâtir des ponts, pas de murs. Paris: éditions UNESCO. pp. 270-340.
113. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Compendio de resultados. Encuesta condiciones de vida ECV. Sexta ronda 2015. [Consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf
114. PONCE J., CARRASCO F., (2017). Acceso y equidad a la educación superior y posgrado en el Ecuador, un enfoque descriptivo. Mundos plurales - Revista latinoamericana de políticas y acción Pública. 3,(2), 9-22.
115. CONGRESO CONSTITUYENTE. (1830). Constitución del Estado del Ecuador. Riobamba. [Consulté le 17 avril 2020]. Disponible sur la web: https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1830.pdf.

116. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007 – 2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 15-45.
117. AYALA E. Resumen de la historia de Ecuador. Quito: Corporación editorial nacional, 2008. 58 p. Disponible à l'adresse: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/836/1/AYALAE-CON0001-RESUMEN.pdf;resumen>
118. CONGRESO NACIONAL. Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. Registro Oficial No. 523 de 9 de septiembre de 1994. [Consulté le 23 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1729/LEY%20DE%20MATERNIDAD%20GRATUITA%20Y%20ATENCIÓN%20A%20LA%20INFANCIA.pdf>.
119. HERMIDA C. (2011). Sumak Kawsay: Ecuador builds a new health paradigm. MEDICC review. Jul, 13(3), 60.
120. MALO M., MALO N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: Nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 31(4), 754-61.
121. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Documents fondamentaux. 48ème éd. Genève, éditions de l'OMS, 2014. p 1.
122. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA [MSP]. Manual del modelo de atención integral de salud – MAIS. Quito, MSP, 2012. pp. 39-48.
123. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INEC]. Registro estadístico de recursos y actividades de salud. 2018 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf
124. GAVILANES M. Estado y ONG en Ecuador durante el periodo 2007 – 2014 [Mémoire de master en relations internationales non publié]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2017.
125. PÉREZ D. Disciplina y control, manejo del tiempo comunitario. [Mémoire de diplôme en études Equatoriens non publié]. Quito: FLACSO sede Ecuador; 2000.
126. ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. Ley orgánica de participación ciudadana. Registro Oficial Suplemento 22 de 9 septiembre de 2009. [Consulté le 23 avril 2020]. Disponible à l'adresse: <http://www.cpccs.gob.ec/wp-content/uploads/2018/04/Ley-OrgCPCCS.pdf>.
127. LÓPEZ PARDO M. (2006). La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. Revista cubana de salud pública, 33(1).

128. HERVADA X., SANTIAGO MI., VASQUEZ E., CASTILLO C., LOYOLA E., SILVA LC. (2005). Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados [EPIDAT], version 3,1. Direccion Xeral De Saude Pública. Xunta de Galicia. Organización panamericana de la salud.
129. CARDONA D., ACOSTA L., BERTONE C. (2012). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe 2005 - 2010. Gaceta sanitaria, 27(4), 292-297.
130. FRANCO A., PALMA M., ÁLVAREZ C. (2006). Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. Rev. Panamericana Salud Publica, 19, 291-9.
131. OCDE. Espérance de vie à la naissance [indicateur]. 2020 [consulté le 12 mai 2020] disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-la-naissance.htm>
132. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Statistiques sanitaires mondiales 2005. Genève : éditions de l'OMS, 2005. pp. 61-74.
133. OCDE. Taux de vaccination des enfants [indicateur]. 2020 [consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthcare/taux-de-vaccination-des-enfants.htm>
134. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Statistiques sanitaires mondiales 2005. Genève : éditions de l'OMS, 2005. pp. 75-84.
135. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Statistiques sanitaires mondiales 2005. Genève : éditions de l'OMS, 2005. pp. 85-90.
136. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Statistiques sanitaires mondiales 2005. Genève : éditions de l'OMS, 2005. pp. 91-96.
137. OCDE. Dépenses de santé [indicateur]. 2020 [consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>
138. BELLU L., LIBERATI P. Analyse d'inégalité : L'indice de Gini. FAO, 2006 [consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/3/a-am352f.pdf>
139. OCDE. Taux de fécondité [indicateur]. 2020 [consulté le 13 mai 2020]. Disponible à l'adresse. <https://data.oecd.org/fr/pop/population.htm>
140. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE [UNESCO]. Alphabétisme. 2020 [consulté le 5 mai 2020]. Disponible à l'adresse: <http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/taux-dalphabetisme-des-adultes>.
141. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE [UNESCO]. PIB par habitant. 2020 [consulté le 5 mai 2020]. Disponible à l'adresse: <http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/pib-par-habitant>.

142. OCDE. Taux de pauvreté (indicateur). 2020 [consulté le 13 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/inequality/taux-de-pauvrete.htm>
143. WORLD BANK. (2018). Poverty and shared Prosperity 2018: Piecing together the poverty puzzle. Washington DC: World Bank. p 81.
144. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : éditions de l'OMS, 2008. pp. 201-206.
145. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 85-107.
146. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 137-160.
147. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 161-188.
148. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 111-134.
149. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 159-180.
150. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 108-128.
151. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 283-302.
152. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 338-363.
153. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 189-216.
154. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 353-370.

155. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 129-162.
156. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 285-296.
157. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 135-158.
158. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 248-260.
159. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 181-198.
160. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 199-220.
161. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 247-272.
162. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 291-312.
163. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 163-196.
164. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 217-242.
165. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 221-246.
166. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 243-270.

167. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 228-247.
168. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 271-284.
169. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 315-328.
170. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 273-290.
171. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 313-332.
172. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 329-352.
173. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 297-302.
174. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 85-110.
175. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 17-26.
176. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 31-40.
177. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. P 197-227.
178. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 41-60.

179. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo: plan nacional para el buen vivir 2013-2017. Quito, 2013. pp. 333-352.
180. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan nacional de desarrollo 2007-2010. Planificación para la revolución ciudadana. Quito, 2007. pp. 261-271.
181. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, 2009. pp. 303-314.
182. SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO [SENPLADES]. Informe a la nación 2007-2017. Quito, 2017. pp.19-52.

