

XXVIII Congrès de l'Association latino-américaine d'analyse dans les Systèmes de Santé

7, 8 et 9 septembre Liège, Belgique

Droit à la protection de la santé dans une colonie indigène mexicaine. Défis pour son applicabilité

Oliva López Arellano et Sergio López Moreno
Doctorat en Sciences de la Santé Collective
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco,
México

Introduction

- La santé est un bien public qui doit être protégé par l'État
- C'est un droit fondamental pour les personnes et c'est aussi un moyen pour la réalisation d'autres biens sociaux.
- Au Mexique, le droit à la santé est réduit au Droit à la Protection de la Santé, ce qui limite sa portée et ses objectifs, restreignant l'accès aux modalités des services d'attention médico-sanitaire.
- Cette situation est aggravée par la réforme néolibérale de la santé, qui favorise une assurance médicale «universelle» avec un ensemble d'interventions de base.
- La violation du droit à la santé affecte plus fortement des groupes spécifiques parmi lesquels les autochtones se distinguent.

La réforme constitutionnelle des droits de l'Homme de juin 2011

Reconnaît le même niveau de hiérarchie dans les traités internationaux et à la Constitution politique et incorpore le principe pro homine.

- Le droit à la santé comprend le respect, la promotion, la protection et la garantie dans deux domaines: Les déterminants sociaux de la santé et le système de santé.
- L'observation de leur conformité les oblige à tenir compte des indicateurs de conditions de vie et des indicateurs du système de santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services de santé, non-discrimination et traitement égal).

OBJECTIF

Identifier dans une communauté indigène les déterminants sociaux, les principaux problèmes de santé et les caractéristiques des services publics par lesquels l'État mexicain garantit le droit à la protection de la santé.

MÉTHODE

- Composantes du droit à la santé et contenus spécifiques pour la protection des populations indigènes .
- Recherche des indicateurs sociaux et de santé.
- Entretiens avec les informateurs clés et les autorités communautaires.
- Groupes de discussion et observation sur le terrain.
- Reconstruction des conditions de vie et problèmes de santé majeurs.
- Caractérisation des services de santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité, non-discrimination et traitement égal).

.

Conditions de vie

- Communauté indigène Mixe (Oaxaca, Mexico) avec moins de 2000 habitants, 70% dans conditions de pauvreté avec des déficiences dans le logement et les infrastructures sanitaires.
- Informations :
- 2 personnes sur 10 de plus de 15 ans sont analphabètes
- 7 personnes sur 10 ont une éducation de base incomplète
- 3 personnes sur 10 n'ont pas le droit d'accès aux services de santé.
- 2 logements sur 10 sont construits avec des matériaux traditionnels comme la paume et le bois.
- 3 logements sur 10 n'ont pas d'eau courante à l'intérieur de la maison.
- 3 logements sur 10 n'ont pas de drainage
- 3 maisons sur 10 n'ont pas de réfrigérateur

Problèmes de santé

- Prévalence des maladies chroniques dégénératives (diabète et hypertension)
- Persistance des maladies infectieuses (diarrhée et infections respiratoires aiguës)
- Malnutrition infantile
- Violence contre les femmes et difficultés dans les soins à l'accouchement dans la communauté.
- Les principales causes de mortalité au cours de la période 2010-2014: diabète, maladies hypertensives, maladie cardiaque ischémique, accidents de la circulation automobile, maladies cérébrovasculaires et homicides.

Protection de la santé

La communauté dispose d'un centre de santé pour les soins de premier niveau qui appartiennent aux services de santé d'Oaxaca.

L'hôpital de référence le plus proche pour les soins de deuxième niveau est situé dans un milieu urbain situé à 45 minutes en route de terre.

Le centre de santé a été rénové en 2015

L'unité remodelée ne se conforme pas à la réglementation (distribution des cliniques, salle d'attente, zone de médecine préventive, salle d'expulsion et système d'élimination des excréments et citerne)

Le remodelage n'a pas incorporé les besoins exprimés par la communauté: des zones dédiés aux accouchement et aux soins d'urgence

- Insuffisance de médicaments, de matériel et d'équipement pour la surveillance, le traitement et le contrôle de pathologie chronique répandue (par exemple diabète et hypertension artérielle) et le manque de médication contraceptives.
- Insuffisance culturelle et manque d'interprètes – traducteurs
- Obstacles à la prise en charge (heures restreintes, nombre insuffisant de consultations, refus, limitation à 18-20 jetons pour les consultations par jour, sans prise en charge le week-end).
- Faible capacité des unités à résoudre les problèmes (ambulatoire et hospitalier)
- Référence à l'hôpital pour soins à l'accouchement qui affecte la citoyenneté culturelle et génère des dépenses excessives pour les personnes de la communauté
- Pas de travail extramuros et accroissement de la maltraitance envers le personnel qui est attaché en permanence à l'unité de santé.

300 familles inscrites au programme PROSPERA*

- Programme axé sur la population en situation de pauvreté
- Instrument de contrôle institutionnel qui conditionne le soutien à la participation obligatoire au centre de santé, (concentre le pouvoir dans le personnel médical, le manque d'assistance met en péril le soutien monétaire. Les fautes sont traitées de manière discrétionnaire comme sanction)
- Il enfreint la pertinence culturelle, impose le temps et le déplacement et ne considère pas les engagements de la communauté et/ou conditions de handicap (personnes âgées, handicapées, malades).
- Exigences «croisées» qui augmentent les procédures bureaucratiques et les exigences hors du cadre.

Exécution politique

- La communauté demande que le personnel du centre de santé soit présent à l'assemblée de la communauté
- Des informations sont demandées sur les responsabilités et les obligations du personnel
- Cela exige l'écoute et la participation aux décisions qui les concernent
- Par leurs autorités, ils demandent à l'unité de santé et à la juridiction de la santé de répondre à leurs demandes.
- La situation de conflit entre l'établissement de santé et la communauté est exacerbée.
- La juridiction sanitaire gère le personnel. Toutes les activités de santé sont suspendues, y compris les soins prénataux, les soins maternels et infantiles et la vaccination.

Exigences légales

- Communauté organisée et cohésive, avec des liens vers des organisations civiles qui défendent les droits de l'homme
- La justiciabilité du droit à la protection de la santé est actuellement traitée par un procès amparo déposé par les autorités communautaires avec l'établissement de santé, le gouvernement de l'État et le gouvernement fédéral.
- Dans les mots de la population:
- ***"Nous avons commencé à comprendre les choses, avant que nous soyons [les yeux bandés], ce bandage est déjà tombé".***
- ***"L'Assemblée communale a décidé de renvoyer le personnel [qui a travaillé dans le centre de santé], pour le ridicule, les mauvais traitements et les réprimander... les gens ne souffrent plus et exigent leur droit".***

Conclusions

- Les conditions de pauvreté et de vie précaire sont configurées comme des déterminants sociaux qui violent le droit à la santé.
- L'unité de soins ne garantit pas la protection de la santé et ne répond pas aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité. Il n'y a pas d'adéquation culturelle, le personnel est discriminatoire et ne traite pas bien les utilisateurs.
- Des violations diverses du droit à la protection de la santé ont été documentées, une relation profondément asymétrique et conflictuelle entre l'établissement de santé et la communauté.
- Les mécanismes de force exécutoire développés par la communauté elle-même ont été identifiés.
- On a vérifié l'inexistence de façons institutionnelles explicites de dénoncer, de rendre exécutoire et justiciable le droit à la protection de la santé.