

Rapport

Mission Internationale d'Enquête

El Salvador

Violations flagrantes du droit à la santé La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

I. Introduction	3
1. Présentation de la mission	3
2. Présentation du Salvador	4
II. La Santé au Salvador : un aperçu général	6
1. Cadre juridique	6
2. L'organisation du système de santé salvadorien	6
3. Ressources du secteur santé	7
4. Indicateurs de la situation sanitaire	11
III. Situation du droit à la Santé au Salvador : constatations de la mission	13
1. Obligations générales	13
2. Obligations minimales de l'Etat salvadorien.....	33
3. Obligations prioritaires définies par le CODESOC.....	35
IV. Le processus de privatisation	37
1. Libéralisation du commerce des services.....	37
2. Le rôle de la Banque Mondiale et de la BID.....	37
3. Etapes de la privatisation	38
4. L'importance du secteur privé.....	39
5. Une privatisation détournée ?.....	40
6. La criminalisation des conflits sociaux.....	40
V. Conclusions et recommandations	42

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

I. Introduction

1. Présentation de la mission

a) Les raisons de la mission

Une mission conjointe de la FIDH et de Médecins du Monde France, représentée par le Dr Silvia Quadrelli, ex-présidente de Médecins du Monde Argentine et Janette Habel, universitaire, s'est rendue au Salvador du 3 juillet au 12 juillet 2003 afin d'étudier les conditions dans lesquelles les Salvadoriens ont accès aux soins de santé et donc d'évaluer la façon dont le Salvador s'acquitte de ses obligations Internationales en matière de droit à la Santé, au titre des différentes conventions internationales qu'il a ratifiées.

Il y a onze ans la signature d'accords de paix mettait fin à la longue guerre civile qui sévissait au Salvador. Ces accords avaient suscité dans la population de très grands espoirs de changements. Aujourd'hui force est de constater que les accords de paix¹ se sont réduits à mettre fin à la guerre civile. C'est à la fois beaucoup et peu par rapport aux propositions initiales qui devaient non seulement mettre fin au conflit armé mais aussi garantir le respect sans restriction des droits humains. Or pour la majorité de la population, ni la justice sociale et économique, ni le respect des droits humains, ni la sécurité publique ne sont assurés. Au contraire l'écart entre le groupe restreint disposant de revenus importants et la majorité des plus pauvres ne fait que s'accroître. Dans la pratique, pour la plus grande partie des Salvadoriens la signature des accords ne s'est pas traduite par une amélioration des conditions de vie ; il y a davantage de chômage, davantage de pauvreté, la vie est plus chère, il y a plus de violence sociale et de crimes.

Alors que le pays a été ravagé successivement par l'ouragan Mitch puis par deux tremblements de terre en 2001 qui ont provoqué des pertes catastrophiques, la mission s'est effectuée à un moment particulièrement important. En effet la mission est arrivée après un conflit social qui a duré 9 mois, ayant impliqué la majorité des acteurs concernés et bénéficié d'un appui massif de la population dans la lutte contre la privatisation du système de santé caractérisé par une extrême précarité.

b) Activités réalisées et personnes rencontrées pendant la mission

La mission a rencontré des responsables d'associations, de syndicats, d'ONG, d'organisations professionnelles de

médecins, des représentants officiels du Ministère de la Santé, de Mme le Procureur pour la défense des droits de l'Homme, des députés membres de la Commission Santé de l'Assemblée Nationale. Nous avons visité l'hôpital public Rosales, où nous avons interviewé des patients en attente de consultations. Nous avons pu assister à l'assemblée des médecins de l'AMESAL dans le même hôpital. Nous avons également visité des centres de santé situés dans les communautés de Llano Verde, Valle Dorado, Villa Zu-tchi.

Liste des personnes rencontrées

Felipe Hernandez, Secrétaire à l'organisation du STISS (Syndicat de Travailleurs de l'Institut de Sécurité Sociale).

Herbert Guzman, Chargé des Affaires sociales et Conseiller du Conseil de Direction du Collège des Médecins.

Nora Hernandez, Association "Las Dignas" (Association de femmes pour la dignité et la vie).

Hôpital Rosales, Association médicale du Salvador (AMESAL).

Dr Alcides Gomez, Président de l'Association Médicale Nationale (AMENA).

Alvaro Ernesto Mejia, Ministère du Travail, Responsable du Département de Sécurité et d'Hygiène du Travail.

ANDES Association nationale des enseignants du Salvador.

Maria Rudecinda Orellana, Comité Chrétien pour les déplacées du Salvador (CRIPDES). Fondé après les Accords de paix pour aider les déplacés et les exilés à revenir au pays, aujourd'hui il s'est transformé en l'Association de Communautés Rurales pour le développement du Salvador.

Doctora Zoila Beatriz Quijada Solis et Jorge Escobar Rosa, députés du FMLN.

Miguel F. Bennett Escobar député du Parti de Conciliation Nationale (PCN) et membres de la Commission Santé Publique du Parlement Salvadorien.

Doctora Ilsy Quinones. Maison de Santé. Visite des Communautés Llano Verde, Valle Dorado, Villa Zu-tchi (construite avec l'aide de Taïwan).

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Maria Julia Hernandez, Directrice de la Tutelle Légale de l'archevêché.

Margarita Posada, Association de promoteurs communaux du Salvador (APROCSAL).

Tomas Chavez, Médecins pour le Droit à la Santé.

Doctor Urbina, Ministère de la Santé. Direction de la Santé.

Doctor Ricardo, A.Navarro Centre salvadorien de technologie approprié- FOE.

Béatrice Alamanni de Carrillo, Procureur pour la défense des droits humains.

La mission remercie la Commission des Droits de l'Homme du Salvador pour tous les efforts réalisés pour mener à bien cette mission.

2. Présentation du Salvador

a) Contexte politique

La guerre civile qui a affecté le Salvador pendant plus d'une décennie - de même que les autres pays de la région centraméricaine- a appauvri le pays qui est sorti exsangue de la guerre.

Le Salvador est le plus petit pays d'Amérique centrale : surnommé le "petit poucet " (el pulgarcito) c'est un pays surpeuplé, 6.500.000 habitants vivent sur une superficie de 21 040 km². 60% de la population a moins de trente ans. Selon le rapporteur du Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour l'Amérique centrale, 21,4% de la population (soit 1.393.214) survit dans l'extrême pauvreté avec moins d'un dollar par jour.

Depuis la fin de la guerre civile (1979-1992) et la signature des Accords de paix en 1992, deux partis dominent la vie politique et s'affrontent dans la perspective de l'élection présidentielle de mars 2004 : l'Alliance républicaine nationaliste (ARENA) le parti extrémiste fondé en 1980 par Robert d'Aubuisson et le Front Farabundo Marti de libération nationale (FMLN), ancien front des organisations de guérillas transformé en parti politique depuis la fin de la guerre. Le FMLN a gagné la mairie de San Salvador et battu l'ARENA aux élections législatives. L'issue de l'élection présidentielle en mars 2004 s'annonce serrée et le score des partis de droite ou du centre (PCN, PDC, CDU) pèsera sur le résultat final. La

victoire électorale du FMLN à l'élection présidentielle représenterait un tournant politique majeur.

La bipolarisation politique est accentuée par de fortes mobilisations sociales en opposition aux privatisations. Si celles des Télécommunications et de l'énergie électrique sont achevées, le projet de privatisation de l'Institut salvadorien de sécurité sociale (ISSS) est à l'origine des grèves prolongées de ce secteur. Le président en exercice Francisco Flores et son parti l'ARENA ont été affaiblis par le conflit. La victoire électorale du Front n'est cependant pas acquise car la personnalité du candidat du Front Schafik Handal, secrétaire du Parti communiste clandestin pendant les années de guerre, est controversée. En effet les mouvements sociaux salvadoriens reprochent au Parti communiste d'avoir rejoint la guérilla in extremis pendant la guerre, et le Front lui-même - dont l'appareil est aujourd'hui contrôlé par le PC- est divisé entre les "rénovateurs" dont le candidat est Oscar Ortiz et les "orthodoxes" qui appuient S. Handal. Certains médias cherchent à créer un climat d'instabilité politique en suggérant que les positions de S. Handal pourraient mettre en danger la stabilité économique et politique du Salvador et qu'il serait souhaitable que l'opposition consolide la transition institutionnelle en présentant un candidat plus modéré. Ceci afin d'éviter une crise semblable à l'Argentine et de ne pas provoquer un conflit ouvert avec le gouvernement des Etats Unis. Alors que l'administration américaine cherche à internationaliser la présence militaire en Irak, le Salvador a décidé - après plusieurs incidents au Parlement- d'envoyer un bataillon de 700 soldats salvadoriens sur place. Le FMLN s'y est opposé.

b) Contexte économique et social

L'adoption du dollar comme nouvelle monnaie a eu lieu le 1er janvier 2001. Cette dollarisation partielle - le colon ayant toujours cours en théorie- a été bien accueillie par Washington et par les créanciers du pays. D'autant plus que le gouvernement salvadorien respecte les règles du jeu de la mondialisation néo-libérale en supprimant le contrôle des mouvements de capitaux et en refusant d'annuler la dette. Le président Francisco Flores a été l'hôte privilégié des pays du G-8 lors du sommet de Gênes en juillet 2001. Mais cette dollarisation n'a fait qu'accentuer les répercussions des difficultés de l'économie nord-américaine sur l'économie salvadorienne.

Le pays est toujours en proie à la misère. Le sous-emploi et le chômage ont favorisé la croissance d'un important secteur informel. Et la faiblesse du tissu industriel hérité de l'époque

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

coloniale n'est pas compensée par les nombreuses "maquiladoras" installées au Salvador et concentrées dans l'industrie du textile.

Le renouvellement par le gouvernement américain du Statut de protection temporaire (TPS en anglais) pour 18 mois permet à plus de 285 000 salvadoriens de bénéficier de la résidence aux Etats Unis, autrement dit de permis de travail temporaires. Cette mesure a été concédée par Washington après les tremblements de terre qui ont dévasté le Salvador en 2001. D'après l'Ambassadeur salvadorien aux Etats-Unis, 39% des transferts de devises (*remesas*) effectués par les Salvadoriens vivant aux Etats-Unis proviendraient des bénéficiaires du TPS. L'importance des remesas est croissante : elles représentent 13,5% du PIB du pays, 64,7% de la valeur totale des exportations, 37,3% des importations, ce qui couvre pratiquement le déficit de la balance commerciale (La Prensa Gráfica 11 /7 /2003). Il faut souligner à ce propos le rôle et l'influence du Caucus Hispano qui regroupe les 20 parlementaires du Parti Démocrate au Congrès américain et qui ont aidé à proroger ce dispositif.

La chute de la production du café a provoqué une augmentation dramatique du chômage en particulier dans les plantations de café des départements de Sonsonate et Ahuachapàn. De nombreuses institutions parmi lesquelles le PAM (Programme alimentaire mondial), le Secrétariat National à la famille (SNF), le Catholic Relief Services (CRS) ont constaté la dénutrition qui affecte dans ces régions les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et celles qui allaitent. Une étude réalisée par plusieurs ONG au début de l'année 2003 dans les régions cafétières de Ahuachapàn et de Sonsonate révèle que presque un enfant sur deux souffre de dénutrition chronique. Sur un millier d'enfants observés dans les municipalités de Tacuba, Ataco et Apaneca 52% présentent un retard de poids et de taille. Certains enfants présentent des séquelles irréversibles comme la diminution de leur Q.I., signale le représentant de la Fondation Maquilishuat, organisation qui avec Oxfam-Grande Bretagne et Oxfam-Amérique a réalisé les enquêtes sur la malnutrition infantile. La dénutrition aigüe ou grave est estimée à 14% dans les départements mentionnés (El Diario de Hoy, 17/07/2003).

C'est dans ce contexte que la délinquance sociale et la violence se sont accrues comme le constate le rapport de l'OMS en 2002. Le manque de ressources conduit à une

insécurité sociale grave car les mineurs et les adultes cherchent à survivre par tous les moyens.

Comme dans toute l'Amérique latine, les richesses sont très inégalement réparties au Salvador ; les disparités économiques et sociales s'aggravent et l'augmentation de la criminalité est alarmante. La fin de la guerre n'a pas atténué les tensions sociales et n'a pas amélioré le sort des Salvadoriens. Dans ce pays surpeuplé, les bidonvilles se sont développés dans les périphéries urbaines où l'insalubrité règne. Dans le rapport sur le Développement humain en 2003 présenté au Salvador par le coordinateur du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en Amérique centrale, le Salvador occupe la 105ème position sur 175 pays, une position en recul par rapport à l'année précédant. Le rapporteur William Pleitez n'a pas manqué de souligner que " le Salvador est l'un des 4 pays d'Amérique latine qui investit le moins dans la santé et l'éducation ce qui a des répercussions sur la stabilité économique " (La Prensa Gráfica 9/7/2003). Selon un médecin du Collège de Médecins, la formation de certains spécialistes se fait à Cuba ; des médecins cubains ont participé à la lutte contre la dengue.

Outre la gravité des problèmes sociaux qui l'affectent, le pays a été ravagé par deux tremblements de terre en janvier et février 2001. Des plantations de café ont été dévastées, de nombreuses infrastructures ont été détruites ainsi que les quartiers les plus pauvres de la capitale. Un millier de morts, 2000 disparus, près de 1.300 000 sinistrés soit environ 20% de la population, des dégâts matériels évalués à 1,6 milliard de dollars se sont ajoutés aux dégâts causés par le cyclone Mitch d'octobre 1998 qui avait déjà détruit une partie des cultures et affecté gravement les activités d'élevage. La population rurale est la plus affectée par la dénutrition, en particulier chez les enfants en bas âge. Pour le directeur exécutif de la Croix Rouge Suisse, la faim dont souffre une partie de la population est la conséquence du néolibéralisme impulsé dans le pays. (Co Latino 16 /7/ 2003,). Les politiques économiques libérales ont engendré des tensions qui déstabilisent les processus de démocratisation engagés dans les années 1990. Le discrédit frappe les élites politiques comme en témoigne l'importance des abstentions lors des consultations électorales.

1. CIDAI Centre d'information, de documentation et d'appui à la recherche, relevant de l'UCA -Université centraméricaine tenue par les jésuites, janvier 2002.

II. Le droit à la Santé au Salvador : un aperçu général

1. Cadre juridique

a) International

De nombreux instruments de droit international reconnaissent le droit de l'être humain à la santé. Le paragraphe 1 de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que *"toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires"*.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ratifié par El Salvador le 29 février 1980 contient l'article le plus exhaustif du droit international des droits de l'homme en matière de droit à la santé. En vertu du paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte, les Etats parties reconnaissent *"le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre"*.

b) Régional

Concernant les mécanismes de protection régionaux, le droit à la santé est protégé par le Pacte de San Salvador, additionné à la Convention américaine relative aux Droits de l'Homme en novembre 1988.

D'après l'article 10 de ce pacte *"toute personne a droit à la santé, comprise comme la jouissance du plus haut niveau de bien être physique, mental et social. Avec la finalité de mettre en œuvre ce droit à la santé, les Etats parties s'engagent à reconnaître la santé comme un bien public..."*.

D'après l'article 1, les Etats membres de ce Pacte *"s'engagent à mettre en œuvre les mesures nécessaires dans l'ordre interne et dans sa coopération avec d'autres Etats, notamment en matière économique et technique, jusqu'au maximum des ressources disponibles et en prenant en compte leur degré de développement avec l'objectif d'atteindre progressivement, et en conformité avec la législation interne, l'effectivité pleine des droits reconnus dans ce Pacte"*.

c) National

Le droit à la santé est amplement reconnu par la Constitution de la République du Salvador. En effet, d'après son article 65 C :

"La santé des habitants de la République constitue un bien public. L'Etat et les personnes sont tenus de veiller à son maintien et à son rétablissement. L'Etat fixera la politique de santé nationale dont il contrôlera et supervisera la mise en œuvre."

En son article 66, elle complète très précisément : *"L'Etat offrira une assistance gratuite aux malades sans ressources et aux habitants en général dès lors que le traitement peut constituer un moyen efficace pour empêcher la propagation d'une maladie transmissible. Le cas échéant, tout un chacun sera obligé de suivre le traitement en question."*

2. L'organisation du système de santé

Le système de santé du Salvador peut être considéré comme un système fragmenté, composé de plusieurs systèmes superposés relevant d'autorités différentes. Il se caractérise par l'absence de politiques globales de gestion administrative et de stratégies sanitaires communes.

La majorité de la population (près de 80% de la population totale du pays) n'a d'autre couverture que les prestations du Ministère de la Santé de la Nation. Ce dernier dispose d'un réseau de services à l'échelon national qui est passé de 427 établissements en 1996 à 610 en 2000. Le MSPAS² compte 30 hôpitaux, 4,677 lits d'hôpital, 357 Unidades de Salud³, 171 Casas de Salud⁴, 52 centres ruraux de nutrition et une clinique pour employés. Il y a trois niveaux de prise en charge qui sont, par ordre croissant de complexité : a) un premier niveau axé sur la prévention et les services de faible complexité : centres ruraux de nutrition, Casas de Salud et Unidades de Salud b) un deuxième niveau avec des programmes de prévention et d'hospitalisation (hôpitaux nationaux périphériques et hôpitaux généraux centraux) c) un troisième niveau pour les services curatifs spécialisés et d'hospitalisation (hôpitaux spécialisés).

Les travailleurs exerçant dans le cadre légal versent leur cotisation à la Sécurité Sociale ce qui leur garantit (à eux-mêmes ainsi qu'aux autres bénéficiaires) la prestation de soins et la délivrance de médicaments essentiels de base, gratuitement. Le Seguro de Salud⁵ ne concerne que 17 % de la population du Salvador.

L'ISSS (Institut Salvadorien de Sécurité Sociale) fonctionne comme une entité autonome et communique avec les pouvoirs publics par le biais du Ministère du Travail et de la Prévoyance

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Sociale. Il ne fait pas intervenir les travailleurs dans les missions de gestion, de contrôle financier ou d'évaluation des résultats. Le système dispose d'une structure de fonctionnement bien à lui : il a ses propres hôpitaux et centres de santé, à l'exception des régions reculées où il fait appel aux services du Ministère de la Santé. L'ISSS s'occupe des travailleurs des entreprises ainsi que des institutions publiques et privées. Les droits sont ouverts aux travailleurs cotisants et aux retraités de l'ISSS auxquels il faut ajouter leurs conjoints et enfants de moins de 6 ans. Le réseau de services de l'ISSS se compose de 10 hôpitaux, 35 unités médicales, 31 cliniques communautaires et de 177 cliniques d'entreprise. On y assure des services d'hospitalisation, de prise en charge ambulatoire et de prévention. Les travailleurs exerçant pour le compte de la Sécurité Sociale sont subordonnés à l'Etat et appartiennent donc à la fonction publique. Ils sont regroupés au sein de deux centrales syndicales : le Syndicat des Travailleurs de l'Institut de la Sécurité Sociale (STISS) pour tous ceux qui ne sont pas médecins et SIMETRIS pour l'ensemble des médecins de la Sécurité Sociale.

Les services de santé de sous-secteurs différenciés comme l'Armée et le Bienestar Magisterial⁶ ne concernent pas plus de 3% de la population totale. Les enseignants ont leur propre système de santé qui relève du Ministère de l'Education et ne dispose d'aucune instance de contrôle de gestion ou d'évaluation des dépenses par les travailleurs du secteur.

Il existe un sous-secteur privé (à but lucratif ou non-lucratif via différentes ONG) offrant des consultations externes et des pratiques hospitalières. Il ne touche pas plus de 3% de la population totale du pays et ce principalement dans la région de la capitale et les plus grandes agglomérations. Les principaux assureurs santé sont SISA, Pan American Life, ASESUISA et Salud Total. Ils ont le statut juridique de sociétés anonymes. Les hôpitaux privés vendent des services à l'ISSS et à l'Asociación Magisterial⁷. Les institutions privées à but non-lucratif proposent des services médicaux et de prévention à la campagne ainsi que des services d'hospitalisation dans la capitale par l'intermédiaire d'Organisations Non Gouvernementales. Le principal hôpital tombant dans cette catégorie est l'Hospital Pro-Familia.

La prestation de services de santé par le privé, l'autorisation d'exercice de la profession, l'ouverture de pharmacies et autres services réglementés doivent recevoir l'autorisation du Conseil Supérieur de la Santé Publique par le biais de ses Conseils de Surveillance. Les fonctions de financement, assurance et prévoyance ne sont pas concentrées au sein d'un seule et même organisme gouvernemental.

Les autorités sanitaires disposent de systèmes d'information partiels pour la veille des maladies, la production de services et le suivi de la situation sanitaire. C'est en 1996 qu'a été mis en place le registre de la Comptabilité Nationale de la Santé qui recueille les informations concernant le financement et les dépenses de santé des sous-secteurs public et privé.

L'accréditation des instituts de formation de professionnels de la santé incombe au Ministère de l'Education (MINED) qui procède à l'évaluation de leur capacité résolutive à réaliser cette mission. L'Université de El Salvador, via sa Faculté de Médecine, travaille actuellement à un projet d'accréditation des spécialités médicales de doctorat pratiquées dans les hôpitaux de troisième niveau du MSPAS. Le processus d'accréditation des organismes de santé est pris en charge par le MSPAS. C'est le Conseil Supérieur de la Santé Publique qui rend le jugement final. Il n'y a pas d'instances publiques et/ou privées consacrées exclusivement à l'évaluation des technologies de la santé ou à l'accréditation des services sanitaires.

3. Ressources du Secteur Santé

a) Ressources financières

En 1998, le budget du MSPAS s'est élevé à 1.979.250.000 colons salvadoriens (USD 226.244,161) dont 1.739 millions (USD 198,7 m) financés en interne. Il convient d'y ajouter 239.8 millions de colons (USD 27.4 m) provenant de financements extérieurs. Cette même année, la part des fonds du Trésor a représenté 1.587,2 m de colons (USD 181.4 m).

L'ISSS a été financé à hauteur de USD 227 millions. Les évaluations officielles chiffrent les dépenses à 161.3 millions en 1998.

Le financement du sous-secteur privé et ses dépenses (hors financement et dépenses des ONGs) ont été en 1998 de USD 566.3 millions (ménages : USD 550,5 millions et assureurs privés : USD 15.9 millions).

Les dépenses publiques en matière de santé et les dépenses du MSPAS en médicaments ont enregistré ces dernières années une légère tendance à la baisse. Il n'y a pas à l'heure actuelle de politique nationale du médicament. Il existe un classement de base des médicaments (550 environ) dont l'utilisation est obligatoire dans les établissements du MSPAS et qui est révisé tous les deux ans. Au MSPAS, la distribution des médicaments se fait par tranches de population en fonction de la zone géographique couverte par chaque

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

établissement. Il existe des normes de traitement pour les pathologies prévalentes d'origine infectieuse / contagieuse, essentiellement dans les hôpitaux du troisième niveau de prise en charge.

Dépenses de Santé de l'ISSS et du MSPAS par catégorie de dépense. 1996-1998*

CATEGORIE DE DEPENSE	1996	1997	1998
Rémunérations	1,368,226,350	1,519,299,990	1,880,582,920
Formation de ressources humaines	126,489,298	127,060,650	109,793,629
Frais opérationnels	217,350,968	177,704,170	167,599,824
Alimentation humaine	205,234,079	168,736,969	192,263,691
Médicaments	322,586,982	329,446,367	235,107,260
Matériel secondaire médico-chirurgical et de laboratoire	68,715,830	74,675,384	56,485,808
Insecticides et produits fumigants	61,982,469	29,063,838	74,032,516
Investissements	76,548,740	133,750,253	158,832,767
Transferts courants et de capitaux	10,092,403	19,992,283	79,558,763
Autres dépenses	13,593,690	49,108,479	121,228,787
Total	2,470,820,809	2,628,838,383	3,075,485,965

Source : Ministère de la Santé Publique et Aide Sociale / Direction de la Planification / Economie de la Santé.

*Les chiffres pour l'année 1998 sont provisoires.

Le financement public du secteur est établi par le Ministère des Finances. Les fonds sont ensuite transférés au niveau central du MSPAS et aux hôpitaux, qui sont dotés d'autonomie budgétaire. Les contrôles et audits sont réalisés par la Cour des Comptes de la République.

En 1998, la population du Salvador a consacré à la santé 8.3% de son PIB, soit USD 165 par habitant et par an. Cette année-là, le financement privé a représenté 54.4% du financement total et 57% des dépenses totales du secteur (le financement privé est égal aux dépenses privées).

Indicateur	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nb total de nouveaux produits pharmaceutiques enregistrés pendant l'année*	822	790	813	1,111	1,104	936
Pourcentage de médicaments de marque	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Pourcentage de médicaments génériques	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Dépenses totales en médicaments du secteur public (USD)**	ND	ND	48.996.824	44,938,726	46,802,020	ND
Dépenses totales en médicaments du secteur public / habitant (USD)**	ND	ND	8.47	7.60	7.74	ND
Part des dépenses publiques de santé consacrée aux médicaments	ND	ND	15.23%	12.85%	11.13%	12.00%
Part des dépenses effectuées par le MSPAS consacrée aux médicaments	ND	ND	17.04%	16.28%	11.39%	10.80%

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Les estimations officielles des dépenses de santé du MSPAS par niveau de prise en charge en 1998 sont : USD 58.5 millions pour le premier niveau, USD 69.6 pour le deuxième niveau et USD 49.5 pour le troisième niveau. La même année, l'ISSS a dépensé : USD 14.8 millions pour le premier niveau de soins, USD 52.7 pour le deuxième niveau et USD 60.9 pour le troisième niveau.

La Direction Générale de la Statistique et du Recensement indique que les dépenses privées en matière de santé se répartissent comme suit : honoraires médicaux, 26% ; hospitalisation, 17% ; médicaments, 42% ; autres services médicaux, 15%.

Financement du Secteur Santé, 1993-1997 en USD

	1996	1997	1998	1999
1. SOUS-SECTEUR PUBLIC	386,093,852	413,824,988	475,118,234	
MINSA et autres institutions publiques (niveau central, régional et local)	194,532,809	200,030,606	226,244,161	
Financement interne :	156,401,481	162,487,418	198,768,186	
Fonds du Trésor	149,665,711	145,774,829	181,447,070	ND
Fonds propres	6,735,769	16,712,589	17,321,116	ND
Financement externe	38,131,328	37,543,188	27,475,975	ND
Sécurité Sociale	173,943,588	193,528,100	227,619,623	
Contributions des affiliés*	161,659,488	180,363,396	207,627,246	ND
Vente de biens et de services	ND	ND	ND	ND
Revenus du capital**	10,158,010	10,178,872	12,413,314	ND
Autres revenus	2,126,090	2,985,832	7,579,063	
Autres institutions publiques	17,617,455	20,266,283	21,254,450	
Bienestar Magisterial (corps enseignant NdT)	6,026,396	7,196,785	8,281,234	
Sanidad Militar (Armée NdT)	6,522,487	7,199,293	12,973,216	
Hôpital de ANTEL	5,068,571	5,870,206		
2. SOUS-SECTEUR PRIVE	461,645,764	553,111,846	566,349,335	
Assurances privées****	10,680,571	14,865,371	15,871,771	25,736,571
ONG (à but non-lucratif)****	1,369,313	1,103,617	ND	ND
Financements des ménages pour des services privés	449,595,880	537,142,857	550,477,563	532,054,957
TOTAL	847,739,616	966,936,834	1,041,467,569	
% du PIB	8.22	8.68	8.70	

Source : MSPAS 70. Les chiffres en italique sont estimés. *Dont les cotisations patronales et des affiliés. ** Produits des placements *** pour 1998 et 1999, chiffres corrigés. **** Information du projet PROSAMI.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

b) Ressources humaines

Le Salvador compte 7298 médecins inscrits à l'Ordre des médecins. Le nombre de médecins pour 10,000 habitants est passé de 9.1 à 12.11 entre 1994 et 1999. Le nombre d'infirmières professionnelles pour 10,000 habitants a

augmenté davantage que celui des médecins. Le rapport infirmières / médecins est monté à 0.5 entre 1994 et 1999. Il y a un professionnel de la santé pour 321 habitants et un technicien de la santé pour 865 habitants.

Ressources humaines dans le Secteur de la Santé, 1993 1999

Type de ressource	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nb médecins / 10,000 habitants	9,1	ND	ND	12	11.7	12.11
Nb infirmières professionnelles / 10,000 habitants	3,8	ND	ND	3,9	4,4	6,56
Nb dentistes / 10,000 habitants	ND	ND	ND	ND	ND	4,94
Nb techniciens de laboratoire de rang intermédiaire / 10,000 habitants	ND	ND	ND	ND	ND	1,49
Nb diplômés de doctorat en Santé Publique	0	0	0	0	44	100

Sources : GIDRHUS, Observatoire des Ressources Humaines dans la Reforme du Secteur Santé 43

Au MSPAS (1999), il y a 2.3 médecins généralistes pour 1 spécialiste alors qu'à l'ISSS (1998), le rapport s'établit à 2.2 spécialistes pour 1 médecin généraliste. Le taux de professionnels sans contrat de travail institutionnel permanent est de 24.66% chez les médecins ; 85.55% chez les dentistes ; 37.53 % chez les infirmières. La rémunération moyenne mensuelle des professionnels engagés par le MSPAS en 2000 est : médecins USD 1193.46 ; dentistes USD 972.47 ; infirmières USD 613.88 ; pharmaciens USD 434.06.

c) Equipements

63% des hôpitaux publics du Salvador fonctionnent depuis plus de 30 ans et sont limités en ce qui concerne le renouvellement des équipements, des infrastructures et le transfert de technologie. Près de la moitié des lits d'hôpitaux et 25% du réseau ambulatoire ont été frappés par les séismes de janvier et février 2001. Huit hôpitaux sur les trente que compte le réseau national du MSPAS accusent une obsolescence physique et/ou fonctionnelle et un niveau élevé de vulnérabilité. Dans sept autres, les composantes fonctionnelles ou structurelles ont été endommagées et appellent des réparations, un renforcement et une reconstruction, un remplacement du matériel etc... Le réseau

national de santé a subi du fait des séismes de janvier et février 2001 des dégâts exigeant une reconstruction et une réhabilitation qui ont été chiffrées à 250 millions USD.

80% des équipements de haute technologie sont concentrés dans les établissements des deuxième et troisième niveaux ; 70 % d'entre eux se trouvent dans la capitale. Les équipements de dialyse rénale sont concentrés à l'Hospital de Referencia Nacional. La chirurgie ophtalmologique se pratique dans 3 des 30 hôpitaux du réseau. 25 hôpitaux sur les 30 du MSPAS ont du matériel d'endoscopie et 29 sur les 30 des équipements à rayons X.

A l'ISSS, la répartition des équipements de haute technologie est déconcentrée dans les services de dialyse, soins intensifs, néonatalogie, greffes et tomographie axiale. Le budget opérationnel qui y est alloué à la conservation et à la maintenance s'est élevé à USD 12.3 millions en 2000.

Les fonds alloués à la maintenance représentent de 3 à 5 % du budget total des hôpitaux. 75 à 85 % va au paiement des salaires. 30% du personnel de maintenance a reçu une formation technique ou professionnelle contre 70% qui n'a reçu aucune préparation formelle.

4. Indicateurs de la situation sanitaire

a) Vaccination

Le taux de couverture du programme de vaccination se maintient depuis 1995 autour de 95% ou plus pour le DPT⁸, Antipolio, BCG et MMR⁹. En 1999, le Salvador a affiché les taux de couverture suivants : DPT 3^{ème} dose, 98% ; Antipolio 3^{ème} dose, 99% ; MMR, 93%. En théorie, il existe un programme de dépistage et traitement de la tuberculose, de prévention du VIH-SIDA et des programmes s'inscrivant dans le cadre de la stratégie des Escuelas Saludables¹⁰. 55% environ des femmes enceintes sont couvertes par le MSPAS pour la prise en charge de la maternité. On observe une tendance à la baisse de la proportion d'accouchements assistés par une sage-femme (35% en 1996 contre 26% en 2000) alors qu'augmente la part des accouchements réalisés dans les institutions (même si c'est là un phénomène essentiellement urbain).

Le MSPAS assure 95% de la couverture pour la vaccination et 70% des consultations médicales, d'urgence, auprès des dentistes et des infirmières. Les 30% restants sont pris en charge par l'ISSS à hauteur de 15% et par le secteur privé (dont les ONGs et les services à but lucratif) dans la même proportion. Pour les hospitalisations, les taux sont de 69% pour le MSPAS, 21% pour l'ISSS et 10% pour le secteur privé.

b) Principales causes de mortalité

La mortalité par grandes catégories de maladies ou causes de décès présentait la répartition suivante en 1999 : maladies du système circulatoire, 22.01% ; causes extérieures, 20.52% ; maladies transmissibles, 14.81% ; néoplasies, 11.08% ; certaines affections apparues lors de la période périnatale, 2.57% ; total des autres maladies, 29.21%.

Les cinq premières causes de mortalité générale en 1999 ont été : maladies ischémiques du cœur, 11.08% ; agressions et homicides, 9.31% ; lésions dues à un accident de la route, 6.73% ; grippe et pneumonie, 6.13% ; insuffisance cardiaque congestive, 5.61%. Les décès provoqués par des causes externes, agressions et homicides représentent un pourcentage plus important chez les hommes que chez les femmes ; inversement, les néoplasies sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Chez les moins de 1 an et toujours selon la même source, en 1999 les cinq premières causes de décès intra-hospitalier et

dans les hôpitaux du MSPAS ont été : prématurité, 24.6% ; troubles respiratoires spécifiques de la période périnatale, 20.46% ; malformations congénitales, 11.64% ; septicémie bactérienne du nouveau-né, 10.6% ; pneumonie et broncho-pneumonie, 10.45%.

Chez les moins de 1 an, en 1999 les cinq premières causes de mortalité ont été : infections associées à la période périnatale ; malformations congénitales ; pneumonie ; diarrhée et gastro-entérite d'origine infectieuse ; maladies endocriniennes et nutritionnelles.

La mortalité infantile, de 41 / 1000 naissances vivantes pour la période 1988-1993, est tombée à 35 / 1000 pendant la période 1993-1998.

c) Principales causes de morbidité

Les études sur la nutrition ont montré que, pour les périodes 1988-1993 et 1993-1998, la malnutrition globale (poids/âge) a oscillé de 11.2% à 11.8% et la malnutrition chronique (taille/âge) de 22.8% à 23%. En revanche, la malnutrition sévère constitue la cinquième cause de décès dans les hôpitaux du MSPAS dans la tranche d'âge des 1-4 ans comme dans celle des 5-14 ans ; c'est la septième cause de décès dans ces mêmes hôpitaux chez les moins de 1 an.

Le nombre de cas de malaria a été de 5884 en 1996, 1201 en 1999 ; 753 cas ont été déclarés en 2000. La présence de la dengue est endémique avec des poussées épidémiques. En 1999, 558 cas de dengue classique et 70 cas de dengue hémorragique ont été recensés. Il y a eu une épidémie en 2000, avec 16697 cas de dengue classique et 411 cas de dengue hémorragique. Le nombre de cas de séropositivité de 1984 à mars 2000 est de 2990 ; celui de cas de SIDA s'élève à 6016. En 2000, le taux cumulé de cas relevant de chacune de ces catégories est, respectivement, de 47.64 et de 95.85 / 100.000. 67.7% des cas ont eu lieu entre 15 et 39 ans. Les cas de tuberculose comptabilisés en 1997 ont été de 28.0 / 100.000.

En 1999, les plus importants motifs de consultation au MSPAS ont été, par ordre décroissant : contrôle de l'enfant sain ; infections respiratoires aiguës ; contrôle de la grossesse normale ; dépistage précoce du cancer cervico-utérin et parasitisme intestinal.

Les consultations médicales du MSPAS ont augmenté de 32% entre 1998 et 1999 (5,603,888 contre 7,391,523) pour atteindre un niveau de 1,2 visite chez le médecin par habitant

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

et par an en 1999. Il y a eu en 1999 0.2 visite chez le dentiste par habitant et par. Les titulaires de droits auprès de l'ISSS ont réalisé en 2000 4,365,813 consultations chez le médecin et 333,558 chez le dentiste.

Production de services, 2000

	Nombre	Taux pour 1,000 habitants
Consultations et contrôle par un professionnel médecin	12,624,535	2,112
Consultations et contrôle par un professionnel non médecin	746,182	119
Consultations et contrôle chez le dentiste	1,879,026	299
Consultations d'urgence	1,543,120	246
Analyses de laboratoire	12,420,286	1,979
Radiographies	1,520,331,	242

Source : MSPAS, ISSS. Les chiffres comprennent la production du MSPAS et celle de l'ISSS, hors production du privé, des ONG et autres.

Les premières causes d'hospitalisation au MSPAS en 1999 ont été : 1) prise en charge de l'accouchement 2) complications de la grossesse, accouchement et post-partum 3) pneumonie et broncho-pneumonie 4) diarrhée 5) troubles respiratoires de la période périnatale. Les premières causes d'hospitalisation à l'ISSS en 2000 ont été :

1) accouchement unique spontané sans autre précision 2) prise en charge maternelle pour cicatrice utérine 3) insuffisance rénale chronique non spécifiée 4) calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite 5) avortement non spécifié incomplet sans complication. Le taux de mortalité maternel dans le sondage sur la santé de la famille (FESAL/98) a été estimé à 120 pour 100.000 naissances.

2. Ministerio de la Salud Pública y de la Asistencia Social, en français Ministère de la Santé Publique et de l'Aide Sociale (NdT).
3. Littéralement Unités de Santé.
4. Littéralement Maisons de la Santé.
5. Littéralement Assurance Santé (NdT).
6. Pour le corps enseignant (NdT).
7. En français Association du Corps Enseignant (NdT).
8. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (NdT).
9. Vaccin ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) (NdT).
10. Littéralement Ecoles Bonnes pour la Santé (NdT).

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

III. Mise en oeuvre des obligations de l'Etat salvadorien en matière de droit à la santé

1. Obligations générales

Puisque l'objet de la mission était d'évaluer la façon dont le Salvador s'acquitte de ses obligations internationales en matière de droit à la santé, et notamment au titre du Pacte international sur les DESC. La mission a décidé de procéder à son enquête en se référant au contenu du droit à la santé tel que défini dans l'observation générale n° 14 du CODESOC, organe chargé de la surveillance de la mise en oeuvre du Pacte.

La mission a donc successivement étudié les questions liées à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité avant de s'attacher plus spécifiquement aux obligations fondamentales minimales du Salvador au titre du PIDESC.

a) Disponibilité

Chaque État partie comptera un nombre suffisant d'établissements, de biens et de services publics de santé

ainsi que de centres de soins médicaux et de programmes.

Capacité d'accueil insuffisante

À cet égard, le Salvador souffre indubitablement d'un grave déficit d'infrastructures hospitalières, et la capacité d'accueil des services de santé est réduite. Conformément à des chiffres du Ministère de la Santé, le pays disposait en 1998 de 7212 lits d'hôpital, ce qui donne un taux de 11,9 lits pour 10.000 habitants - à comparer avec l'Argentine, par exemple, un pays qui connaît actuellement de graves problèmes en matière de santé, mais où le taux est pour l'instant de 45 lits pour 10.000 habitants.

Il y a plus préoccupant encore : sur l'ensemble des hôpitaux - 95 -, les établissements publics relevant du Ministère de la Santé ne représentent que 31% à peine de ce chiffre - 30 établissements - alors que ce Ministère a à sa charge 80% de la population salvadorienne.

Répartition des Etablissements du Secteur Santé au Salvador en 2000

Institutions	Centres publics de santé	Cliniques privées	Centres ruraux de santé et de nutrition	Unités de soins	Hôpitaux
MSPAS **	169	0	48	362	30
ISSS *	0	147	0	70 *	16
SANIDAD MILITAR	0	0	0	0	3
Secteur privé	0	0	0	0	36
ONG	ND	0	ND	ND	5
TOTAL	169	147	48	432	95

* A l'ISSS, ces données sont ventilées en : Cliniques communales (31), Unités médicales (31), dont les services sont analogues et la complexité plus grande (2000).

** Au Ministère de la Santé, les données sont datées de mai 2001. ND : non déterminé.

Source : Ministère de la Santé, 2000. Thèmes clés pour le Plan national de janvier 1999. Mémoire de travaux ISSS, 1998.

Outre ce phénomène, on constate aussi une différence marquée entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux, en matière de capacité d'accueil. Les districts de La Unión, de San Miguel et de Morazán, dont la population est très dispersée, ne disposent que de 0,1 et de 0,7 unités de santé du Ministère de la Santé pour 100.000 habitants, ce qui est notoirement insuffisant si l'on tient compte du fait qu'il s'agit de centres de soins primaires. Certains départements - Sonsonate, Chalatenango, Usulután ou Morazán ne disposent pas de salles d'accouchement en état de fonctionnement,

alors qu'ils desservent des populations dépassant les 200.000 habitants, qu'ils ne disposent pas à proximité de centres de soins plus complexes, et qu'en moyenne il n'y a pas plus de deux salles d'opérations par département.

Ajoutons que le nombre de lits relevant du Ministère de la Santé est de 7 pour 100.000, soit un taux très inférieur à celui d'autres pays d'Amérique latine, comme l'Argentine (26 pour 100.000), le Costa Rica (15 pour 100.000), le Brésil (14 pour 100.000), ou l'Uruguay (37 pour 100.000).

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Cet état de choses a été signalé par la Fondation d'Etudes pour l'application du Droit (FESPAD), ONG qui se consacre à l'amélioration de la situation sociale au Salvador, et qui a mis l'accent sur la difficulté d'accès aux services de santé qu'éprouve la population. Selon l'étude, deux facteurs au moins sont à l'origine du problème. Il y a tout d'abord "la capacité insuffisante des hôpitaux nationaux à répondre à la demande, due à une insuffisance des budgets alloués à la santé". Il y a, ensuite "les délais excessifs dus aux démarches bureaucratiques".

Couverture des programmes de santé insuffisante

En ce qui concerne l'insuffisance de couverture des programmes de santé, et bien que le MSPAS du Salvador en ait mis plusieurs en œuvre, concernant la "Santé intégrale de l'Enfant", la "Santé intégrale de la femme", et d'autres encore, plus ciblés, pour le traitement des MST ou de la tuberculose, les données rassemblées par la mission concordent systématiquement pour indiquer que cette déficience est criante. Aucun des professionnels interrogés, travaillant à San Salvador, Cuscatlan ou Morazán n'a pu indiquer un seul de ses patients relevant d'un programme de ce type. Les organisations travaillant avec des femmes (par exemple, Las Dignas, représentée par Nora Hernández et Roxana Delgado, ou l'Association des Communautés rurales pour le développement du Salvador (CRIPDES) représentée par le témoignage de María Rudecinda Orellana) ont fait savoir qu'aucune des femmes qui s'étaient adressées à elles n'a jamais bénéficié d'un programme nutritionnel, ou de rations alimentaires de complément pendant la première année de leur vie, ni d'un programme de santé sexuelle ou de planning familial. Selon leur évaluation (ainsi que celle de Maria Julia Hernández, chargée de mission à l'Archevêché), ces programmes sont sporadiques, de courte durée, sans aucun suivi, de portée géographique très limitée. Il durent trop peu pour avoir le moindre impact.

Selon des données officielles du MSPAS, le programme de nutrition s'adressant à des enfants de la tranche d'âge 6 mois-5 ans n'en a touché que 25.564. Si l'on pense que la population des 1 à 4 ans atteint les 634.364 enfants, et que la proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté était en 1998 de 51%, il est aisé d'en déduire que le nombre d'enfants relevant d'une nutrition complémentaire dépasse l'offre, et de très loin.

Déterminants de base

Ces services devront inclure les facteurs fondamentaux qui conditionnent la santé, à savoir, l'eau propre potable, et les

structures sanitaires appropriées - hôpitaux, cliniques, et autres établissements de santé, personnel médical et professionnels bien formés et correctement rémunérés, eu égard aux conditions qui prévalent dans le pays; ainsi que médicaments essentiels, tels que définis par le Programme d'action sur les médicaments essentiels de l'OMS (5). Conformément aux informations recueillies par la mission, l'accès à l'eau potable, les conditions sanitaires adéquates et la rémunération correcte du personnel sont des conditions qui ne sont pas remplies dans la totalité des centres d'assistance du Salvador.

Qualité de l'eau

Le Dr Tomás Chavez, de l'association Médecins pour le Droit à la Santé (MDS) indique que l'eau consommée dans la plupart des foyers de Morazán, y compris dans les bâtiments municipaux et dans les centres de santé provient de sources superficielles : après quelques heures de captage, on arrive rapidement à une couche boueuse et malpropre. Rapport confirmé par les dires de Mme María Rudecinda Orellana, du CRIPDES, en ce qui concerne le centre de santé qui dessert sa région, à moins de 50 mn de San Salvador. Elle ajoute que l'eau fournie au centre de santé de la commune d'Aguilares (de même qu'à tout le reste de la région) provient du Río Sucio (la Rivière sale), où, plusieurs fois par an, on constate une mortalité massive de poissons due à la pollution. De même Vivian Britar, une infirmière qui travaille au centre de santé municipal Tzi-Chu déclare qu'en raison des déchets qui sont jetés à la rivière par une entreprise d'élevage de poulets, la société Sello de Oro, l'eau utilisée par le centre de santé (et par l'ensemble du district) offre, après chaque jour de pluie, des caractéristiques organoleptiques très différentes - changement de couleur, mauvaise odeur. Elle évoque également le très grand nombre de mouches qui envahissent ce centre de soins (pourtant récemment construit, et en excellent état) - situation que la mission a pu elle-même vérifier, et qui semble un fléau permanent, malgré les essais répétés de désinsectisation, dû au fait que cette entreprise accumule dans des décharges, et sans aucun traitement préalable, des déchets organiques (restes de poulets morts).

Qualité de l'hygiène

Ces problèmes d'hygiène n'affectent pas uniquement les petits centres de soins primaires. La mission, lorsqu'elle s'est rendue à l'Hôpital Rosales - établissement de référence pour tout le système public du Salvador - a pu relever des situations de déficit d'hygiène et de salubrité : fuites d'eau et flaques dans les salles des malades ; les WC réservés aux

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

malades sont sales, ou très souvent hors service ; cuisines mal tenues et envahies par les mouches... Le personnel, en revanche - médecins, infirmières et même filles de salle - présente un aspect impeccable qui tranche d'autant plus avec l'état général du bâtiment : parois fendues et écaillées, vitres brisées, salles des malades insuffisamment nettoyées.

Qualité du personnel médical : Mala praxis

Quant aux qualifications du personnel qui travaille dans le secteur public et la Sécurité sociale, la mission n'est pas à même d'en juger. Il y a toutefois deux aspects dont il importe de tenir compte : tout d'abord, le rapport très complet établi par le Bureau de Défense des Droits de l'Homme sur l'existence de très nombreux cas de mauvaise pratique; et ensuite, le rapport de l'Observatoire sur les Effets du Plan d'urgence qui a été lancé à la suite du long conflit qu'ont connu les médecins de la Sécurité sociale.

Dans son rapport intitulé "Atteintes au droit à la Santé au Salvador", Mme Béatrice Alamanni de Carrillo écrit ceci : "Dès son installation, le Bureau a reçu des plaintes émanant de personnes qui ont souffert d'une détérioration de leur santé, d'une atteinte à leur intégrité physique, ou de la mort d'un proche par suite de pratiques médicales présumées négligentes ou inadéquates". "Par ailleurs, nombreux sont ceux qui se plaignent de ce que de telles carences restent généralement impunies, les autorités administratives et judiciaires n'offrant aucun accès à un recours approprié et efficace". A la fin du rapport, l'auteur cite un grand nombre de cas qui ont fait l'objet d'une plainte auprès du Bureau (PPDH), assortis d'un numéro de dossier et d'informations détaillées sur les plaignants, et insiste sur l'impossibilité des poursuites judiciaires pour les faits qui peuvent être imputés à des fautes professionnelles. Suite à son évaluation, le Bureau déclare "que les mauvaises pratiques médicales constituent une violation du droit à la santé et à d'autres droits fondamentaux comme la vie et l'intégrité personnelle des victimes, et que de telles violations continuent de se produire à un rythme alarmant dans le système national de santé publique". Et Mme Alamanni de recommander "à l'Etat du Salvador, et tout particulièrement aux autorités sanitaires et à M. le Procureur général de la République, l'ouverture d'enquêtes appropriées pour identifier et sanctionner les responsables de telles violations des droits de l'homme, occasionnées par une pratique médicale déficiente."

Pour ce qui est du rapport de l'Observatoire, il a trait à une situation d'actualité, à savoir la mise en œuvre du Plan d'urgence visant à remplacer les médecins de la Sécurité

sociale, dont la grève de neuf mois a paralysé tout le secteur de la santé. Le rapport fait état des plaintes déposées auprès du Procureur général de la Nation, du Bureau de Défense des Droits de l'Homme, et de l'Observatoire lui-même, et du refus des autorités à enquêter sur les mauvaises pratiques médicales "démontré par l'absence d'audits médicaux pendant toute la durée du conflit, alors qu'auparavant ils étaient réalisés régulièrement, tous les mois par les Comités professoraux de chacun des hôpitaux concernés". Le Conseil de surveillance de la profession médicale conclut à l'existence de preuves de morbidité et de mortalité accrues, du fait de l'embauche de spécialistes ne présentant pas les qualifications nécessaires pour remplacer les médecins ayant cessé leur activité, et présente ensuite toute une série de recommandations, notamment au "Procureur général de la République pour faire valoir que les agissements des fonctionnaires administratifs de l'ISSS et notamment de son Directeur général contreviennent aux Articles de la Constitution de la République, du Code de la Santé, et du Code pénal, puisqu'ils constituent une entrave au fonctionnement de l'Observatoire, établi par la Constitution; et pour lui recommander, en vertu de sa fonction, de diligenter une enquête sur le sujet, et d'examiner les plaintes déposées par les patients des services de santé publics".

b) Accessibilité

La non-discrimination : Les établissements, biens et services de santé doivent être accessibles, en fait et en droit, aux secteurs les plus vulnérables et les plus marginaux de la population, sans discrimination d'aucune sorte.

Par non-discrimination, on entend la garantie d'accès pour les populations ou les groupes particuliers (ainsi, par exemple, les séropositifs, les femmes, les enfants, les populations carcérales, les travailleurs sexuels) mais aussi tout simplement la garantie d'une égalité d'accès pour les populations les plus pauvres et celles qui sont géographiquement les plus éloignées.

A cet égard, le système salvadorien de santé présente indubitablement des discriminations qui ne permettent aucunement l'accès égal de tous aux soins.

Discrimination pour cause de VIH/sida

Il est universellement admis que les patients séropositifs ont droit à la confidentialité de leur diagnostic, à l'égalité d'accès au monde du travail, et à un traitement complet.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Le document intitulé "VIH/Sida et droits de l'homme : directives internationales", résultant de la deuxième Consultation sur le VIH/sida et les droits de l'homme, qui s'est tenue à Genève en septembre 1996, sous les auspices du Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Droits de l'Homme, et du Programme conjoint des Nations-Unies sur le VIH et le Sida, contient un appel aux Etats pour qu'ils intensifient les moyens de prévention contre la maladie, dans le cadre des droits de l'homme et le respect de ces "grandes directives internationales", qui préconisent un ensemble de mesures visant à limiter la propagation du virus par une mobilisation des moyens de l'Etat, et souhaite que, dans cette lutte contre le sida, on respecte à tout instant la dignité des personnes contaminées, en évitant tout mode de discrimination.

Dans ces directives, de même que dans les résolutions émanant de la Commission des droits de l'Homme des Nations-Unies, on ne trouvera aucune recommandation impliquant une obligation pour les personnes affectées par le VIH-Sida; bien au contraire, : on n'y trouvera que des propositions allant dans le sens de la prévention, et aussi de la protection contre toute discrimination. Ainsi, par exemple : *"... le rôle accordé au droit, comme réponse au VIH-Sida peut parfois être exagéré, en ce sens qu'il peut se transformer en vecteur de politiques de contrainte ou abusives. Certes, le droit peut éduquer et légiférer; il peut représenter un cadre de protection non négligeable pour les droits de l'homme et les programmes sur le VIH/Sida. Mais on ne saurait en faire le seul instrument d'éducation, de changement d'attitude et de conduite, de protection des droits. C'est pourquoi les troisième et septième directives ont pour objet de promouvoir une législation significative et positive, de décrire les éléments juridiques essentiels qui permettent de protéger les droits de l'homme en matière de VIH, et de favoriser des programmes efficaces de prévention et de soin du VIH de telle sorte que la législation en vigueur ne fasse pas obstacle à la mise en œuvre de programmes de prévention et de soins (ceci vaut autant pour la population en général que pour les groupes à risque), et que les personnes intéressées soient protégées contre toute discrimination de la part des pouvoirs publics comme des particuliers, ou des institutions privées."*

Et cependant, la législation salvadorienne met davantage l'accent sur les obligations des personnes contaminées que sur le respect de leurs droits.

Quant à la confidentialité, expressément abordée dans les directives, la question est infiniment plus critique : à cet égard, la cinquième directive dit ceci :

"Lois de protection et contre la discrimination. Les États devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/sida et les personnes souffrant d'un handicap, contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil."

Plus spécifiquement, pour ce qui est de la confidentialité de l'information personnelle ;

" c) il faudrait approuver une législation générale en matière de confidentialité et de protection de la vie privée. L'information personnelle relative au VIH devrait être incluse dans les définitions des données personnelles ou médicales protégées, et toute publication ou utilisation non autorisée devrait être interdite ..."

Par ailleurs, la troisième directive recommande ce qui suit :

"f) La législation relative à la santé publique doit empêcher que les renseignements liés à la situation sérologique d'un porteur du virus ne puissent être recueillis, utilisés ou communiqués sans autorisation en milieu médicalisé ou ailleurs et assurer que ces données ne puissent être utilisées qu'avec un consentement accordé en connaissance de cause;

g) Aux termes de la législation relative à la santé publique, les professionnels de la santé doivent être autorisés, mais sans y être obligés, à décider, suivant la nature du cas et en fonction de considérations éthiques, d'informer les partenaires sexuels d'un patient de sa séropositivité. Une telle décision est cependant subordonnée aux critères suivants : - le porteur du virus a reçu tous les conseils nécessaires - ces conseils ont été inutiles pour provoquer chez lui le changement de comportement souhaité - le porteur du virus a refusé d'informer ses partenaires ou de donner le consentement qu'ils soient informés - un risque réel de transmission du VIH au(x) partenaire(s) existe - le porteur du virus a reçu un préavis suffisant - si c'est faisable, l'identité du porteur du virus n'est pas révélée au(x) partenaire(s) - le cas échéant, un suivi est assuré pour aider les intéressés;"

La Loi de Prévention et de Contrôle de l'Infection provoquée par le Virus de l'Immunodéficience humaine définit en ces termes la notion de confidentialité :

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

"C'est le droit à la réserve concernant le résultat du diagnostic, la conduite des examens cliniques et de laboratoire, et l'évolution de la maladie. Une fois confirmé le résultat qui démontre la présence du VIH, les autorités, les professionnels, les techniciens et tout autre personnel chargé des soins au patient sont tenus de respecter ce principe."

Toutefois, la loi formule à l'article 20 du chapitre 1 des dispositions relatives à la responsabilité de l'Etat en matière de traitement intégral de l'infection, dans les termes suivants : *"Article 20 : Impossibilité d'informer. Au cas où la personne affectée du VIH/Sida ne voudrait ou ne pourrait informer son compagnon/sa compagne, habituel ou occasionnel, de son diagnostic, le médecin traitant, ou le personnel de santé devra se charger de l'en informer, selon les modalités définies dans les décrets d'application de la présente loi".* Cette obligation d'information faite au médecin ou au "personnel de santé" - laborantins, infirmières, etc - vis-à-vis de tiers, quand la personne affectée du VIH/sida refuse de le faire, nous paraît contrevenir ouvertement au "droit de confidentialité" que cette même loi a défini en ces termes .." droit à la réserve concernant le résultat du diagnostic", et que la troisième directive formule en termes d'AUTORISATION, et non d'obligation pour les professionnels de la santé, et suite à une analyse éthique des circonstances qui accompagnent chaque cas particulier.

Les directives, de même que diverses résolutions de la Commission des droits de l'Homme insistent sur le fait que les informations sur la présence effective ou éventuelle du virus doivent être traitées avec une discrétion absolue, dans le respect de la dignité de l'individu touché par le VIH/sida, et aussi sur le fait que c'est aux personnes infectées de révéler, avouer, communiquer, ou, le cas échéant, autoriser des tiers à révéler, leur état. Dans le cas contraire, on ouvrirait la porte à toutes les formes de discrimination et de stigmatisation des personnes séropositives. A cet égard, la Résolution 1999/49 de la Commission des droits de l'Homme, relative à la protection des droits des personnes infectées par le VIH et le Sida (4) recommande ceci :

"Invite les États à renforcer les mécanismes nationaux chargés de protéger les droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA et à prendre toutes les mesures nécessaires pour éliminer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables, afin que les personnes infectées par le VIH qui révèlent leur état, celles qui sont présumées l'être et les autres personnes affectées soient protégées contre la

violence, la stigmatisation et d'autres effets négatifs".

Il importe donc, pour garantir l'égalité de traitement, que l'on respecte la confidentialité et la vie privée des personnes qui vivent avec le VIH/sida : en effet, si l'on veut que les personnes infectées, leurs proches et leur entourage soient traités de façon digne, sans discrimination ni stigmatisation, il faut que ce soient ces personnes elles-mêmes qui aient pouvoir de décision en ce qui concerne les informations sur leur santé. Pour ce qui est de la discrimination au travail, la Cinquième Directive recommande ceci :

"d) Des lois, règlements et accords collectifs doivent être promulgués ou conclus pour garantir les droits ci-après sur le lieu de travail :

- adoption par un organe tripartite d'une politique nationale concernant le VIH/SIDA et le lieu de travail - droit de refuser un test de dépistage du VIH pour obtenir un emploi, une promotion, une formation ou des prestations - confidentialité de toutes les données médicales, y compris la situation sérologique eu égard au VIH/SIDA - garantie de l'emploi aux salariés porteurs du VIH tant qu'ils sont en mesure de travailler et offre d'un autre travail acceptable - définition de pratiques sûres en matière de premiers secours et mise à disposition de trousse de premiers secours - protection de la sécurité sociale et des autres prestations dues aux salariés porteurs du VIH (assurance-vie, retraite, assurance maladie, indemnités de licenciement, capital-décès, etc.) - accès à des soins satisfaisants sur le lieu de travail ou à proximité - réserve suffisante de préservatifs mis gratuitement à la disposition des travailleurs - participation des travailleurs à la prise de décisions sur les questions liées au VIH/SIDA - accès aux programmes d'information et d'éducation en matière de VIH/SIDA, ainsi qu'aux services consultatifs et d'orientation appropriés - protection contre le dénigrement et la discrimination de la part des collègues, des syndicats, des employeurs et des clients - inclusion dans la législation relative au dédommagement des travailleurs de la transmission du VIH dans l'exercice de la profession (blessures causées par des aiguilles, etc.), avec indications concernant le temps de latence de l'infection, les tests, les conseils, la confidentialité".

La législation salvadorienne, en revanche, définit certaines conditions que la cinquième directive tente d'éviter. Autrement dit, elle prévoit des dispositions pleinement discriminatoires envers les porteurs du virus en matière d'emploi, autorisant l'employeur à faire procéder à des examens médicaux quand il le juge bon - cf. art. 16 de la loi :

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

"Art. 16 : Interdictions. Il est interdit d'imposer des examens en vue d'établir le diagnostic de l'infection par le VIH, sauf dans les cas suivants : d. dans les cas couverts par l'alinéa 10 de l'article 31 du Code du Travail".

Et voici ce que prévoit l'article 31 :

"Article 31 : obligations des travailleurs. 10ème obligation : se soumettre à un examen médical lorsqu'il est demandé par l'employeur ou les autorités administratives dans le but de vérifier l'état de santé du travailleur."

Ainsi donc, l'article 16, alinéa d de la Loi sur la Prévention et le Contrôle de l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience humaine du 24 octobre 2001 se trouve en contradiction flagrante avec les conditions recommandées par la cinquième Directive.

L'article 24 de cette loi commence ainsi : *"l'abstinence sexuelle et la fidélité mutuelle constituent les seuls moyens de prévention fiables ...", et, au dernier paragraphe de l'article 25, on trouve ceci : "tout préservatif commercialisé dans le pays doit comporter, inscrit de façon clairement visible sur l'emballage, un avertissement spécifiant que le préservatif n'est pas un moyen de prévention sûr à 100% contre le sida ... "*

Considérations obscures, sans fondement scientifique, et qui ne contribuent guère à la diffusion de moyens de prévention réalistes et efficaces.

L'adoption de cette loi a suscité des réactions de rejet dans de nombreux pays. Des lettres de solidarité sont parvenues à des malades salvadoriens atteints du sida, et décidés à porter le cas devant les tribunaux. De nombreux secteurs de la société se sont mobilisés, demandant le retrait de la loi, et exigeant de l'Assemblée législative des amendements qui permettent de garantir le respect envers les personnes atteintes du sida, et de mener la prévention contre la pandémie selon des critères scientifiques sérieux.

Outre les caractéristiques clairement discriminatoires de la loi, notre mission d'enquête a eu l'occasion de recueillir de nombreux témoignages qui indiquent que même cette protection relative dispensée par la législation en question est constamment attaquée, et que l'accès aux soins pour les patients porteurs du VIH fait clairement l'objet de multiples discriminations. Le Dr Melvin Guardado, de l'Hôpital Rosales, et les Drs César Hidalgo et Alcides Gómez, de l'AMENA ont signalé avoir eu connaissance directement de patients qui

n'ont pu avoir accès au test gratuit de dépistage du VIH : ils ont été contraints de régler la contribution volontaire, qui ne l'est aucunement dans les faits. Et d'ailleurs, même si elle l'était vraiment, le patient, pour obtenir la gratuité, doit en faire la demande auprès de diverses instances administratives auxquelles il doit faire part de son désir de se soumettre au test, ce qui le met dans l'inconfortable situation de dévoiler toute son intimité dans les bureaux de l'administration. Les médecins qui ont rapporté cet état de choses ont ajouté que, comme pour tous les tests de dépistage payants (ou qui nécessitent des explications complexes et humiliantes pour en obtenir la gratuité), celui-ci a eu pour résultat que les patients soient réticents à le faire pratiquer, même lorsqu'ils appartiennent à un groupe à risque, même lorsque leur médecin leur a conseillé de le faire pratiquer.

Le Dr Lidia Rufino de l'Hôpital Primero de Mayo pour les mères et les enfants nous signale que dans ce centre d'aide et de soins où elle travaille, la plupart des femmes enceintes qu'elle reçoit ne sont pas soumises au test de dépistage du virus, et qu'en outre, il n'existe pas de normes d'"accouchement sécurisé" permettant de diminuer les risques de transmission verticale pour les femmes dont on soupçonne ou connaît la séropositivité.

Nora Hernández, de l'Association Las Dignas, Margarita Posadas de ACROSA. et même Mme La Procuratrice pour les Droits de l'Homme ont fait savoir qu'elles avaient connaissance directe de nombreux employeurs qui exigent, dans l'examen médical préalable à l'embauche, un test de dépistage du VIH sans demander l'avis ni l'autorisation des futurs employés, lesquels, bien entendu, ne sont pas embauchés si le test se révèle positif.

Tout aussi préoccupant est le témoignage de six médecins hospitaliers de San Salvador, du Dr Tomás Chavez, de MDS, des représentantes de Las Dignas, et de Mme Margarita Posadas d'ACROSAL, qui ont unanimement dénoncé l'impossibilité d'un accès gratuit à la tri-thérapie pour les patients séropositifs, et ne font état que d'efforts brefs et ponctuels pour parer à la transmission verticale - avec des médicaments généralement fournis par des ONG et non par le MSPAS.

Et les choses ne s'améliorent pas. Conformément aux statistiques officielles salvadoriennes, il y avait en 1999 dans le pays au moins 24.000 personnes porteuses du virus VIH, dont plus de la moitié ignoraient le fait. Le Salvador vient en quatrième position des pays d'Amérique centrale pour ce qui

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

est de la prévalence. Depuis 1984, au moins 13.000 enfants se sont retrouvés orphelins du fait du sida, et les organisations qui travaillent sur le VIH/sida prévoient que d'ici à 2004, toutes les familles verront au moins un de leurs membres atteint du VIH.

Les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) au Salvador connaissent la peur, la discrimination, les difficultés d'accès aux traitements. Les antirétroviraux ne sont accessibles qu'à ceux qui peuvent se les procurer à titre privé. La tri-thérapie coûte près de 700 dollars US par mois, dans un pays où le revenu par habitant est inférieur à 250 dollars US par mois. L'Institut salvadorien de la Sécurité sociale ne fournit actuellement que l'AZT aux PVVS. 80% de la population touchée par le VIH/sida n'a pas d'assurance médicale, et n'est soignée que sporadiquement, sans traitement à l'AZT ni à des médicaments permettant de contrer les infections opportunistes. En octobre 1998, il y avait au Salvador 2455 cas recensés de malades du sida. Selon les chiffres officiels, 77% de ces cas appartiennent à la population hétérosexuelle, et 12% seulement aux groupes homo- ou bi-sexuels. Il faut cependant souligner que la plupart des homosexuels atteints du sida mentent à leur médecin et prétendent être hétérosexuels, pour éviter une discrimination encore pire.

Discrimination envers les femmes

Un autre groupe qui de toute évidence souffre de discrimination est celui des femmes. D'abord, leurs conditions de travail sont bien pires que celles des hommes : sur 10 personnes gagnant moins de 400 colons, 8 sont des femmes. De leur côté, 60% des hommes ont un travail déclaré, contre 40% seulement des femmes (en 2000). Le salaire d'une femme est en moyenne inférieur de 25% à celui des hommes, et le chômage chez les femmes économiquement actives a augmenté de 104% au cours de l'année 2002, phénomène qu'il faut certes lier à la généralisation du travail au noir, mais qui implique que davantage de travailleuses ne bénéficient d'aucune couverture de sécurité sociale. Ajoutons aussi que les femmes représentent plus de 80% des effectifs dans les zones franches ou "maquilas", où les conditions de travail sont clairement défavorables et où la protection sociale dans le travail est inexistante.

Près de la moitié de la population salvadorienne - 48,2% - ignore les droits de la femme, comme le révèle un sondage national effectué par l'Institut universitaire d'Opinion publique de l'Université centraméricaine José Simeón Cañas (UCA), coordonné par le Mouvement des Femmes sous les auspices

de l'Association Femmes pour la Dignité et la Vie (Las Dignas).

Par ailleurs, 21,7% de la population féminine considère que le principal problème qui touche les femmes dans le pays est celui de la maltraitance ou de la violence familiale. 9,4% considèrent que c'est la situation économique, 7,6% que c'est le harcèlement sexuel et les viols, 7,4% l'infidélité, 17,2% n'ont pas su identifier un problème. Parmi les autres réponses minoritaires, on trouve le manque d'éducation, le chômage, la discrimination envers les femmes, le machisme, le libertinage féminin, l'irresponsabilité des pères ... L'enquête a également mis en lumière la méconnaissance de la population salvadorienne vis-à-vis des actions ou des services que le gouvernement propose aux femmes, trois ans pourtant après qu'il se soit publiquement engagé à mettre en oeuvre la Politique nationale de la femme. 84,2% des personnes interrogées ont dit ne connaître aucun service ni aucune action; 15,8% seulement ont affirmé en connaître certains.

De la même manière, on a établi qu'un peu plus des deux tiers des salvadoriennes (67,2%) se sentent peu, ou pas du tout soutenues dans leur vie quotidienne par les services que leur offre le gouvernement - conseil juridique en cas de violence familiale, de paternité irresponsable, aide en matière de santé sexuelle ou de planning familial, etc ... 61,3% des personnes interrogées estiment que ces dernières années les services d'information, de conseil et d'aide à la femme ont augmenté, un peu ou beaucoup; 36,3% pensent qu'il n'y a pas eu, ou peu eu de changements à cet égard, 2,5% n'ont pas répondu. Lorsque l'on a demandé aux femmes seulement si elles savaient à qui s'adresser pour porter plainte en cas de violation d'un de leurs droits, 48% ont répondu par la négative, et cette ignorance est plus perceptible chez celles qui sont le moins éduquées et qui appartiennent aux couches les plus modestes de la population (milieux ouvriers et ruraux).

L'enquête sur la santé familiale effectuée par FESAL a révélé que sur l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans interrogées, 5,8% ont indiqué avoir subi des relations sexuelles sous la contrainte, une proportion qui, en chiffres absolus, représente 91.673 femmes. 6,3% de ces femmes avaient moins de 10 ans quand la chose leur est arrivée, la majorité entre 10 et 19 ans (57,6%). Les principaux agresseurs sont : un inconnu (25%), le mari ou compagnon (23%), un ami ou un voisin (18%), le fiancé (10%), l'employeur ou un collègue (8%), d'autres parents (12%), notamment le père ou le beau-père.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

L'état de santé des salvadoriennes se ressent de cette discrimination sociale très marquée. Il n'existe pas de planning familial, ni de campagnes d'information sur les MST. La fourniture de contraceptifs est hasardeuse et sporadique. Le Dr Ilsey Quiñones, du Centre de Santé Tzu-Chi déclare qu'elle disposait de contraceptifs oraux pour une période de 5 mois par patiente, ce qui est parfaitement inefficace, et qu'elle ne disposait d'aucun préservatif ou contraceptif intra-utérin. Les travailleuses communautaires du Centre communautaire de Valle Dorado ont déclaré qu'elles reçoivent tous les jours des femmes d'âge fertile qui viennent s'enquérir des méthodes de planning familial, parce qu'elles n'ont pas été correctement informées à leur Centre de Santé, ou parce qu'on leur y a répondu qu'il n'y avait pas de contraceptifs oraux ou préservatifs. Selon Nora Hernández, de Las Dignas, les contraceptifs sont dispensés irrégulièrement, sans qu'ils soient accompagnés de matériel didactique ou de campagnes d'information, ce qui donne lieu - elle a pu le vérifier par elle-même - à des utilisations parfaitement inadéquates et donc inefficaces.

Cette mission a eu l'occasion de s'entretenir personnellement avec cinq femmes de la communauté du Valle Dorado, âgées de 14 à 42 ans. Toutes ont dit n'avoir été examinées qu'une fois pendant leur grossesse, n'avoir jamais été examinées après leur accouchement, et n'avoir jamais reçu la moindre information sur la manière d'éviter une nouvelle grossesse. Ces témoignages concordent avec les chiffres du MSPAS, qui reconnaît que 58% seulement des femmes enceintes passent les cinq tests prénataux considérés comme le minimum requis; les différences sont considérables entre les zones rurales (51%) et les zones urbaines (68%). Par ailleurs, il apparaît que 58% seulement des accouchements se font en milieu hospitalier, un chiffre qui tombe à 42% en milieu rural. Ces chiffres expliquent certainement la très haute mortalité maternelle que connaît le Salvador - (120/100.000), très supérieure à celle des autres pays latino-américains. Les indices de mortalité si élevés chez les enfants, les jeunes et les mères sont dus essentiellement à l'insuffisance des services de santé périnatale, particulièrement importants pour la femme, ainsi que de l'hygiène de base, ou du traitement des problèmes d'environnement : toutes prestations qui, correctement assurées, permettraient de réduire ces chiffres.

Il est évident - comme le dit le rapport du PNUD - que les secteurs les plus vulnérables de la population (le binôme mère-enfant, la population rurale, et la population en situation de pauvreté) "éprouve des difficultés à accéder aux soins primaires, et davantage encore aux soins spécialisés de

niveau secondaire et tertiaire. De la même manière, un grand pourcentage de la population la plus pauvre n'a pas accès à l'eau potable et au traitement des eaux, facteurs qui pèsent lourdement sur les chiffres de la santé."

Par ailleurs, 13% des petits salvadoriens ont un poids très réduit à la naissance, chiffre qui est le double de celui du Costa-Rica, de Cuba, de l'Argentine ou du Chili. La mortalité infantile est de 33/100.000, et donc supérieure à celle du Honduras (31), du Paraguay (26), et de plus du double de celle de l'Argentine, pays dévasté, pourtant (16), de l'Uruguay (14), ou du Chili (10).

Accessibilité physique. Les établissements, biens et services de santé devront être accessibles à tous, en particulier aux groupes vulnérables et marginaux, comme les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, handicapées ou séropositives.

Il existe un phénomène reconnu unanimement par tous les acteurs sociaux y compris ceux de la santé: presque un quart des salvadoriens qui souffre d'une quelconque maladie ne reçoit pas de soins, les infrastructures étant soit trop éloignées de leur domicile soit inexistantes. Parmi les plus défavorisés, cette proportion atteint les 35%. La majeure partie de cette population est dispersée dans les zones rurales et les zones urbaines marginales. Aucune stratégie effective n'a été mise en place pour leur faire parvenir des soins, les instruments ayant été isolés, dispersés et mal coordonnés. Paradoxalement on a assigné des ressources croissantes à des interventions au coût élevé et de faible efficacité, accessibles à une infime partie de la population alors même que l'accès aux interventions les plus élémentaires n'est pas garanti à l'ensemble des Salvadoriens.

L'inaccessibilité géographique des soins est une réalité au Salvador. Les populations disposent de centres rudimentaires insuffisamment équipés et ont de grandes difficultés à être transférées dans des centres dispensant des soins de meilleure qualité.

María Rudecinda Orellana raconte que le centre de soins le plus proche de sa communauté se situe à 2 heures de trajet.

Miguel Montenegro, Directeur de la Commission des Droits de l'Homme du Salvador (CDHES), rapporte que les habitants de la communauté d'El Escobal à La Paz, qu'il assiste dans le cadre de son travail d'éducation aux droits de l'Homme, doivent voyager plus de 6 heures pour avoir accès au centre

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

de soins le plus proche. Enfin, le Docteur Tomás Chávez certifie que ses patients, faute de centre public plus proche, voyagent pendant plusieurs heures avant d'arriver au centre communautaire où il exerce; centre appartenant à une ONG, ouvert seulement du lundi au vendredi de 8h à 15h.

Plusieurs témoignages de patients viennent confirmer les propos de ces praticiens:

María Juárez de Valle Dorado raconte que, lorsque, enceinte, ses contractions ont débuté, elle a dû attendre plus de 20 min. avant d'obtenir un bus afin d'être transportée jusqu'à l'hôpital de Santa Ana, à 40 min de chez elle. La Sra. Elda Elizabeth également de Valle Dorado a vécu la même expérience lors de sa grossesse.

Delia Orellana, dont le témoignage a été recueilli dans la salle d'attente de l'hôpital Rosales, a déclaré que l'unique endroit où elle pouvait être auscultée par un spécialiste était à San Salvador, à plus de trois heures de chez elle. C'est pour cette raison qu'au lieu de se rendre à l'hôpital tous les 3 semaines pour suivre une chimiothérapie, elle n'y va que tous les 2 mois pour ne pas abandonner ses enfants pendant trop longtemps. Elle s'y rend seule et reste seule dans cette ville malgré sa maladie.

Juan Alvarado âgé de 70 ans vit dans le département de San Miguel. Il y a un an, il a perdu subitement la mobilité de toute la partie droite de son corps, conséquence d'un accident cérébrovasculaire. Sa famille a dû trouver un véhicule pour le transporter au centre de soins le plus proche où le médecin lui a annoncé qu'il devait être hospitalisé et comme il n'y avait pas d'ambulance pour le conduire à l'hôpital et qu'il ne pouvait évidemment pas voyager en bus, sa famille a dû payer un taxi. Il est donc arrivé à l'hôpital par ses propres moyens, plus de 8 heures après l'accident et sans contrôle médical durant le trajet.

Mme le Procureur pour la défense des droits de l'Homme corrobore ces témoignages dans son rapport en citant le cas de Bajo Lempa, situé dans le département de Usulután. Elle constate qu'au Salvador les difficultés n'en finissent pas pour les habitants de la zone de Bajo Lempa: aux dépenses d'hospitalisation viennent s'ajouter le coût des transports pour rejoindre la route principale d'où ils prennent les transports publics pour se rendre à l'hôpital ou à la clinique.

Sur ce point, le cas de la communauté "Linares" est exceptionnel. Ses habitants doivent parcourir 3 kilomètres à pied pour se rendre au fleuve Lempa car il n'y a aucun moyen

de transport du type pick-up ou camion. Ils doivent ensuite traverser le fleuve en vedette avant de parcourir encore trois autres kilomètres à pied pour arriver à un endroit où ils trouveront enfin des transports publics. C'est dire si la présence de ces personnes en ville leur a coûté de nombreux sacrifices, en plus des dépenses dans les centres de soins. Dans ces conditions, l'obtention d'une assistance sanitaire pour ces citoyens et citoyennes contribue à l'aggravation de leurs conditions de vie, déjà détériorées.

L'accessibilité implique également que les services médicaux et les facteurs déterminants de base en matière de santé, comme l'eau potable et les services sanitaires adéquates, se situent à une distance raisonnable, y compris dans les zones rurales.

Sur ce point signalé par le comité des DESC, la situation du Salvador est particulièrement précaire. Il est évident que le plein exercice du droit à la santé est utopique si font défaut les facteurs déterminants que sont l'eau et les services sanitaires.

Qualité de l'eau

En 2000, 23% de la population du Salvador n'avait pas accès à l'eau potable. Ce chiffre est supérieur à celui des autres pays de la région, notamment à ceux du Costa Rica (5%), du Chili (7%), de Cuba (9%), du Mexique (12%), du Panama (10%), du Honduras (12%) ou du Guatemala (8%). En outre, presque 20% des Salvadoriens n'ont pas accès à l'assainissement tandis que 92% de la population du Panama en bénéficie, 86% en Colombie, 99% en Jamaïque, 94% au Paraguay, 94% en Equateur et 96% au Chili.

Le PIB par habitant est de 2147 USD contre 5850 en 1978. Les indices d'inégalité sont parmi les plus élevés du monde: les 10% les plus pauvres de la population ne participent à la consommation totale au Salvador qu'à hauteur de 1,2% alors que les 10% les plus aisés y participent à hauteur de 39%, générant ainsi un indice Gini de 50.4, chiffre seulement surpassé dans des pays tels que l'Ethiopie, l'Afrique du Sud, la République Centrafricaine, le Zimbabwe ou le Botswana. En Amérique Centrale, seuls le Nicaragua et le Honduras ont atteint de tels indices d'inégalités.

Ces chiffres expliquent, conformément au dernier rapport sur le développement humain du PNUD, qu'au Salvador, la probabilité à la naissance de ne pas vivre jusqu'à 40 ans soit de 9,9%; chiffre supérieur à ceux des autres pays en voie de développement de la région et notamment de la Colombie

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

(8.4%), du Panama (6.8%), de la Jamaïque (4.9%) et du Paraguay (8%).

L'insuffisance et la déficience des facteurs de base déterminants en matière de santé, notamment le logement, l'emploi, l'éducation, les services élémentaires, la sécurité des citoyens et autres, les conditions, la santé environnementale, l'eau potable, les déchets solides, la contamination et les substances toxiques, le maniement d'aliments et zoonose, influent de manière déterminante sur le développement de maladies.

La pénurie d'eau est un problème croissant au Salvador. Dans l'est du pays où se situent les départements de Morazán, La Unión, Usulután y San Miguel, des milliers de femmes, d'hommes, d'enfants et de personnes âgées se lèvent à l'aube pour marcher pendant 6 kilomètres à la recherche d'un robinet public qui leur permettra de remplir leurs récipients, non sans avoir attendu au préalable dans une longue et pénible queue. Dans les zones urbaines, l'eau potable n'est pas disponible tous les jours car dans certains quartiers la qualité de l'eau est très mal contrôlée. Felipe Flores, le maire de San Francisco Gotera, chef-lieu du département de Morazán, un des plus pauvres d'El Salvador, a qualifié la situation d'extrêmement urgente car, selon lui, il ne s'agit pas seulement d'une pénurie d'eau mais d'un désordre administratif et légal qui s'exprime à travers une demande toujours croissante d'eau, une mauvaise distribution et des sources indisponibles. Dans cette ville, des communautés telle que la colonie Morazán, Las Flores, El Calvario, San Martín, La Cruz y Vista Hermosa sont les plus affectées par la pénurie d'eau car elle ne sont approvisionnées que trois jours par semaine et pendant seulement trois heures par jour. La situation à San Miguel va en s'aggravant selon les biologistes car les nappes d'eau sont polluées par le DDT en raison de l'usage incontrôlé de ce pesticide dans les années 60. Comme au Nicaragua, le "boom" cotonnier a détérioré l'économie de l'est du Salvador et a entraîné la déforestation d'un hectare de forêt et d'arbres fruitiers pour laisser la place à la "marche blanche". Aujourd'hui il reste uniquement des champs désertiques, "étouffés" par les nuages de poussière, la chaleur et la pénurie d'eau.

Problèmes environnementaux

L'environnement est négligé de manière évidente au Salvador. Aux témoignages directs que cette mission a recueilli dans la ville de Tzi-chu, à Villa Tzi-Chu, Valle Dorado, San Salvador et La Libertad sur la situation du Fleuve Ateos, et qui rendent compte de la mauvaise qualité de l'eau, des

restrictions dues au fait qu'il n'y a d'eau que quelques heures par jour, de la pollution évidente de l'environnement, et de la surpopulation de mouches, sans oublier l'apparition de nombreux déchets organiques jetés au fleuve, s'ajoutent de nombreux rapports officiels qui dénoncent également de graves problèmes environnementaux.

Le Docteur Ricardo Navarro a avancé une large documentation sur des cas sérieux de pollution de l'environnement, notamment par la compagnie agricole industrielle en Suchinato dont les responsables furent condamnés non pas à trois ans de prison mais à trois ans de travaux forcés. Suite à son témoignage, la loi sur l'environnement a été modifiée. Une investigation du Ministère de l'Environnement est désormais posée comme condition préalable à la recevabilité d'une plainte pour pollution de l'eau. Cette limitation ainsi que la réduction notable du personnel de la police civile nationale font obstacle à une possibilité réelle de détecter et poursuivre les atteintes à l'environnement. Le Docteur Navarro a également indiqué que dans El Tabalón ont été enregistrées trois décès par intoxication à partir de toxiques déversés par des particuliers et que la justice a décidé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une investigation. Pour cette raison, il a accusé publiquement le Procureur Général de la République, Mr Belisario Amadeo Artiga, pour avoir délibérément freiné les investigations.

D'autre part, un document de l'institut des droits de l'Homme de la UCA (IDHUCA) relate que le 5 juillet 2002, presque 300 personnes qui travaillaient dans une maquiladora située dans la zone franche internationale "El Salvador", près de Olocuilta, sur la route qui mène à l'aéroport de Comalapa, furent victimes de fortes douleurs à la tête et à l'estomac, de vertiges, de somnolence, de nausées et de difficultés respiratoires. Selon les médecins et les secouristes qui les ont assistées, une intoxication de masse par inhalation de chlore étaient à l'origine de ces maux. Moins de trois jours après cet événement le problème s'est répété au même endroit et à nouveau la capacité d'accueil des urgences des hôpitaux dépendant de la sécurité sociale, Rosales et Maternités, a été dépassée. Plus de 500 personnes, en grande majorité des femmes, ont été hospitalisées.

Selon le document, les différents porte-parole du gouvernement ont donné des versions contradictoires de l'accident, allant de l'aveu de l'intoxication à sa négation. Profitant de la présence au Salvador de dirigeants de syndicats étasuniens, ils en sont enfin venus à parler d'un sabotage faisant partie d'un plan vicieux visant à discréditer

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

le secteur du textile face aux investisseurs étrangers.

Juan Mateu Llord, représentant le Comité d'Urgence Nationale (COEN)¹¹, a affirmé qu'il s'agissait uniquement d'un "événement collectif" et nullement d'une intoxication. Il a ajouté qu'à l'intérieur de l'usine il n'y avait pas de matériaux toxiques et que les divers examens auxquels ont été soumis vendredi les victimes n'avaient révélé la présence d'aucune substance chimique nocive, soutenant ainsi la thèse selon laquelle le Procureur Général de la République rechercherait l'existence "d'intérêts externes à déstabiliser ce centre de travail par le biais d'actions feintes par les employées". Toutefois, en réponse à l'affirmation selon laquelle aucune substance chimique ne se trouvait dans l'atmosphère de l'usine, le Corps des Pompiers a déclaré avoir trouvé trois barils de chlore sur les lieux, deux d'entre eux n'étant pas pleins bien que scellés, ce qui laisserait à penser qu'il y ait eu des fuites de liquide. De plus, aussi bien les médecins ayant pris en charge les victimes à leur arrivée à l'hôpital ainsi que les secouristes de la Croix Rouge Salvadorienne et autres corps médicaux ont confirmé que les symptômes dont elles souffraient désignaient clairement une intoxication au chlore. Toujours selon le rapport de Nizkor et de la UCA, ni les représentants du Ministère de l'Environnement et des Ressources Naturelles ni le personnel du Bureau de Mme le Procureur pour la Défense des Droits de l'Homme n'ont été autorisés à accéder à l'usine.

Le Dr Navarro de la CESTA a également déclaré avoir trouvé 98 barils de Toxafen de 400lb chacun, abandonnés par l'entreprise Monsanto dans la région de San Miguel, produit connu pour être gravement toxique quand il rentre en contact avec des sources d'eau. L'ampleur de sa puissance hautement toxique a d'ailleurs été confirmée par le fait que plusieurs membres du personnel de la PCN se sont trouvés mal à cause des émanations toxiques en approchant la zone polluée. Le Dr Navarro relate que son organisation a dénoncé toute l'affaire à la presse, documentation photographique à l'appui (visionnée par cette mission), mais que l'entreprise à tout de même été exonérée par le Procureur des charges qui pesaient sur elle à cause d'un "manque de preuves".

A ce sujet, le Rapport de Mme le Procureur pour la Défense des Droits de l'Homme fait l'observation d'un nombre inhabituellement élevé de cas d'insuffisance rénale dans la région de Usulután sans cause connue. Une étude menée par l'hôpital Rosales (García Trabarino et collaborateurs: "Maladies rénales en phase terminale à l'hôpital National Rosales et lien probable avec des contacts antérieurs avec des herbicides et pesticides, juin 2000") rapporte une nette

augmentation du nombre de cas d'insuffisance rénale chronique pour causes inconnues, traités par l'hôpital. Gracia Trabarino conclue que "la majorité (66.8%) des nouveaux patients atteints accueillis par le service rénal de l'hôpital ne présente pas de causes connues ou identifiables pour leur insuffisance rénale en phase terminale. Le contact chronique avec des herbicides et pesticides a certainement été beaucoup plus important chez ce groupe de patients bien qu'il pourrait s'agir d'un facteur de confusion n'ayant aucune relation de causalité. Il faut dès lors établir si la fréquence importante de ces contacts avec des substances pesticides ou herbicides chez ce groupe de patients, malades sans cause identifiable, présente un intérêt étiologique, et ce plus particulièrement à la lumière des découvertes réalisées par l'étude Profil Epidémiologique des Nouveaux Cas, qui démontrent une incidence apparente entre l'épidémie d'insuffisance rénale chronique qui s'est propagée dans les zones côtières du pays, et le fait que cette zone ait été le cadre d'activités de culture intensive de coton, pour laquelle ces substances ont été abondamment utilisées"(...) "Pour le moment, il est simplement possible d'affirmer que le nombre impressionnant de patients malades d'Insuffisance Rénale Terminale traités par l'hôpital National Rosales ne présente aucune cause identifiable pour leur maladie et que les trois quart d'entre eux se souviennent avoir été en contact, de façon chronique, avec des substances herbicides ou pesticides".

Accessibilité économique : les établissements, biens et services de la santé devront être à la portée de tous. Le paiement des services de santé et des services en relation avec les facteurs déterminants et de base de la santé devront être régi par le principe de l'équité, afin de pouvoir garantir que ces services, qu'ils soient d'origine publique ou privée, soient à la portée de tous, y compris des groupes socialement défavorisés.

Le problème de l'inaccessibilité économique est sans doute le thème le plus complexe et le plus critiquable en ce qui concerne la situation du système de santé au Salvador. La Constitution de la République elle-même contient des références très explicites sur le sujet, surtout par rapport aux autres normes constitutionnelles existantes sur le continent. Dans son article 66, la Constitution affirme que "l'Etat portera gratuitement assistance aux malades dépourvus de ressources". Toutefois, tous les acteurs sociaux s'accordent à dire que le manque d'accord et de financement public, l'insuffisance des dépenses par tête des institutions étatiques ainsi que l'augmentation des dépenses privées en matière de santé, révèlent un fort déséquilibre financier dans

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

le secteur de la santé et que le système de paiement partagé a renforcé les barrières économiques.

Insuffisance des fonds alloués au fonctionnement des structures de santé

Les dépenses publiques pour le secteur de la Santé (en % du PIB) se montent à 3.2%, alors que pour la Bolivie et le

Honduras celles-ci atteignent 4.3%, qu'au Brésil elles représentent 3.4%, en Colombie 5.3%, au Panama 3.8% et en Argentine 4.7 %, et ce malgré le fait que dans tous ces pays, le secteur privé dans le domaine de la santé ait déjà commencé à fortement se développer. Les dépenses publiques dans la santé ne s'élèvent qu'à 164 USD, soit 22% des dépenses publiques totales. Plus de 72% de ces dépenses est assigné à la rémunération du personnel.

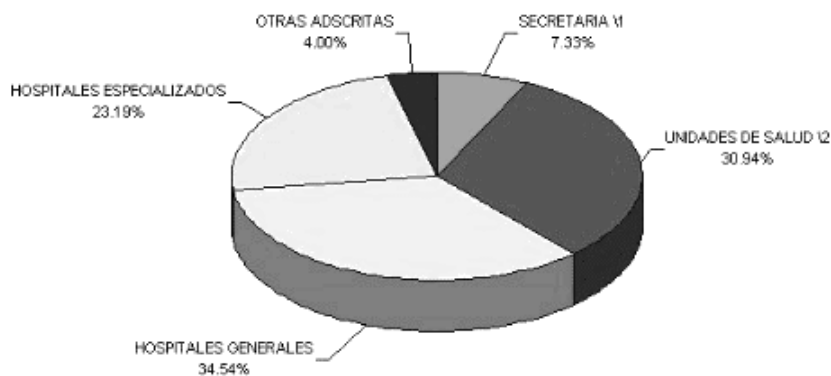
Budget assigné en 2001 par type de dépenses en pourcentage



Sources : MSPAS au Salvador - Rapport sur la politique budgétaire.

La répartition du budget s'opère de façon proportionnelle par rapport aux différents niveaux de qualité dans le domaine de l'assistance.

Budget assigné en 2001 par type d'institutions en pourcentage



El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

De nombreux éléments permettent d'affirmer que le budget assigné aux différentes structures hospitalières est insuffisant pour couvrir leurs frais, et par conséquent, malgré le refus officiel de recourir au paiement partagé, il est évident que sans l'affectation de fonds supplémentaires, les différents niveaux des unités sanitaires ne peuvent fonctionner.

Le Dr Jorge Roldan, directeur adjoint de l'hôpital Rosales qui chapeaute l'ensemble du système national, déplore le fait que son hôpital ne dispose actuellement que de 472 lits ouverts (sur un total de plus de 600), pour une moyenne de 800 consultations par jour. L'hôpital compte 260 médecins et 460 infirmières. Selon la "Prensa Grafica" (16 septembre 2003), l'Hôpital Rosales, qui est le premier centre d'urgences

de San Salvador et des communes avoisinantes, ne dispose que de 25 brancards alors que près de 60 personnes sont admises chaque jour. La totalité des fonds GOES (c'est à dire du budget réel délivré par le MSPAS affecté au fonctionnement de l'hôpital pour couvrir ses dépenses, y compris celles des salaires, alimentation, médicaments et éventuels services) représente 175 millions de colons par an (soit près de 22 millions de dollars). 75 % de ces fonds sont assignés à la rémunération du personnel.

Ces mêmes chiffres du MSPAS révèlent que les contributions volontaires (consignées en tant que "ressources propres" des hôpitaux), représentent un pourcentage assez important des dépenses hospitalières.

Transfert de fonds et ressources obtenus par les institutions décentralisées en 1999

Institution	Fonds GOES transférés	Ressources propres obtenues	% de ressources propres
Hôpital Rosales	131.794.158	5.865.702	4%
Hôpital Benjamín Bloom	108.783.107	20.853.847	19%
Hôpital de Maternidad	63.912.018	1.460.250	2%
Hôpital de Ahuachapan	26.030.876	2.847.881	11%
Hôpital de Chalatenango	18.943.309	3.720.140	20%
Hôpital de San Miguel	67.460.276	15.870.981	24%
Hôpital Santa Ana	69.798.132	4.256.791	6%
Hôpital de Sonsonate	30.694.048	3.234.284	11,00%

Bien que le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé, élaboré par le MSPAS souligne que "le financement du MSPAS provient majoritairement des fonds GOES (Fonds du Trésor National), qui a pourvu à 90% des fonds disponibles pour l'année 1999", le Ministère admet que lorsqu'il se réfère plus spécifiquement aux hôpitaux, "le niveau d'obtention de ressources propres (fonds acquis par les hôpitaux au titre de contributions volontaires des usagés, donations, vente de services aux tiers ou autres sources extraordinaires) s'est

élevé à 124 millions de colons, soit 11% du financement total des entités concernées".

Bien sûr, en raison du fait que les unités de premier secours touchent majoritairement la tranche la plus pauvre de la population, les contributions qui composent les ressources propres affectées aux dépenses de santé de ces centres sont bien moindres, puisque les patients dont elles s'occupent n'ont pas les moyens de les verser.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Institutions	Dépenses Totales	Ressources Propres	%
Hôpitaux spécialisés	368,59	22,65	6,15%
Hôpitaux généraux	695	77,60	11,17%
Unités de Soins	543	0,30	0,06%

Le Dr Ilsy Quinones de Villa Tzi-Chu rapporte pour sa part que son unité a été donnée et construite en totalité grâce aux fonds provenant de la coopération internationale ainsi que des donations motivées par le tremblement de terre. Son unité répond donc au nom de "maison de Soins" et non "unité de Soins" puisque ces dernières dépendent en totalité du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. Toutefois, l'ensemble de la communauté Tzi-Chu, valle Dorado, Ateos et Lourdes, dépendent de ce centre de soin pour leur prise en charge, puisque l'unité de Soins la plus proche (et dont dépend théoriquement la maison de Soins) qui se trouve à Sacocayo (à 45 minutes en voiture), n'accepte pas les patients et les adresse à la maison de Soins de Tzi-Chu. Le Dr Quinones affirme cependant ne pas recevoir de budget propre, et déplore que les médicaments et "facteurs de production" qu'elle reçoit de la part de l'unité de Soins de laquelle elle dépend soient totalement insuffisants pour faire face à sa charge de travail journalière. La communauté a donc organisé diverses activités pour collecter des fonds (comme la vente de nourriture et d'autres articles aux bénéficiaires du centre) et, associées aux contributions volontaires, elles représentent donc quantitativement, une source de revenu très importante pour le soutien des activités de la section de premiers soins. Même si elle affirme ne pas faire payer les patients qui n'en ont pas les moyens, le Docteur Quinones admet que cette situation représente un frein à l'apport des prestations de base, notamment en ce qui concerne les médicaments.

Le système des "contributions volontaires"

De nombreux témoins rapportent que les établissements du MSPAS demandent le paiement de "quote-part volontaires" d'une façon si pressante qu'elles en deviennent presque obligatoires.

Le Dr Herbert Guzman, représentant du Collège Médical, les médecins représentants de AMENA, les médecins indépendants (ONG et organisations communautaires) ainsi que de nombreux patients interrogés directement par cette mission ont confirmé l'obligation de payer les contributions volontaires.

Le Docteur Lidia Ferruffino, de la Maternité Hospitalière Iro de Mayo, a déclaré que ses patients devaient s'acquitter de la somme de 22 USD pour un accouchement normal, et de plus de 100 USD pour une césarienne.

Le Dr Adelaide Estrada, qui exerce également dans la Maternité Iro de Mayo, a admis que ses patients (majoritairement en situation de nécessité) devaient payer 100 USD pour acheter le traitement nécessaire à la désensibilisation des patients Rh négatif, puisque ce dernier n'est pas pourvu par l'hôpital. D'après son expérience, seuls 20 à 30% des patients qui nécessitent ce traitement l'achètent puisque son prix dépasse leurs possibilités.

Le Dr Salomon Flores Alfaro, en charge de la section des simulateurs cardiaques et d'électro-physiologie de l'hôpital Rosales, a dénoncé une situation qui le force chaque jour à renvoyer chez eux et sans traitement des patients qui pourtant nécessitent un simulateur cardiaque parce que la majorité d'entre eux ne peuvent pas payer les 2000 USD que coûte un appareil et que l'hôpital n'y pourvoit pas en cas d'extrême pauvreté ou de risque vital.

Le Dr Alcides Gomez, chef du service de chirurgie à l'hôpital Rosales, a déclaré que lui et ses collègues ont essayé de sensibiliser leurs patients sur le fait qu'ils n'étaient aucunement obligés de payer, mais que la plupart de ces derniers leur ont répondu que la pression dont ils faisaient l'objet de la part des travailleurs sociaux était telle qu'ils auraient honte de ne pas payer.

Le Dr Guillermo Lara du Collège Médical a expliqué que dans les hôpitaux de la ville de San Salvador, une fois le patient admis, on lui prépare un devis de ce qu'il devra payer, et que les résultats des analyses et les actes médicaux sont délibérément retardés jusqu'à ce que le patient s'acquittent de la somme. Dans le passé, les médecins étaient forcés à ne pas donner d'autorisation de sortie au patient jusqu'à ce qu'il ait réglé l'hôpital, mais aujourd'hui la pratique veut que le médecin informe le patient du montant de sa dette envers l'hôpital tout en l'enjoignant à la régler au plus vite. A chaque

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

fois que ces patients reviennent à l'hôpital, les travailleurs sociaux les retrouvent et leur réclament le paiement de leur dette. La conséquence de cette pratique est que les patients ne reviennent plus consulter pour les visites de contrôle ou lorsqu'ils sont victimes de nouvelles maladies ou accidents car cette pratique les enferme dans la logique honteuse du "mauvais payeur".

Le Dr Ricardo Leiva de l'Hôpital Bloom en Pédiatrie a déclaré que tous ses patients étaient priés de régler la somme de 300 USD pour toute tomographie informatisée. A la question explicite de savoir s'il avait déjà été obligé de refuser de traiter un patient parce que ce dernier n'avait pu payer l'examen, il a répondu par l'affirmative.

Le Dr Tomas Chavez de MDS, affirme que les patients affluent dans son centre communautaire parce qu'ils y reçoivent une assistance et un traitement gratuit, et que beaucoup d'entre eux avouent que, même si une unité de Soins du MSPAS se trouve plus près de chez eux, ils ne s'y présentent pas car on leur réclame la quote-part volontaire et qu'ils doivent acheter eux-mêmes leurs médicaments. Le Dr Chavez confirme avoir connaissance du fait que le Fonds Social des Urgences ait réalisé une liste de toutes les personnes de la communauté ayant une dette envers un centre de soins.

Cette mission a interrogé une vingtaine de personnes de la communauté, patients de ces centres de soin. Les témoignages à leur égard ont été unanimes quand aux exigences du paiement d'une quote-part volontaire dans les centres de soins du MSPAS de différents niveaux de qualité, exigences exprimées avec une telle insistance et pression qu'il devient difficile de lui appliquer le qualificatif de "volontaire".

Voici quelques témoignages pour illustrer cette situation :

Mme Luz Elena Brailun de Valle Dorado s'est présentée à l'hôpital de Santa Ana avec ses deux enfants, tous deux atteints de fièvre et diarrhée. Pour ce rendre à l'hôpital, elle n'a eu d'autre moyen que de voyager en autobus pendant 50 minutes. En arrivant au centre de soins, on lui apprend que seul l'un des deux enfants pourra être ausculté étant donné la charge de travail de l'hôpital, et qu'elle devra se représenter le lendemain. On lui a demandé 10 colons (environ 1.2 USD) pour la consultation et on lui a prescrit les antibiotiques requis par ordonnance, l'hôpital ne disposant pas des médicaments pour les administrer directement. Comme Mme Brailun n'avait pas l'argent nécessaire à l'achat des médicaments elle n'a jamais pu administrer les antibiotiques

à son enfant qui est resté très sérieusement malade pendant encore deux semaines.

Mme Rosa Rivera, 52 ans, dit se rendre fréquemment à l'hôpital national Santa Ana, car sa fille de 14 ans souffre presque chaque mois de bronchite. Elle doit donc l'amener à l'hôpital, qui très souvent souhaite l'hospitaliser moyennant la somme de 100 colons pour chaque admission (la description des symptômes semble coïncider avec ceux de l'asthme bronchique). A chaque fois que Mme Rivera a annoncé qu'elle n'avait pas d'argent pour payer l'hospitalisation, sa fille a tout de même été admise, mais sous réserve d'une dette à régler ultérieurement. Chaque mois, quand Mme Rivera se représente avec sa fille, on lui augmente d'autant le dette qu'elle a contracté envers l'hôpital. Le plus souvent, elle a également eu à sa charge l'achat des médicaments, qui s'élève à 500 colons, en plus du prix de l'hospitalisation. Mme Rivera admet, mêlant angoisse et honte, que puisqu'elle se voit réclamer le paiement d'une dette qu'elle ne sera jamais capable de régler, elle n'emmène aujourd'hui sa fille à l'hôpital que lorsque la situation lui paraît grave. Elle ne peut pas assurer de suivi hospitalier, et ne prend de médicaments qu'après chaque hospitalisation à cause de leur prix trop élevé.

Mr Benjamin Pineda, 78 ans, consulte au Service Oncologique de l'hôpital Rosales depuis qu'il a été diagnostiqué d'un lymphome. On lui réclame 1 USD à chaque consultation. Il tente de se conformer aux recommandations des médecins et infirmières, mais se trouve aujourd'hui dans l'impossibilité de prendre en charge ses médicaments. En effet, si avant il recevait les médicaments directement de l'hôpital 2 fois sur 3, actuellement il se voit toujours confronté à la même réponse: l'hôpital ne dispose plus des médicaments puisqu'il s'est vu "interdire de toucher la quote-part volontaire". Mr Pineda doit donc acheter lui-même son traitement, dont il faut rappeler qu'il est extrêmement cher. Malgré le fait que son fils et sa belle-fille aient tous deux un emploi, il reconnaît avoir dû, certains mois, suspendre son traitement parce qu'il ne pouvait pas régler les médicaments.

Mr José Hernandez, 24 ans, témoigne s'être ouvert la main avec ses outils de travail. Il s'est donc immédiatement rendu aux urgences de Rosales, qui lui ont réclamé 100 USD pour pouvoir lui prodiguer les soins nécessaires. Après avoir fait savoir qu'il était au chômage et sans argent, l'hôpital lui a répondu ne pas être en possession du matériel nécessaire pour le soigner, et que pour se le procurer, Mr Hernandez devait fournir les fonds nécessaires. Finalement, ce dernier a choisi de recourir à une clinique privée qui lui demandait la

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

somme de 300 USD pour les mêmes soins, mais qui a finalement accepté de ne lui en faire payer que 50.

Mme Nicolasa Pérez, 36 ans, a eu cinq enfants et est actuellement enceinte pour la sixième fois. Ses trois premiers accouchements ont été suivis par un hôpital de la Sécurité Sociale, et le dernier, son mari ayant perdu son travail, à l'hôpital de Maternité. Toutefois, et même si Mme Pérez vit à moins d'une heure de San Salvador, ses dernières grossesses n'ont fait l'objet que d'un seul contrôle prénatal, et son dernier accouchement à eu lieu à domicile, avec l'assistance d'une sage-femme. Elle pense d'ailleurs accoucher cette fois-ci dans les mêmes conditions, décision motivée par le fait qu'elle est débiteur de l'hôpital qui l'a prise en charge, puisqu'après son dernier accouchement et surtout l'hémorragie importante dont elle a été victime par la suite, et qui a nécessité un prolongement de son séjour à l'hôpital, elle s'est vue annoncer que la note avait doublé. Même si elle et son mari ont tous les deux un emploi, ils n'ont pu rassembler assez d'argent pour régler la facture de 200 USD, et comme à chaque fois qu'elle se présente depuis à l'hôpital, on la lui réclame, elle a décidé de ne plus s'y rendre. Son dernier accouchement, assisté par une sage-femme compétente, lui a coûté 100 colons. Elle a souffert de pertes importantes, et la sage-femme lui a recommandé de se rendre à l'hôpital après s'être rendue compte que celles-ci ne se résorbaient pas ce qui lui faisait craindre pour la vie de sa patiente, mais Mme Pérez s'y est refusé.: "un pauvre a sa dignité, et je ne supporterai pas qu'on me rappelle que je ne paye pas mes dettes. Et comme je ne serais jamais capable de les régler à l'hôpital, je n'y retournerai plus".

Une jeune fille de 14 ans a rapporté avoir accouché de son premier enfant quelques jours auparavant à l'hôpital Santa Ana. La patiente présentait clairement des signes d'anémie sévère aux yeux des membres de cette mission, avec une asthénie importante, une pâleur de la peau et des muqueuses inquiétante et de la tachycardie. Elle et son ami sont tous deux sans emploi, et vivent dans un logement qui leur a été prêté par une congrégation religieuse de la communauté locale. Quand elle s'est présentée à l'hôpital, on lui a réclamé 50 USD. Les familles des deux adolescents n'avaient pas de ressources. Le travailleur social a pourtant insisté, à l'aide d'arguments tels que: "n'auriez-vous pas quelque poulet à vendre?", "peut-être que ta mère pourrait vendre des tamales ou des tortillas les week-end pour rassembler un peu d'argent?". Finalement, Mlle Zapata explique que les deux familles se sont fait prêter un peu d'argent, ont vendu des animaux, et ont réussi à fournir chacune la moitié de la somme réclamée par l'hôpital. Elle

s'est fait prescrire un traitement pour soigner son anémie, et est restée sous médication pendant 15 jours. On lui a après donné une ordonnance pour qu'elle achète le traitement pour le mois suivant. Elle n'a pas reçu de contrôle postérieur. Interrogé par la mission sur le fait de savoir si elle désirait subir un contrôle, la jeune fille a déclaré que non puisqu'elle ne pouvait pas acheter les médicaments, et que le trajet pour se rendre à l'hôpital était trop long, ce qui était source de problèmes pour la garde de son enfant. Il était clair aux yeux de la mission que la jeune fille était gravement anémique, qu'elle avait besoin d'un contrôle médical postérieur, et qu'un traitement supplémentaire de 15 jours de fer était totalement insuffisant pour combler son manque. Quand la mission l'a interrogée pour savoir pourquoi elle n'avait pas insisté pour ne pas payer l'accouchement, elle et son ami ont répondu : "on doit toujours payer, tout le monde sait qu'il doit payer".

De nombreuses organisations, telles que la Tutelle Légale de l'Archevêque, plusieurs organismes sociaux (Les Dignes, CRIPDES, APROCSAL, MSD), des syndicats de médecins et travailleurs (AMENA, SIMETRIS, ANDES), des organisations des Droits de l'Homme (la CDHES), et la Mme le Procureur pour la défense des Droits de l'Homme, arrivent à des conclusions similaires par le biais de témoignages identiques. Dans son rapport, Mme le Procureur recueille les témoignages d'une enquête réalisée au Bajo Lempa auprès de 232 personnes, et conclue que "Les témoignages compilés dans cette enquête démontrent que dans beaucoup de cas, les médecins, après avoir expliqué aux patients que leur état nécessite une opération ou un traitement particulier, leur demande de ne revenir que lorsqu'ils auront l'argent pour le payer". Elle démontre également que, si le fait de réclamer le paiement des soins fait partie intégrante, et de façon permanente, du fonctionnement des centres de soin, un espace de dialogue et de reconsidération des conditions économiques du patient s'est ouvert dans les bureaux du Travail Social. Cette unité est chargée d'évaluer les capacités économiques du patient ou de sa famille, et de fixer un prix et des conditions de paiement qui soient en accord avec leur possibilités, alors que généralement les considérations de ce genre se bornent à échelonner le paiement sur une période déterminée, ce qui démontre bien que la participation aux frais de l'hôpital n'est jamais volontaire ou en fonction des possibilités économiques du patient. Si tel était le cas, sur les 232 personnes sondées, aucune n'aurait payé puisqu'elle n'en avaient pas les moyens. 40% d'entre elles, soit 93 personnes, considèrent d'ailleurs que le principal problème auquel elles ont du faire face quand elles ont recouru aux centres de soins a été le paiement pour les prestations hospitalières. C'est le caractère obligatoire qui cause

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

l'inquiétude, voire affecte profondément les habitants de Bajo Iempa, puisqu'il limite sérieusement l'accès aux services fondamentaux de soins. La crainte de ne pas avoir suffisamment d'argent pour payer empêche un accès libre et en confiance totale aux centres pour se soigner ou se prémunir de certaines maladies, ou pire, pour continuer un traitement prescrit ou à cause de la rechute d'une maladie".

Une discrimination fondée sur l'argent

Mr Francisco Flores, Président de la République, a ordonné le 2 juin 2002 de mettre fin au régime des quote-part volontaires dans les unités et maisons de soins. Cette décision a été confirmée le 3 juin par le ministre adjoint à la Santé Publique, Mr Herbert Betancourt. Toutefois, plusieurs directeurs d'unités de Soins ont rapidement fait part de leur inquiétudes, soulignant qu'une partie des salaires et des frais généraux des unités dépendait de ces sources de revenu. Dans les mois suivants, plusieurs unités ont rapporté aux organisations ainsi qu'à la presse éprouver de sérieux problèmes pour assumer les dépenses de base.

De nombreux reportages parus dans la Prensa Grafica dénoncent le fait que les quote-part volontaires continuent d'être réclamées après leur interdiction, et ce même dans les unités de premiers soins. Les responsables des centres de soin invoquent le fait que ce soit pour eux la seule façon de faire face aux dépenses de leurs unités, puisqu'ils n'ont pas été indemnisés par le supplément budgétaire des fonds du Ministère de la Santé.

Le 13 octobre, l'assemblée législative a approuvé le décret 156 proposant la suppression des "quote-part volontaires dans tous les services publics de la santé". En d'autres termes, il était prévu d'étendre la suppression des quote-parts à tous les hôpitaux du réseau public. Le décret législatif 156 contenait des "*normes spécifiques de garantie à l'accès aux services de la santé publique rendus dans les établissements de santé liés au ministère de la santé publique et de l'assistance sociale*".

Toutefois, le Président de la République a fait usage de son droit légal de veto le 22 octobre, laissant une fois de plus les plus pauvres, qui ne peuvent pas payer la contribution permettant de recevoir les soins dans les hôpitaux, mourir dans le silence, appuyant par là même un acte de discrimination pour le seul fait d'être pauvre.

Contrairement aux affirmations, dont cette mission n'a pas eu connaissance directement, selon lesquelles les patients

sont rejetés des centres de premiers soins pour ne pas avoir pu payer, celles concernant le refus de fournir les patients en médicaments nécessaires pour leur guérison a pu être vérifiée. De plus, des témoignages directs ont pu être récoltés sur le refus de diagnostiquer ou de mener une intervention sur les patients si ces derniers n'ont pas précédemment réglé le centre, ou sur le fait qu'ils soient soumis à une pression telle dirigée contre leur dignité, que le paiement de la quote-part volontaire se transforme virtuellement en une obligation.

Il est important de mettre à part, au niveau national, l'hôpital Zacamil "Dr Juan José Fernandez", qui est le centre représentatif d'encaissement pour services médicaux rendus par l'Etat, puisqu'il bénéficie d'une autorisation qui rend légal ces encaissements grâce à l'accord administratif n°263 du 19 mars 2002, publié au Bulletin Officiel tome 343 le 7 avril 1999, et qui n'était donc pas visé par la décision présidentielle d'annulation des quote-parts volontaires.

Lors de l'entrevue accordée par le Directeur Général de la Santé du MSPAS, le Dr Alcides Urbina, à cette mission, le fonctionnaire a souligné que le Ministère avait assigné une part du budget s'élevant à 7 millions de dollars à la compensation pour les pertes subies à la suite de l'interdiction de recourir au système des quote-parts. Cependant les chiffres consignés dans le rapport de Contrôle des Comptes du MSPAS concernant le montant des "ressources propres" s'élèvent à 17 millions de dollars. Si on prend en compte que ceux-ci incluent les "fonds obtenus en tant que participations volontaires des usagers, donations, vente de services à des tiers et autres sources extraordinaires", et que ces trois derniers types de ressources contribuent pour une part minime au total, il est facile d'en déduire que le support budgétaire apporté par l'Etat ne compense pas le déficit causé par l'annulation du système des quote-part et que, par conséquent, les services sont soit abandonnés, soit facturés bien que ceci ne soit pas admis officiellement. Il faut mentionner que le Directeur Général (représentant son Ministère) est convaincu qu'une grande partie des personnes soignées par le système public ont les capacités financières de payer une contribution volontaire, et que l'absolue gratuité des services de santé n'est pas solidaire dans la mesure où elle permet un usage abusif de la part de ceux qui ont les moyens de payer.

Il faut également souligner que, une partie des salaires dépendant des quote-part volontaires, et cette variable étant impossible à réduire, il est évident que l'ensemble du poids des restrictions budgétaires est dès lors amorti sur les

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

prestations de service comme les réparations et les médicaments.

Accès à l'information: cet accès comprend le droit à solliciter, recevoir et diffuser les informations et les idées au sujet des questions en rapport avec la santé. Bien entendu, l'accès à l'information ne doit pas empiéter sur le droit à la confidentialité des renseignements personnels relatifs à la santé.

L'accès à l'information sur les soins personnels est primordial dans le domaine de la santé afin de contribuer à une prévention responsable des usagers. C'est un fait particulièrement remarquable dans le cas des maladies transmissibles et pour les questions de santé sexuelle et de contraception pour lesquelles les informations (à bas coût et sans besoin de technologie particulière) peuvent générer des changements dramatiques en ce qui concerne la morbi-mortalité, en plus de garantir le droit pour les personnes de prendre des décisions autonomes et libres.

En ce sens il faut analyser le domaine de la Santé au Salvador selon deux aspects: a) les campagnes d'éducation sexuelle, et b) les campagnes de prévention des maladies transmissibles.

Limites de l'éducation sexuelle

En ce qui concerne les informations sur les questions de santé sexuelle et de contraception, de nombreuses organisations ont fait connaître leur inquiétude quant aux limitations imposées ces dernières années. Plusieurs organisations sociales qui travaillent avec les femmes et les adolescents, ainsi que les instances publiques telles que le Ministère de l'éducation le Ministère de la santé, l'Institut salvadorien de protection des mineurs, avec le soutien financier de la GTZ, l'UNICEF et la PASCA, ont mis en place depuis environ 1998 un processus de création, validation et consultation d'un Manuel de santé sur la Reproduction destiné aux adolescents. Ce processus rentrait dans le cadre de la politique nationale de santé sur la Reproduction, et avait pour but la formation d'adolescents comme éducateurs et éducatrices sur la santé sexuelle et la reproduction. Le manuel, nommé "Des adolescents pour les adolescents" fut présenté officiellement en avril 2000, et le projet correspondant de formation de "facilitateurs" au processus de formation des adolescents a pu commencer. En juillet de cette même année, aussitôt après la réunion de la conférence Episcopale, l'Archevêque de San Salvador, Monseigneur Fernando Saez Lacalle a prononcé une série de déclarations sur la santé sexuelle et la question de la reproduction, et sur les politiques mises en place, questionnant

entre autre l'efficacité du préservatif pour la prévention du VIH/sida, et condamnant énergiquement le manuel "Des adolescents pour les adolescents", le considérant préjudiciable et attentatoire à la morale, et incitant les jeunes à la promiscuité sexuelle. Après ces déclarations, de nombreuses personnes liées à l'Opus Dei et au groupe "Oui à la Vie" ont mis en place une virulente campagne, à l'aide des lignes éditoriales et d'information des journaux pour dénoncer le contenu du manuel, lequel s'est vu qualifié d'immoral, pornographique et surtout considéré comme cherchant à corrompre l'innocence de l'enfance et de l'adolescence en leur soumettant des thématiques telles que "la Masturbation", "l'Homosexualité", ou "les Droits Sexuels et la reproduction". De ce point de vue, est considéré comme attentatoire le fait que les Instances de l'Etat ou les ONG prônent une éducation sexuelle ouverte et libre de tout préjugé, puisque selon eux l'éducation sexuelle ne peut être exclusivement confiée qu'aux parents. Cette campagne a eu comme résultat une prise en considération appuyée de ces groupes conservateurs de la part de Ministre de l'Education, qui a finalement exprimé sa décision de retirer les manuels des écoles, invoquant le fait qu'ils étaient considérés comme inappropriés pour les élèves.

Selon une enquête de la FESAL, au Salvador, la majorité des femmes de 15 à 49 ans (91%) a entendu parler du SIDA, mais parmi elles 1 sur 4 ne sait pas qu'une personne peut être contaminée par le HIV sans pour autant présenter de symptômes. L'enquête démontre également que 15% de ces femmes pensent qu'il existe un remède pour soigner le SIDA, et que 28% considèrent qu'il existe un risque de contagion.

Selon les différentes déclarations recueillies par cette mission lors d'entretiens avec des groupes de communautés ou des associations de femmes (travailleuses pour l'église de la communauté du Bajo Lempa, CRIPDES, APROCSAL, "Les Dignes") ainsi que de médecins exerçant dans le secteur de la santé et de la sexualité, il n'existe pas pour le moment de programmes d'information sur le planning familial, la contraception et la reproduction, ou la prévention de la transmission du VIH/sida. Le Salvador se prévaut de l'utilisation des contraceptifs dans la même mesure que le Nicaragua, mais par rapport au Costa Rica son utilisation est 15% moins importante, et selon la plupart de associations féminines, le problème réside dans le fait que les contraceptifs s'utilisent sans pour autant avoir les connaissances de bases à ce sujet, et par intermittence. L'enquête précédemment citée du FESAL démontre également que seule une femme sur dix utilise un contraceptif au moment de sa première relation sexuelle. La majorité des femmes ayant eu des rapports sexuels sont tombées au moins une fois enceintes, et une

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

grossesse sur quatre s'est déclarée alors que la femme pensait ne pas avoir de risque de tomber enceinte, par manque d'informations.

Selon les informations fournies au rapport par le Ministère de la Santé (par le biais du Dr Urbina), des programmes ayant pour objectif l'amélioration des conduites à risques dans le domaine de la sexualité chez les populations visées existent bien, et sont menés à l'aide d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC). Des programmes pour améliorer l'offre de services de qualité en matière de santé sexuelle et de contraception et pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles, et en particulier le SIDA, ont également été mis en œuvre. Toutefois, le Ministère a admis que la circulation du manuel "Des adolescents pour les adolescents" avait effectivement été limitée, mais qu'une telle décision relevait, selon lui, de la compétence du Ministère de l'Éducation.

Durant les visites effectuées par la mission à deux centres basiques de santé et à deux hôpitaux, nous n'avons pu observer dans les salles d'attente ou les lieux de rassemblement des personnes de panneaux d'information sur la contraception responsable ou la prévention du VIH. De même, une campagne très réduite sur les risques du SIDA a été affichée sur la voie publique, campagne qui ne mentionnait toutefois ni les conduites à risque, ni les mesures de prévention, ni les lignes téléphoniques anonymes de soutien.

Même si la "Consultation pour le Prévention des la Maternité Infantile et le Planning Familiar" apparaît comme la deuxième consultation hospitalière avec 600 544 consultations annuelles (dont 9,46% de premières consultations), deux facteurs viennent souligner la difficulté pour quantifier la véritable ampleur de travail de planification familiale: a) l'énorme demande occulte puisque de source sûre seuls 40% de la demande réelle est traitée, et b) le manque de différenciation entre les consultations de contrôle des enfants sains et celles de planification familiale.

Quand aux campagnes d'information sur les maladies transmissibles, il en existent deux d'une importance majeure : celle sur la dengue, et celle pour le HIV/SIDA.

Limites de la prévention des maladies transmissibles

Devant l'apparition de nombreuses causes de dengue, le Président du Salvador a déclaré l'Etat d'Urgence de la Dengue dans les départements du San Salvador, de Libertad, Santa Ana et Cabanas, l'alerte jaune pour le reste du pays, et la mise en fonctionnement du CONADENGUE (Comité National

Contre la Dengue). Les fumigations diurnes et nocturnes menées par des militaires se sont intensifiées, alors que des brigades scolaires, universitaires et communautaires se sont unies pour coopérer dans la destruction systématique des nids de larves. L'Office de l'OPS/OMS du Salvador a également soutenu la campagne en diffusant des messages éducatifs à la population sur la maladie et les moyens de la combattre.

Toutefois, et malgré ces campagnes massives, plusieurs critiques se sont élevées. Oscar Ortiz, maire de Santa Tecla, a déclaré que "la désorganisation du Système de Santé pour éradiquer les cas de dengue était critiquable". Le conseiller municipal de Nueva San Salvador, Oscar Ortiz, a souligné le manque de ressources, de coordination et de prise de décisions "errantes" dans la campagne de combat et contrôle de la dengue hémorragique dans l'ensemble du pays, et a fait connaître son inquiétude quant à la forme inadéquate et désorganisée de gestion de la campagne sur l'épidémie, laquelle est récurrente dans le pays depuis 2000. Le fonctionnaire a également signalé que le plan gouvernemental souffrait de problèmes de couverture, au niveau national, dû aux dimensions du problème.

Dans ce contexte, il convient de rappeler les déplorables pertes humaines (en majorité d'enfants) dues à l'épidémie de dengue hémorragique qui a dévasté le pays, et spécialement les zones les plus peuplées, pauvres, et privées des services de base en 2002. Le Président Flores, en plus de refuser l'aide médicale cubaine pour affronter la crise, a recommandé à la population de "s'habituer à vivre aux côtés de la maladie". Selon les déclarations des Drs Alcides Gomez et Melvin Guardado de l'hôpital Rosales, et des Drs Guillermo Lara et Rodolfo Camizalez du Collège Médical à cette mission, la campagne d'information sur la dengue a été intense mais brève, et elle ne s'est pas renouvelée depuis la première épidémie, ce qui a favorisé une recrudescence de l'épidémie l'année suivante.

c) Acceptabilité

Tous les établissements, biens et services de santé devront être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés, c'est à dire, respectueux de la culture des personnes, des minorités, des peuples et des communautés, ainsi que sensibles aux conditions du genre humain et du cycle de vie, et devront être conçus de façon à respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des personnes concernées.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

La mission n'a pas reçu de preuves indiquant que les pratiques de santé soient réalisées en violation de l'éthique médicale, des pratiques religieuses ou culturelles de groupes minoritaires, ni (exception faite des exemples mentionnés avec le HIV) qu'il y ait eu de tendance systématique à la violation de la confidentialité des patients.

De plus, on peut noter aujourd'hui un effort notable de la part du MSPAS pour former les sages-femmes traditionnelles afin de les incorporer au système des prestations de santé, répondant ainsi non seulement aux besoins créés par les limitations que rencontre le système formel pour fournir une couverture universelle, mais également aux nécessités de respect des traditions culturelles qui, surtout dans les zones rurales, font préférer aux femmes les consultations avec les sages-femmes.

d) Qualité

En ce qui concerne la qualité des établissements d'assistance, on peut souligner comme aspects positifs l'existence d'une Assemblée de Surveillance Professionnelle Médicale qui contrôle la qualité professionnelle, ainsi que l'existence de Comités d'Enseignement dans les grands hôpitaux qui mènent à bien des opérations de contrôle professionnel.

La structure municipale apparaît toutefois inadéquate. La mission a réalisé l'évaluation de différents services de l'hôpital Rosales, cet hôpital chappotant l'ensemble du système national, qualifié d'hôpital de dérivation de troisième niveau et de "nœud" du système public. La structure générale de cet hôpital n'a pas subi de grandes modifications depuis 100 ans. Les murs tombent fréquemment en morceaux et les conditions d'hygiène de certains services sont assez précaires. L'hôpital est lumineux et contient de nombreux espaces verts, mais les salles d'attente pour les consultations externes sont bondées, beaucoup de patients devant attendre debout dans des conditions de ventilation déplorable.

Les salles d'hospitalisation sont communes, avec 32 lits, séparés par des panneaux tous les deux lits pour seulement quelques unes d'entre elles. En moyenne, seulement 3 infirmières s'occupent les matins d'une salle de 32 lits, chiffre réduit à deux durant les après-midi et à une pour le tour de nuit. Seul un tiers des infirmières peuvent attester d'une formation complète (le reste sont soit des auxiliaires, soit des "personnes habilitées"), et les tâches ne sont pas différenciées en fonction du niveau de formation.

Le matériel à usage unique n'est pas restérilisé, et, pour autant que la mission a pu le constater, les normes générales de biosécurité des salles d'intervention générale sont respectées. Il n'a pu être vérifié si les normes sont respectées pour l'isolement des patients contagieux.

Bien que le Salvador soit considéré comme un pays au développement moyen (indice du PNUD), bénéficiant d'un réseau routier très développé, d'investissements importants dans les grands commerces et dans l'industrie des télécommunications, et où les secteurs privés ont accès à la technologie de première génération dans le secteur de la médecine, certaines différences dans la répartition des équipements dans le secteur public méritent d'être soulignées.

L'hôpital Rosales, (centre le plus complet du système public), ne compte pas d'unité coronaire bien que les maladies cardiovasculaires soient la première cause de mortalité du pays. Selon les déclarations de Dr Salomon Flores Alfaro du service de Cardiologie et comme a pu le vérifier la mission, les patients souffrant de symptômes coronaires aigus sont hospitalisés dans la salle générale, sans électrocardiogrammes et parfois même sans être mis sous oxygène. Le service public ne compte ni possibilités de chirurgie de revascularisation, ni services de perméabilisation coronaire micro-invasive. Les fibrinolytiques ne s'utilisent pas. Les antiarythmiques nécessaires sont disponibles en nombre très réduits, et les nitroprussiates, bloquants calciques ou médicaments antiarythmiques les plus modernes sont introuvables dans les services. Une étude menée par le service de Cardiologie confirme les propos du Dr Flores Alfaro, en énonçant un taux de mortalité hospitalière d'infarctus aigu du myocarde de 35% (le chiffre publié par la Société Argentine de Cardiologie porte la mortalité hospitalière de ce pays à un taux moyen de 9%).

Les médicaments disponibles pour l'administration hospitalière sont ceux de base, et selon ce que la mission a pu vérifier, la quasi totalité des patients interrogés ne suivent le traitement que de façon irrégulière, puisqu'ils n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments pour compléter la base du traitement qui leur a été donnée.

Les études portant sur la caméra gamma ne sont pas disponibles, l'hémodynamie est inexistante, et il n'y a pas de possibilité de poser de simulateurs cardiaques.

D'autres services hospitaliers souffrent d'un manque d'échographie doppler, de tomographie assistée par

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

ordinateur ou diagnostic par résonance magnétique. L'ultrasonographie et la radiologie contrastée existent même si c'est au patient de payer le matériel de contraste.

L'équipement des unités de premiers soins semble plus adéquate selon les rapports des médecins. Toutefois, certains ne disposent pas de balance et la quasi-totalité ne disposent de médicaments que pour répondre à 30% des besoins.

2. Obligations minimales de l'Etat salvadorien

Les paragraphes précédents ont démontré que l'accès à la santé au Salvador est nettement limité dans les aspects définis par le CODESOC. Néanmoins, il faut prendre en compte le contexte socio-économique global du pays et souligner que les obligations contractées par l'Etat sont celles garantissant "la jouissance du plus haut niveau de santé possible" ainsi qu'un ensemble d'obligations minimales indérogables, et donc pour lesquelles l'Etat ne peut en aucune façon ni sous aucune circonstances justifier leur non-exécution.

La mission analysera donc ci-après l'état d'application des ces obligations de base telles que les définissent le CODESOC.

a) Garantir le droit d'accès aux centres, biens et services de santé selon un principe de non discrimination, en particulier envers les groupes vulnérables ou marginaux :

Comme cette mission l'a préalablement démontré, les groupes vulnérables ou marginaux ne bénéficient pas d'un accès égalitaire à la santé. Un important pourcentage de la population Salvadorienne n'a accès à aucun type de service (ni même aux premiers soins) à cause de barrières économiques ou géographiques. De plus, les patients atteints de HIV sont victimes de pratiques clairement discriminatoires, et ce aussi bien dans le cadre du MSPAS que chez les bénéficiaires de l'ISSS.

b) Assurer l'accès à une alimentation essentielle minimum qui soit nutritive, adéquate et saine, et garantir que personne ne souffre de la faim :

Les chiffres rapportés ces dernières années sur la malnutrition, surtout lorsque l'on prend en considération le fait que le Salvador est un pays qui n'est ni pauvre en ressources naturelles ni en ressources alimentaires, ainsi que les fréquents rapports sur les maladies provoquées par la

consommation d'aliments, démontrent que l'Etat du Salvador est loin de garantir aujourd'hui à sa population une alimentation adéquate et saine. En octobre 2002, l'UNICEF a signalé que la malnutrition infantile, qui touche 8 enfants salvadoriens sur 10, augmente de façon alarmante dans certaines zones à cause de la crise des prix du café, qui a laissé sans emploi plus de mille familles. Juan Carlos Espinola, représentant du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) au Salvador, a déclaré que le niveau de malnutrition des enfants du pays était passé de 15 à 65%, atteignant jusqu'à 80% dans certaines zones. Jusqu'à aujourd'hui, aucune politique publique efficace pour lutter de façon drastique et rapide contre la malnutrition infantile n'a été mise en place, et aucune trace d'éventuelles actions rapides et définitives de pénalisation de la destruction de l'environnement, qui contribue à la pollution des eaux et des nutriments, n'ont été rapportées, comme le prouvent les exemples cités précédemment ainsi que l'attitude passive des instances gouvernementales, qui pourraient rendre justiciables ces pratiques nuisibles.

c) Garantir l'accès au foyer, au logement ainsi que des conditions sanitaires de base et la fourniture adéquate en eau potable :

La vérification réitérée du fait qu'une part importante de la population salvadorienne vive dans des conditions révoltantes, que des milliers de personnes vivent dans la rue et que l'accès à l'eau potable est interdit à plus de 23% de la population, démontrent bien que l'Etat du Salvador ne respecte pas ses obligations de garantir logement et eau potable.

Selon les mêmes chiffres officiels, il existe un "déficit total accumulé pour 1999 de 554 324 unités nationales". L'Enquête des Foyers d'Intentions Multiples de 1998 a estimé le parc des logements à 1 296 635 habitations, dont seulement 60,1% d'entre elles répondraient à des conditions adéquates. Au niveau national, la majorité des logements disposent d'un toit en tuiles (44.1%), en plaques d'asbeste (33,2%), et pour 27,5% de ces logements, le sol est en terre. Seul 53,5% des logements sont approvisionnés en eau par le biais de conduits à domicile, et les 46,5% restants l'obtiennent grâce aux puits, fleuves ou ravins, alors que le système d'évacuation des eaux usées n'est disponible que pour 60% de la population à l'échelle nationale.

L'Etat du Salvador a lancé une série d'initiatives de Politiques de Logement, comme le "Programme El Salvador, Pays de Propriétaires", le "Programme Solidarité Urbaine", ou le

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

"Programme de Légalisation des terres", mais pour des raisons qui échappent aux capacités d'investigation de la mission, ces derniers n'ont visiblement pas d'impact majeur. La simple observation des conditions de logement des différents quartiers où la mission a pu se rendre, démontre le fort contraste existant entre le brillant réseau routier, les autoroutes modernes, les centres commerciaux immenses et luxueux et les magnifiques demeures des quartiers aisés, et les conditions misérables constatées dans différents quartiers de San Salvador ou dans les communautés de Valle Dorado ou de Bajo Lempa.

Selon Domingo Santacruz, Directeur Exécutif de la Coordination pour la Reconstruction et le Développement (CRD), alors que les problèmes de logement se dégradent, aucune politique ne vient pallier le manque de logements salubres au Salvador. La CRD, qui est apparue dans le cadre des Accords de Paix, a réussi à mener à bien 90 projets en 11 ans, avec un investissement de 90 millions de colons provenant de diverses coopératives. Selon Mr Santacruz, il y a toujours des sinistrés des tremblements de terre de 1965 et 2001 qui vivent dans de nouvelles zones marginales dépourvues des services de base.

d) Faciliter l'accès aux médicaments de base, selon les définitions périodiques qui figurent dans le programme d'Action sur les Médicaments de Base de l'OMS :

L'Etat Salvadorien a fait des efforts pour mettre en place un panier de base composé de médicaments essentiels et garantir sa distribution dans les établissements publics. Néanmoins, les coupes budgétaires entraînent aujourd'hui l'existence d'une limitation qui ne peut plus être occultée quant à l'accès aux médicaments sans que pour autant aucune politique ne vienne proposer d'alternative pour réduire ce problème.

La Directrice de l'OMS de l'époque, le Dr Gro Harlem Brundtland, a signalé que "en exécution des politiques nationales pour les médicaments, recommandées par l'OMS, plusieurs pays encouragent deux lignes importantes d'action: la première est fondamentale, et fait référence à la promotion des médicaments de base comme étant le meilleur moyen d'action du point de vue de la santé; elle est complétée par la promotion de l'utilisation des médicaments génériques de qualité, comme stratégie importante pour encourager leur accès". "L'équité signifie que les pauvres ne devraient pas payer le même prix pour les traitements que les personnes jouissant d'une situation économique plus confortable. L'acceptation de ce principe d'équité est une décision

politique. Les gouvernements des pays industrialisés doivent agir en conséquence pendant que les pays en voie de développement doivent tout faire pour faciliter l'accès à la santé en améliorant les systèmes de financement, les importations, acquisitions et systèmes de distribution des médicaments, vaccins et équipement médical".

Le Salvador ne mène aucune politique publique de production de médicaments génériques, et n'envisage pas non plus l'ouverture de son marché interne aux génériques de marque ou à l'achat de génériques au niveau international. Pourtant, l'Etat ne garantit pas non plus un libre accès aux soins et traitements à ceux qui ne sont pas en mesure d'en payer le coût, et qui malheureusement représentant un pourcentage très élevé de la population. La vente et la distribution de médicaments au Salvador est soumise aux lois du marché sans qu'il ne soit mené d'intervention étatique forte pour protéger les secteurs économiquement défavorisés et leur garantir un accès aux médicaments de base.

e) Veiller à une distribution équitable de toutes les installations, biens et services de la santé:

f) Adopter et appliquer, en accord avec le début des preuves épidémiologiques, une stratégie et un plan d'action nationaux de santé publique pour faire face aux inquiétudes en matière de santé pour l'ensemble de la population. La stratégie et le plan d'action devront être élaborés, et révisés régulièrement, sur la base d'un procédé participatif et transparent:

Les actions menées en matière de santé globale par le pays ne sont pas rendues publiques. Le Président de la République a récemment nommé au gouvernement des membres de son parti qui ne sont aucunement compétents pour mener à bien une quelconque réforme du système de santé. De nombreux médecins, scientifiques renommés et autres personnalités ont exprimé leurs doutes quant à l'apparition de la commission de réforme de la santé. Selon une première information diffusée, la réforme devrait être prise sur la base du document sur la privatisation auquel le gouvernement a donné force de loi

Cette stratégie et ce plan devront prévoir des méthodes permettant une surveillance étroite des progrès réalisés, telles que des indicateurs ou des références en matière de santé. Le processus mettant en place la stratégie et le plan d'action ainsi que leur contenu devra tout particulièrement prendre en compte les groupes vulnérables ou marginaux.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

L'Etat du Salvador a réalisé des progrès considérables dans ce sens. La présence d'un système de surveillance épidémiologique plus efficace, de rapports plus précis en matière de santé et la mise en place d'indicateurs adaptés aux standards internationaux ont contribué à rendre plus accessible le diagnostic sur l'évolution du secteur de la santé durant ces dernières années. Les comptes rendus élaborés par les "Comptes nationaux de la Santé" ont également grandement favorisé la transparence et l'analyse publiques des dépenses dans ce secteur.

3. Obligations prioritaires définies par le CODESOC

a) Veiller aux soins génésiques, maternels (prénatal et postnatal) et infantiles :

Malgré les nombreuses déclarations d'intention de l'Etat du Salvador sur les soins spécifiques apportés à la population materno-infantile et les avancées constatées dans l'amélioration de la mortalité infantile, dans les faits, l'accès à des soins adéquats pré et postnatal ou durant les premières années de la vie est très loin d'être garanti. Les problèmes d'accessibilité géographique et économique lié au système de contribution volontaire (qui porte mal son nom), ainsi que l'inexistence de programmes de nutrition de grande ampleur, expliquent bien les chiffres officiels rapportant qu'à peine 40% des femmes enceintes se soumettent aux 5 contrôles minimaux conseillés par le MSPAS, que près de la moitié des accouchements ont encore lieu à domicile, et que la majorité des mères ne bénéficient pas d'un contrôle postnatal.

b) Fournir une couverture adéquate contre les principales maladies infectieuses qui touchent la communauté :

On peut affirmer que dans ce sens, l'Etat Salvadorien garantit le plein accès aux vaccinations, ce qui a amélioré de façon considérable ses pourcentages de couverture qui, en atteignant aujourd'hui 98% pour le DPT, 97% pour la polio, 98% pour le BCG et 97% pour le MMR, assurent une situation en adéquation avec le contexte social général du pays.

c) Adopter des mesures afin de prévenir, traiter et combattre les épidémies et les endémies :

Les rapports obtenus par la mission à ce sujet se sont révélés assez contradictoires. Il est vrai que le Salvador a fait d'énormes efforts pour mener des campagnes contre la dengue et garantir actuellement un traitement anti-tuberculose au niveau national. Toutefois, il est également

vérifié que sa politique de traitement du VIH/sida est absolument insuffisante pour contrôler l'épidémie, que les campagnes de prévention de la dengue ont été menées de façon discontinue et qu'il existe une grande demande occulte liée au fait que les problèmes de l'accès au soins ont pour conséquence qu'un nombre considérable de personnes se retrouve sans traitement pour des maladies pourtant infectieuses et contagieuses.

d) Promouvoir l'éducation et permettre l'accès à l'information concernant les principaux problèmes de santé de la communauté, incluant les méthodes de prévention et lutte contre ces maladies :

La stratégie qui a prouvé être la plus efficace en la matière pour les pays pauvres est le renforcement des soins de santé primaires associé à des efforts constants et massifs de formation. Pour reprendre la " Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 25^e anniversaire " de l'Organisation Mondiale de la Santé, " l'équité en matière de santé continue d'être un objectif important pour les systèmes de santé et la prestation de services de prise en charge sanitaire ". Le Rapport sur la santé dans le monde de 2000 indique que les objectifs du système de santé ne se limitent pas à l'amélioration des conditions de santé ni à la réponse aux attentes légitimes de la population, mais englobent également le fait de garantir que le taux de satisfaction soit le même pour chaque tranche de la population et de veiller à l'équité des contributions financières. Ces derniers éléments sont le reflet des efforts menés par l'OMS afin de renforcer la capacité des pays à appuyer de façon conséquente, dans une optique de réduction de la pauvreté, la composante de la santé, et à formuler et appliquer des politiques sanitaires au bénéfice des plus pauvres.

La structure actuelle du système de santé au Salvador, ainsi que les propositions de réforme, ne sont pas orientées vers l'information, l'éducation ou la prévention, mais plutôt vers la réponse à la demande de soins curatifs, phénomène qui a pour conséquence la centralisation de la prise en charge médicale autour de la réalisation d'études et la fourniture de médicaments, au lieu de se tourner vers la prévention et la formation de la communauté. Le Salvador ne compte que 1700 personnes habilitées à l'exercice des soins par le MSPAS (2,6 pour 10 000 habitants, proportion très insuffisante). De nombreuses organisations non gouvernementales forment des agents ou du personnel de santé, qui ne sont pas reconnus postérieurement par le MSPAS et qui par conséquent abandonnent assez rapidement leur activité. Aucune stratégie forte d'éducation

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

en matière de sécurité alimentaire, de prévention des maladies transmissibles et surtout dans les domaines de la sexualité et de la contraception, n'a été mise en place.

e) Fournir une formation adéquate au personnel affilié au secteur de la santé, incluant l'éducation en matière de santé et de droits de l'homme :

Cette mission n'a pas pu évaluer l'augmentation des opportunités offertes en matière de formation continue du personnel de santé. Toutefois, la mission a pu noter l'absence de formation en matière de droits de l'homme et de santé, et la rareté des efforts du secteur médical pour faire connaître aux citoyens leurs droits constitutionnels en matière d'accès aux soins ont pu être vérifiées.

11. Organisme du gouvernement pour faire face aux catastrophes naturelles.

IV. Le processus de privatisation

D'après le rapport sur le développement humain du Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD) de 2001, le processus de privatisation des entreprises d'Etat et des services mis en œuvre au Salvador est l'un des plus agressifs en Amérique latine. En 1992, le paiement des services publics représentait 14% du salaire minimum urbain (810 colones) ; il représente aujourd'hui 43% du salaire minimum en vigueur depuis 1998 (1260 colones), ces chiffres n'incluant pas l'alimentation, le logement, la santé, l'éducation. Depuis trois ans, le gouvernement a tenté de privatiser les services de santé avec l'appui de l'Association des entreprises privées (ANEP) afin, selon cette dernière, "d'éliminer les obstacles bureaucratiques" qui gênent le bon fonctionnement du secteur qu'il faut "moderniser" conformément aux orientations de la Banque Mondiale et de la Banque Interaméricaine de Développement (BID).

1. Libéralisation du commerce des services

La libéralisation du commerce des services est toujours à l'ordre du jour des négociations au sein de l'OMC malgré l'échec de la Conférence ministérielle de Cancun en septembre 2003¹².

Sur le plan régional, la négociation d'un traité de libre-échange (TLC) entre les Etats-Unis et les gouvernements des pays d'Amérique centrale est en cours. Elle coïncide avec la négociation de l'AGCS (Accord général sur le commerce des services) qui est à l'ordre du jour à l'OMC. Il s'agit d'un accord-cadre prévoyant des négociations en série en vue de la "libéralisation progressive" des services (publics ou privés). Simultanément, les négociations se poursuivent dans la perspective de la signature du traité de l'ALCA (Zone de libre-échange des Amériques) prévue en 2005. Le hasard a voulu que le comité de négociations des vice-ministres des gouvernements des Amériques (à l'exception de Cuba) se réunisse à San Salvador du 6 au 11 juillet 2003. La complexité de ces procédures et leur enchevêtrement rendent particulièrement opaque l'enjeu réel des négociations. Certaines dispositions - par exemple la possibilité pour une firme multinationale de saisir directement l'Organe de Règlement des Différends (ORD) sans passer par un Etat- sont prévues dans l'ALCA, mais pas dans l'AGCS¹³. On comprend les risques que l'adoption de ces règles feraient courir au système de santé.

2. Le rôle de la Banque Mondiale et de la BID

La Banque Mondiale et la Banque interaméricaine de Développement (BID) constituent les principaux donateurs du Salvador en matière de santé et d'éducation. Ces deux institutions conditionnent ainsi l'attribution des crédits à la mise en œuvre des réformes des services publics, réformes dites de deuxième génération. Dans son "Rapport sur le développement 2003 : mettre les services de base à la portée des pauvres" la Banque mondiale stipule que l'échec de l'accès des plus pauvres aux services de santé et d'éducation repose avant tout sur un problème de gouvernance interne, vis à vis duquel "gouvernements et citoyens peuvent mieux faire". Lorsque les pouvoirs publics échouent dans leur obligation de fourniture des infrastructures de base, il serait alors judicieux selon la Banque Mondiale *de déléguer cette mission à des prestataires privés* (souligné par nous). Ces prestataires peuvent être locaux ou étrangers.

Depuis 1961 jusqu'à 2002, la BID a donné 2362,5 millions de US\$ au Salvador. Concernant les derniers projets approuvés par la BID, nous devons souligner l'approbation en 1998 d'un '*Projet de soutien à la modernisation du ministère de la Santé Publique et d'Assistance Sociale*', où la BID apportait 20.7 millions d'US\$ et un '*Programme pour la transformation institutionnelle de l'ISSS*', où la BID apportait 5.8 millions d'US\$. La Banque Mondiale a approuvé en 2002 un '*projet pour la reconstruction d'urgence à la suite de tremblements de terre et d'extension des services de Santé*' en 2001, à hauteur de 142.6 millions d'US\$.

Concernant le Salvador, la position des organismes internationaux est notamment disponible dans le rapport "Analyse du Secteur Santé au Salvador" et plus connu comme rapport ANSAL. Ce rapport fut possible grâce à un prêt de la Banque Mondiale (SVPA7168 de 1993). Cette étude était aussi financée par l'Agence Panaméricaine de la Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé et par l'agence de Coopération des Etats Unis (USAID). Ce rapport proposait notamment la rédéfinition du rôle de l'Etat, tout en facilitant les activités du secteur privé et une augmentation du financement public vers le secteur privé¹⁴.

Dans un langage elliptique le programme d'"Appui à la transformation institutionnelle de l'Institut Salvadorien de Sécurité Sociale (ISSS)" approuvé par la BID en septembre

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

2000, propose de "faciliter l'implantation de transformations instrumentales pour une future "réforme structurelle" de manière à "réduire les conflits politiques propres à ce type de réforme et à minimiser les risques des futures opérations dans le secteur". Le programme se réfère également à l'amélioration de la gestion hospitalière grâce à la décentralisation, l'établissement d'un budget par activités, et la sous-traitance des services annexes ou administratifs (2° rapport de Mme le Procureur pour la défense des droits de l'homme, p161). Pour la BID, le gouvernement salvadorien et la direction de l'ISSS, le programme implique deux choses : d'une part de mettre à l'essai des modalités mixtes de production de services, dans lesquelles l'offre privée serait (en principe) additionnelle et complémentaire à l'offre publique existante ; d'autre part le programme indique qu'il s'agit d'un processus préparant une future réforme du secteur de la santé , une transition vers un mode d'opération qui met l'accent sur l'assurance privée. Il s'agit, autrement dit, de redéfinir "la fonction des services d'assurances publics et privés dans la santé , l'expansion de l'usage de services contractés auprès de fournisseurs privés ; l'institution de mécanismes de contrôle des dépenses ; la formation du personnel de santé".

3. Etapes de la privatisation

Le secteur de la santé a été une des priorités du gouvernement du Salvador. Dans son discours inaugural, en 1999, Francisco Flores, président de la République, promet une réforme du secteur où les médecins seraient impliqués. Afin de mettre en oeuvre cette promesse, il a créé un Conseil de Réforme de la Santé, qui comptait avec la participation très large des acteurs concernés, y compris le Syndicat des médecins de la Sécurité Sociale: Sindicato de Médicos del Seguro Social (SIMETRIS).

Ce Conseil a élaboré une "Proposition de réforme intégrale de la santé" (Propuesta de reforma integral de salud) avec la participation du ministre de la Santé, de la directrice de l'ISSS, de la FUSAL (fournisseurs privés de services de santé), et d'un responsable du Collège des Médecins représentant les professionnels de la FUSADES (les entreprises privées). Cette réforme a été remise au Président Flores en décembre 2000. Mais les accords conclus n'ont pas été appliqués et les propositions de réforme ont été enterrées.

Le 16 octobre 2002, le gouvernement du Salvador, a présenté trois projets de lois sur la santé à l'Assemblée législative. Ces projets de loi doivent être considérés dans le cadre d'un paquet de réformes connu comme 'Système de

Santé prévisionnel' (Sistema de Salud previsional). Malgré le caractère essentiel du secteur de la santé, ces réformes, qui ont pour objet de permettre la privatisation, la concession et l'achat des services de l'ISSS, ont été proposées sans être soumises à une consultation large de la société civile.

Soupçonnés de vouloir faire de la Santé un commerce, le gouvernement et le Président de la République, Francisco Flores, se défendent de vouloir "vendre les hôpitaux". Il est en effet peu probable que les infrastructures ou les biens immobiliers de l'ISSS soient cédés à des entités privées à court terme. Mais il n'en va pas de même pour les services médicaux généraux ou spécialisés de l'ISSS. Les réformes proposées dans la loi sur la Sécurité Sociale "donneraient le pouvoir à un conseil directeur qui pourrait décider de la location des biens immobiliers ou des installations de l'ISSS si cela convenait à l'Institut". A ceci s'ajoute le fait que la nouvelle composition du Conseil directeur proposée par la réforme permettrait que les critères du gouvernement et des entreprises s'imposent dans les décisions concernant la gestion administrative de l'ISSS. En réalité comme nous l'a déclaré Herbert Guzman, chargé des Affaires Sociales du Collège des médecins, le projet de "Démocratisation du système provisoire de santé" a pour but de transférer les services de santé à des entreprises privées. D'ores et déjà la lingerie, le nettoyage, l'alimentation sont pris en charge par le privé. Les banques salvadoriennes (les plus importantes de la région centro-américaine), les compagnies d'assurances privées, les fonds de pension associés à des capitaux internationaux sont particulièrement intéressés par la privatisation de l'ISSS (qui ne couvre que 500 000 affiliés soit environ 17% de la population , les 80% restants n'ayant pas la Sécurité Sociale sont supposés être pris en charge directement par l'Etat).

La réforme permettrait, entre autres, d'embaucher des médecins en les payant à l'acte , en fonction des interventions réalisées. Le projet remettait ainsi en cause le statut de salariés des médecins du STISS ou de ceux exerçant dans les hôpitaux publics, d'où la colère des médecins et leur mobilisation car sa mise en oeuvre signifierait la perte d'un emploi salarié stable, même à temps partiel. Les médecins sont d'autant plus attachés à leur statut qu'ils sont nombreux, que les cliniques privées ne fournissent pas d'emplois et que peu de patients sont solvables compte tenu de la situation économique et sociale du pays.

La logique de la réforme est donc de démanteler le système public. Pour ce faire le gouvernement met en oeuvre des politiques implicites "en réduisant ses apports financiers au

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

système public, en organisant la détérioration du système" affirme Herbert Guzman. Le manque de médicaments, de matériel chirurgical, d'équipements, de services diagnostics, d'entretien, et les réductions de personnel déstabilisent le secteur de la santé et renforcent l'idée d'un manque d'efficacité du secteur. Dans les médias, on explique à la population que la privatisation est le seul moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité des services. Simultanément les licenciements de travailleurs syndiqués se multiplient, diminuant ainsi la capacité de résistance des syndicats. A cela s'ajoute la flexibilité du travail qui empêche également la syndicalisation. Par ailleurs, nos interlocutrices de l'association féministe Las Dignas, soulignent que dans certains cas, les pratiques bureaucratiques des directions syndicales et les discriminations à l'égard des femmes contribuent également à affaiblir les syndicats. L'ensemble des travailleurs de la santé sont syndiqués au STISS, mais les infirmières s'y sentent faiblement représentées. Dans les maquilas où travaille une majorité de femmes jeunes et sans expérience syndicale, les syndicats lorsqu'ils existent sont liés à la direction de l'entreprise et leurs directions sont très largement masculines. Le syndicat FENASTRAS - syndicat lié dans le passé au FMLN- est présent dans les maquilas. Soupçonné de corruption il appuie la privatisation de la santé.

4. L'importance du secteur privé

Les propositions de réforme font suite à l'offensive lancée dès juillet 2002 par l'ANEP, en alliance avec l'ARENA et les autorités de l'ISSS, pour privatiser l'ISSS. La proposition patronale eût lieu dans un contexte de crise économique sociale et politique, et elle fut renforcée par une critique très virulente des carences de l'ISSS. Le Collège des médecins du Salvador dans un rapport publié en 2002 conteste formellement ces assertions : les représentants du gouvernement et de l'entreprise privée sont en effet majoritaires au sein du Conseil de direction de l'ISSS depuis 48 ans, ils sont donc responsables de la situation de l'ISSS. *"S'ils n'ont pas amélioré le fonctionnement de l'ISSS c'est parce qu'ils ont privilégié leurs intérêts économiques et commerciaux"* affirme le Collège des Médecins, qui dénonce "le pouvoir absolu de l'ANEP et du gouvernement ARENA, cause historique et structurelle de tous les maux de l'ISSS".

Selon le Collège des Médecins, "c'est là que la corruption fermente, là où se concoctent les grandes affaires et c'est par ce biais que sont canalisés les profits juteux des multimillionnaires de l'ANEP. C'est cette même mécanique qui a permis que l'ISSS serve de caisse noire pour financer les processus électoraux des gouvernants au pouvoir, c'est la

cause principale de la détérioration, de la mauvaise qualité des soins accordés aux ayant-droits. L'ANEP, après un demi-siècle de pillage et de crise profonde et prolongée, s'apprête à donner l'estocade à l'ISSS en permettant le "libre choix" des assurés, les concessions et l'achat de services de santé". Ajoutons que cette corruption institutionnelle profite aux plus hauts responsables de l'Etat. La contratación de l'entreprise SERME spécialisée dans la chirurgie des yeux et dont le Dr José Lopez Beltran, Ministre de la Santé Publique, est l'un des propriétaires, a provoqué un conflit d'intérêts et la violation de la loi de Licitations (Art. 26). Ce ministre a été dénoncé pour trois délits : enrichissement illicite, actes arbitraires, et désobéissance à un ordre judiciaire. Très critiqué, l'achat de services par l'ISSS n'a pas donné de bons résultats. Pour le Collège des Médecins cela s'explique par le fait que les critères retenus pour la concession de services au privé ne sont pas sérieux, car il n'existe pas d'étude sur le rapport coût/bénéfice qui permette de savoir si l'option choisie par la direction de l'ISSS est la plus indiquée pour les ayant-droits ; il n'y a ni contrôle, ni règles applicables aux vendeurs de services, et il n'y a pas d'évaluation des résultats. Les médecins ont constaté une réduction de la couverture sociale, des problèmes de qualité des soins, l'augmentation des statuts précaires pour les médecins embauchés. Avec l'idée du "libre-choix" proposée par l'ANEP, il s'agit d'une part de diminuer la cotisation patronale, et d'autre part de permettre aux ayant-droits de choisir entre l'ISSS ou une compagnie d'assurance privée, en retirant dans ce cas leur cotisation à l'ISSS : une formule trompeuse qui permettrait d'orienter l'argent des affiliés vers les assurances privées et d'en finir avec le service public, discrédité par une campagne accusant les médecins et les travailleurs de la santé des dysfonctionnements engendrés par les pénuries. Une recette déjà appliquée au Chili, en Argentine et en Colombie.

Les deux modalités de privatisation envisagées dépendent des rapports de force : soit le processus est expéditif grâce à une privatisation active et au transfert des actifs de l'Etat à l'entreprise privée par l'adoption d'une loi. Soit, il s'agit d'une privatisation " passive " accélérant l'incorporation déjà en cours des mécanismes de marché dans le système (concessions etc.). Dans tous les cas, dans la proposition faite par l'ANEP, l'assurance privée offre aux assurés le choix entre plusieurs contrats de santé, dont le coût varie en fonction des soins apportés. En effet les contrats ne couvrent pas toutes les maladies. Si le malade souffre d'une pathologie qui n'est pas incluse dans son contrat, il pourra s'adresser de nouveau à l'ISSS mais si celui-ci appauvri ne peut lui accorder les soins nécessaires, il devra s'adresser au

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé

La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Ministère de la Santé, mais ce dernier a des capacités financières très réduites. Le malade se retrouve alors dans un "limbe sanitaire : soit il peut payer, soit il devra avoir recours à la charité publique" constate le bulletin du Collège des Médecins. En outre, les assurances privées sont difficiles à contrôler : elles embauchent du personnel médical qui n'a pas toujours l'expérience requise et qui est chargé de réduire les coûts des traitements et le temps d'hospitalisation. Le résultat final se traduit par une augmentation des coûts restant à la charge des patients, la détérioration de la qualité des soins et l'augmentation d'opérations non indispensables mais rentables financièrement (césariennes, hystérectomies..).

L'application du plan de l'ANEP signifierait la perte d'une grande partie de leurs droits pour plus d'un million d'assurés à l'ISSS et environ 45 000 retraités ; les médecins et les autres professionnels de la santé seraient doublement affectés en tant qu'ayant droits de l'ISSS surtout, et en tant que salariés. Ils pourraient en effet à l'avenir être embauchés comme contractuels avec de bas salaires, voire se retrouver au chômage.

Dans ce contexte, en septembre 2002, les médecins et les travailleurs du secteur santé ont initié une grève contre les réformes proposées par le gouvernement. La mobilisation des travailleurs du secteur santé a compté avec un important soutien généralisé de la population au Salvador, comportant des manifestations publiques massives, comme celle du 23 octobre 2002, réunissant 200.000 personnes.

5. Une privatisation détournée ?

En concordance avec les demandes légitimes de la société salvadorienne, l'Assemblée Nationale rejette la proposition de privatisation du système de santé faite par le Président de la République. A la place, l'Assemblée approuve en octobre 2002 le décret 1024. Ce décret rappelait que *"la santé étant un bien fondamental pour la population [qu'il fallait établir des catégories légales permettant d'éviter que des critères marchands dominant le secteur".* L'article 3 de ce décret *"Interdit la privatisation, concession, achat de services, subcontractation ou d'autres modalités ayant pour objet le transfert vers des entités privés le transfert de services de santé publique et sécurité social prêtés par l'ISSS et par le réseau d'hôpitaux et Unités de Santé du Ministère de la Santé Publique et Assistance sociale.."*. Ce décret permettant uniquement l'achat de services de santé publique dans des occasions exceptionnelles.

Toutefois, le Président déclara ce texte législatif

inconstitutionnel menaçant d'y opposer son veto. Pendant ce temps, les manifestations de rue s'amplifiaient pour appuyer la grève des professionnels de santé, la population montrant sa solidarité envers les médecins grévistes. Le président n'usa pas de son droit de veto pour, selon ses propres dires, *"mettre fin à la grève et en finir avec le conflit"*. La ratification du décret 1024 par l'Assemblée Législative en octobre 2002 allait déclencher une campagne de dénigrement dans les médias inspirée par les milieux patronaux et gouvernementaux ; des députés changèrent alors de position et appuyèrent un nouveau décret de privatisation -le décret N° 1107- en décembre 2002.

Si ce nouveau décret est nettement moins "privatisateur" que ceux proposées par le Président de la République, d'après Mme le Procureur il légalise les pratiques de privatisation des services de santé. En effet dans son article 3 (incise 3) il est écrit *"qu'il sera possible d'autoriser la concession, l'achat de services, la sous-traitance (...) chaque fois qu'il sera nécessaire de suppléer aux déficiences des services de santé du régime de santé publique et de sécurité sociale"*. Outre le débat général sur le système de santé, la crise a gravement affecté les salariés du secteur de la santé. Afin de résoudre ce conflit du travail, l'Assemblée Législative a approuvé en avril 2003 un nouveau décret, le décret 1207, destiné à garantir *"la stabilité et la protection des travailleurs de l'ISSS et du Ministère de la Santé Publique et de l'Assistance sociale dans le cadre du conflit du secteur de la Santé"*. Il s'agit donc de permettre la réincorporation au travail des médecins et des travailleurs licenciés.

La grève des travailleurs de l'ISSS a duré environ dix mois. Le 13 juin dernier, la signature d'un accord a permis la fin de la grève. Toutefois, en septembre 2003, des nouvelles mobilisations ont eu lieu, car les travailleurs du secteur considèrent que ces accords ne sont pas appliqués. D'après les travailleurs de la santé, la privatisation du secteur est en cours de façon rampante. Selon la Prensa Gráfica, les principales raisons sont la continuation de l'achat de services de santé par l'ISSS et la modification des conditions de travail du secteur de la santé.

6. La criminalisation des conflits sociaux

La mission exprime sa plus vive préoccupation quant à la criminalisation des protestations des travailleurs du secteur de la santé, notamment pendant les mois de novembre et de décembre 2002. 14 syndicalistes ont été arrêtés et accusés d'association illégale, de désordre public, de blessures et de résistance ; ils ont été libérés le 3 décembre 2002. La

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

mission souligne également l'usage disproportionné de la force par la police, notamment le 27 novembre 2002. Ce jour, des gaz lacrymogènes ont été utilisés à l'intérieur de l'hôpital d'Oncologie de l'ISSS, ce qui comporte un risque important pour les malades. Cette violence a fait 19 blessés.

La mission se préoccupe également des travailleurs ayant participé à la grève, et notamment des conséquences négatives que pourraient comporter cette participation. Après la fin de la grève une commission *ad hoc* a examiné les plaintes déposées contre 122 travailleurs syndiqués au STISS. La commission a décidé de ne retenir aucune charge contre 89 d'entre eux et de transférer les 33 cas restants au Procureur de la République sans émettre d'opinion ni favorable, ni défavorable envers ces 33 cas. (La Prensa Gráfica 11/07/2003).

Le secrétaire général du SIMETRISS Isaias Cordero, membre de la Commission de vérification des Accords a accusé l'institution (le Seguro Social) de ne pas payer leurs salaires aux 354 médecins anciens grévistes qui ont été réintégrés dans l'institution (La Prensa Gráfica 11/7/03).

12. Le Monde 23 septembre 2003.

13. La possibilité pour une firme de saisir directement l'ORD est une disposition déjà prévue dans l'ALENA, traité de libre échange entre les Etats Unis, le Canada et Mexique que Washington veut incorporer à l'ALCA (ou ZLEA) ; il s'agit de l'article 1110 du chapitre 11 de l'ALENA, qui oblige les Etats signataires à indemniser les investisseurs étrangers lorsque la décision d'un gouvernement est considérée comme une expropriation entraînant des pertes. Cet article revient à donner aux investisseurs le statut de sujets du droit international, alors que ce statut est exclusivement réservé aux Etats. Un tel article n'existe pas dans l'AGCS.

13. Voir aussi Public Services International "The IDB, The World Bank, Labor Rights and Health Care privatisation in the Americas".

V. Conclusions et Recommandations

1. Conclusions

La mission est particulièrement préoccupée par la situation du secteur de la santé au Salvador.

L'existence de discriminations, les indices élevés de malnutrition, les conditions insalubres dans lesquelles vit une grande partie de la population salvadorienne, l'inexistence d'une politique publique de production de médicaments génériques constituent des violations du droit de tout salvadorien de jouir du meilleur état de santé possible.

L'impact que risque d'avoir le processus de privatisation initié par le gouvernement sur la jouissance effective du droit à la santé est également extrêmement préoccupant.

Afin de pouvoir identifier les responsabilités des différents acteurs concernés, la Mission s'est référée au Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels, ratifié par le Salvador en 1979 et plus particulièrement à l'article 2.1 du PIDESC qui expose la nature des obligations juridiques générales assumées par les Etats parties.

Le Comité des Nations unies sur les droits économiques, sociaux et culturels -organe chargé de la surveillance de ce Pacte - en a explicité les grandes lignes dans une Observation générale¹⁵.

Le Salvador a l'obligation, au titre de cet article d'utiliser le "*maximum de ressources disponibles*" en vue d'assurer le plein exercice des droits reconnus (dont le droit à la santé). Cela veut notamment dire qu'il a l'obligation fondamentale minimum d'assurer la satisfaction de l'essentiel des composantes du droit à la santé.

Le Comité précise par ailleurs que "même en temps de grave pénurie de ressources, en raison d'un processus d'ajustement ou de récession économique, les éléments vulnérables de la société peuvent et doivent être protégés grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques relativement peu coûteux".

Le Salvador a d'autre part - au titre du principe de non rétrogression - l'interdiction de prendre des mesures régressives (dans la législation ou les orientations) qui compromettraient les progrès réalisés ou les avantages acquis. Cette obligation est particulièrement importante au regard du processus de privatisation mis en place.

C'est donc à la lumière de ces obligations générales que la mission est arrivée aux conclusions suivantes :

a. Responsabilité de l'Etat salvadorien

Quant à la situation actuelle du droit à la santé

Les témoignages et les données contenus dans le rapport démontrent de manière évidente que le Salvador ne respecte pas ses obligations au regard du PIDESC, telles qu'explicitées par l'Observation générale N° 14 du Comité.

Ainsi, dans le présent rapport, en ce qui concerne l'élément de *disponibilité*, la mission a noté les importants déficits de l'infrastructure hospitalière et le caractère extrêmement limité des programmes de santé proposés par le gouvernement. De la même manière, la mission a constaté que les services de santé n'incluent pas les déterminants de base de la santé, en particulier des conditions sanitaires adéquates.

Concernant l'*accessibilité*, la Mission a pu observer l'existence d'une discrimination aux dépens des populations particulièrement vulnérables, et en particulier des porteurs du VIH et des femmes.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

De la même manière, la population pauvre éprouve de grandes difficultés à accéder aux centres de soins, situés dans des lieux extrêmement éloignés, ainsi qu'à accéder aux déterminants de base en matière de santé, comme l'eau propre et potable et des services sanitaires adéquats.

La mission a pu de la même façon constater que, malgré des services de santé censés -officiellement- être gratuits, les patients se voient obligés de payer tant pour être soignés que pour acquérir les médicaments nécessaires. En conséquence, et contrairement à ce que prévoit la Constitution salvadorienne, les plus pauvres ne peuvent pas accéder aux soins de santé. L'efficacité des campagnes d'information et de prévention se révèle également extrêmement limitée.

Concernant la *qualité*, cette mission a pu constater que l'Hôpital Rosales, reconnu pour sa qualité au sein du système public, souffre d'un manque de matériel approprié pour le traitement correct des maladies. Ce cas semble être emblématique de la situation générale des hôpitaux du pays.

Quant au processus de privatisation

La mission rappelle qu'à la lumière de l'Observation générale n° 14 du CODESOC, Le Salvador a l'obligation "*de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires*"¹⁶.

La mission rappelle également, qu'au vu de l'Observation générale précitée, "*le fait pour l'État de ne pas tenir compte des obligations juridiques qui lui incombent quant au droit à la santé lors de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux avec d'autres États, avec des organisations internationales ou avec d'autres entités telles que des sociétés multinationales*" constitue un manquement à l'obligation de respecter le droit à la santé.

La mission émet de vives préoccupations quant au processus de privatisation mis en place par le gouvernement, dans le cadre des négociations d'accords commerciaux régionaux et bilatéraux et de politiques mises en place par la Banque mondiale et la BID.

Les témoignages et données recueillis amènent à penser que les réformes prévues auraient un impact clairement négatif sur le système de protection du droit à la santé dans ce pays, déjà dans un état critique.

Sur le contenu des réformes et leur impact prévisible sur la jouissance effective du meilleur état de santé possible

La mission considère que la privatisation des services de santé au Salvador aurait de graves conséquences autant pour ses bénéficiaires que pour les travailleurs de ce secteur.

La santé doit rester un "bien public" comme le reconnaît la Constitution du Salvador. Cet objectif est incompatible avec la privatisation du système de santé tel qu'il est prévu au Salvador.

- L'application des réformes prévues supposerait la perte de droits pour plus d'un million d'assurés à la Sécurité sociale (Instituto del Seguro Social -ISSS).

- Le démantèlement du système public de santé supposerait l'exclusion du bénéfice de ce droit pour la majorité des salvadoriens qui ne disposent pas des moyens économiques nécessaires pour payer ce service.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

Sur les modalités de mise en place des réformes au regard du principe de participation

La mission rappelle que le cadre normatif des droits de l'Homme internationalement reconnu inclut le droit des personnes touchées par des décisions clefs de participer aux processus décisionnels pertinents.

Le principe de participation est un principe général du droit international des droits de l'Homme.

Outre cet argument juridique, la mission rappelle que la participation active et éclairée de la population salvadorienne permettra, seule, de garantir l'efficacité de toute réforme de système de santé.

Or en l'état, force est de constater que la population n'a pas été associée au processus décisionnel.

De façon générale, la mission conclut à un non respect du droit "*à la jouissance du plus haut niveau de santé possible*", par l'Etat du Salvador, alors même que ce dernier dispose des ressources suffisantes pour en assurer l'exercice.

b. Responsabilité des autres acteurs

Comment apprécier la nature de la responsabilité juridique du Salvador sans tenir compte de l'évolution du contexte économique et politique mondial, profondément modifié par la mondialisation ?

Aujourd'hui, les politiques nationales ont tendance à adapter les conditions économiques et sociales intérieures à un environnement mondial de plus en plus concurrentiel et non l'inverse.

Alors que le PIDESC - adopté en 1966 - reposait sur le principe que les Etats parties disposaient d'une marge de manœuvre politique et économique suffisante pour élaborer des mesures adaptées à la situation nationale en vue de protéger et de promouvoir les droits qui y sont consacrés, le Comité a adapté son discours, se disant "peu à peu convaincu de l'incidence qu'ont les politiques et pratiques économiques internationales sur l'aptitude des Etats à honorer leurs obligations conventionnelles"¹⁷.

Dans son observation générale n°3, le CODESOC nous dit que "*les institutions financières internationales, notamment la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, devraient s'attacher davantage à protéger le droit à la santé dans le cadre de leur politique de prêt, de leurs accords de crédit et de leurs programmes d'ajustement structure*".

Face au constat décrit ci-dessus- il faut donc mentionner la responsabilité d'autres acteurs, comme la Banque mondiale, la Banque inter-américaine de développement ou les gouvernements des pays dont le vote est prépondérant en leur sein.

15. Observation générale n°3, nature des obligations des Etats parties (art. 2, par. 1, du Pacte), 14/12/90.

16. Observation générale n° 14. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint : 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments).

17. Déclaration du Comité des droits économiques, sociaux et culturels à la 3ème Conférence ministérielle de l' OMC, Novembre 1999.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

2. Recommandations

Devant l'état préoccupant du droit à la santé au Salvador, la mission recommande :

a. Au gouvernement du Salvador

1. De manière générale, de garantir le droit à la santé à tous les citoyens salvadoriens, et de respecter ses obligations tels que définies par le Pacte des Droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et l'ensemble des instruments régionaux et internationaux pertinents.
2. A cet effet, d'"utiliser le maximum de ressources disponibles" afin d'assurer le bon fonctionnement du secteur public de santé et ce, de manière à résorber l'important déficit d'infrastructures hospitalières, à garantir les conditions sanitaires adéquates et à fournir le matériel et le personnel médical conséquent.
3. Elaborer une véritable politique publique ayant pour objet de garantir le droit à la santé.
4. Adopter des mesures spécifiques afin d'éviter toute discrimination dans l'accès au service de santé, en particulier pour les personnes affectées par le VIH/sida et pour les femmes.
5. Garantir des conditions de travail dignes à tous les employés de ce secteur.
6. Garantir une plus large diffusion au sein de la société salvadorienne des obligations de l'Etat du Salvador en matière de Santé.
7. Solliciter une visite du Rapporteur Spécial des Nations Unies sur le Droit à la Santé, en mettant à sa disposition une invitation permanente. De la même façon, autoriser les visites des autres Rapporteurs Spéciaux des Nations Unies sur les Droits économiques, sociaux et culturels.
8. Se référer aux obligations internationales en matière de droit à la santé dans les négociations commerciales, en particulier, dans le cadre des négociations au sein de l'OMC relatives à l'Accord général sur les services (AGCS) et l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC) ainsi que les négociations dans le cadre de la mise en place d'une Zone de Libre-Echange des Amériques (ZLEA).
9. Favoriser le dialogue et intégrer les différents acteurs de la société civile dans tout processus de réforme du secteur de santé et respecter les engagements pris avec ces acteurs. Dans quelque circonstance que ce soit, renoncer à l'utilisation de la force contre des manifestations pacifiques.
10. Soutenir l'adoption du Protocole facultatif sur le PIDESC.

b. A l'Etat du Salvador, au Procureur Général de la République et aux autorités compétentes en matière de santé

11. Nous partageons pleinement la recommandation de Madame le Procureur pour la défense des droits de l'Homme qui exhorte l'Etat du Salvador, et particulièrement le Procureur Général de la République et les autorités compétentes en matière de santé à entamer, dans les plus brefs délais, les enquêtes nécessaires pour juger et sanctionner les responsables de mauvaises pratiques médicales.

El Salvador - Violations flagrantes du droit à la santé
La Santé entre service public et privatisation : un privilège aujourd'hui, un luxe demain ?

c. A la Banque mondiale et à la Banque inter-américaine de développement (BID)

La mission rappelle qu'au titre de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, il appartient "à tous les organes de la société", et pas uniquement aux Etats, d'œuvrer pour la reconnaissance et l'application effective des droits de l'Homme.

12. Afin d'être en conformité avec les principes du droit international des droits de l'Homme, la mission recommande à la Banque mondiale ainsi qu'à la Banque inter-américaine de développement :

- de ne pas adopter de politiques ou programmes qui mettraient en péril la mise en œuvre - par les Etats - de leurs obligations en matière de droits humains - de prendre directement en compte les principes internationaux en matière de droits de l'Homme dans l'élaboration de ses stratégies en matière de lutte contre la pauvreté ainsi que dans l'élaboration de leurs procédures opérationnelles ("operational policies", "bank procedures" and "good practices").

Pour la Banque mondiale :

- de procéder à une évaluation des effets de leurs politiques afin de pouvoir se mettre en conformité avec le principe général de non-discrimination,

- d'adopter une politique spécifique sur l'impact de leurs activités sur les droits de l'Homme. L'adoption d'une politique ou procédure opérationnelle spécifique permettrait ainsi au Panel d'inspection de traiter de demandes relatives aux droits de l'Homme,

- d'aborder la question de l'intégration des droits de l'Homme à leurs politiques et programmes de manière indivisible, afin d'accorder une égale attention aux droits civils et politiques et aux droits économiques, sociaux et culturels,

- d'impliquer des représentants des ONG droits de l'Homme dans la réflexion engagée en interne autour de cette question,

- de réfléchir à des mécanismes de contrôle interne et externe, seuls à même de garantir un respect des politiques et procédures mises en place.

13. L'ensemble de ces recommandations doit être adapté dans le cadre des programmes mis en place par la Banque mondiale et la BID, et qui ont un impact sur la santé au Salvador.

Liste des Sigles et Abréviations

AGCS	Accord Général sur le Commerce des Services
AMESAL	Association médicale du Salvador
AMENA	Association Médicale Nationale
ANDES	Association nationale des enseignants du Salvador
ANEP	Association des entreprises privées
APROCSAL	Association de promoteurs communaux du Salvador
ARENA	L'Alliance républicaine nationaliste
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAFTA	Accord de Libre Echange avec l'Amérique Centrale
CRD	Coordination pour la Reconstruction et le Développement
CRIPDES	Comité Chrétien pour les déplacées du Salvador aujourd'hui il s'est transformé en "Association de Communautés Rurales pour le développement du Salvador"
FENASTRAS	Fédération National Syndical de Travailleurs au Salvador
FMLN	Front Farabundo Marti de libération nationale
ISSS	Institut salvadorien de sécurité sociale
MDS	Médecins pour le Droit à la Santé
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Aide Sociale
PCN	Parti de Conciliation Nationale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIMETRISS	Syndicat des médecins de la Sécurité Sociale
STISS	Syndicat de Travailleurs de l'Institut de Sécurité Sociale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance



MDM est une association de solidarité internationale qui a pour vocation de soigner les populations les plus vulnérables dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le monde et en France, en suscitant l'engagement volontaire et bénévole de médecins, d'autres professionnels de la santé, ainsi que des professionnels d'autres disciplines nécessaires à ses actions, en s'assurant l'appui de toutes les compétences indispensables à l'accomplissement de sa mission, en privilégiant en toutes occasions des relations de proximité avec les populations soignées.

MDM, à partir de sa pratique médicale et en toute indépendance, **révèle** les risques de crises et de menaces pour la santé et pour la dignité afin de contribuer à leur prévention, mobilise des partenaires pour les actions de solidarité sortant du champ de la santé, **dénonce** par ses actions de témoignage les atteintes aux droits de l'homme et plus particulièrement les entraves à l'accès aux soins, **développe** de nouvelles approches et de nouvelles pratiques de la santé publique dans le monde, fondées sur le respect de la dignité humaine, **s'engage** auprès de ses donateurs privés à entretenir des relations d'une totale transparence, **milite** pour instituer, en fonction d'une éthique de la responsabilité, les valeurs de la médecine humanitaire.

MDM - 62, rue Marcadet
75018 Paris - <http://www.medecinsdumonde.org>

fidh

Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme

La **FIDH** a été créée en 1922 à Paris, avec objet de diffuser et de promouvoir l'idéal des droits de l'Homme, de lutter contre leur violation, et d'exiger leur respect.

La FIDH s'attache à :

Mobiliser la Communauté des Etats

La FIDH agit quotidiennement au sein des organisations intergouvernementales.

Prévenir les violations, soutenir la société civile

Pour s'adapter aux besoins spécifiques de ses partenaires locaux, la FIDH a mis au point des programmes de coopération juridique et judiciaire sur le terrain. Ces programmes permettent de consolider la société civile des Etats en voie de démocratisation.

Témoigner, alerter

L'envoi d'observateurs judiciaires à des procès politiques, la réalisation de solides enquêtes sur le terrain permettent une dénonciation concrète et précise des violations des droits de l'Homme devant l'opinion publique internationale.

Informers, dénoncer, protéger

Saisie de cas de violations multiples des libertés fondamentales à travers le monde, la FIDH réagit instantanément auprès des Etats concernés. Elle mobilise à cette fin ses associations membres, les institutions internationales et régionales, les médias, et à travers eux l'opinion publique internationale.

Directeur de la publication : Sidiki Kaba

Rédacteur en chef : Antoine Bernard

Rédactrices et Chargées de mission : Janette Habel y Silvia Quadrelli.

Collaborateurs : Rosa Sánchez Salgado, Marie Guiraud, Julie Ancian

Traducteurs : Emilie Bonvarlet, Béatrice Dunner, Marianne Soulié, Jean-Michel Assié

Assistant de publication : Céline Ballereau-Tetu

Dépôt légal mars 2004 / n° 373

Commission paritaire N° 0904P11341 - ISSN en cours - Fichier informatique conforme à la loi du 6 janvier 1978 (Déclaration N° 330 675)

17, passage de la Main d'Or - 75011 - Paris - France - CCP Paris : 76 76 Z

Tél : (33-1) 43 55 25 18 / Fax : (33-1) 43 55 18 80 - E-mail : fidh@fidh.org / Site Internet : <http://www.fidh.org>