



Note

Note

Dominique Gay-Sylvestre

Directrice revue TraHs

Contrairement à Jonathan Mann qui, en 1998, affirmait dans « Public health : ethics and human rights » que : « [...] bien que chaque discipline apporte des informations utiles, celles-ci ne forment pas un ensemble cohérent ; les disciplines se concurrencent entre elles pour avoir la prééminence ; elles se juxtaposent au lieu de constituer une analyse de santé publique cohérente des facteurs de santé et des facteurs sociétaux associés. Et au bout du compte, que peut faire – concrètement – une santé publique fondée sur l'accumulation de différentes analyses disciplinaires ? » le numéro *Défis et perspectives du droit à la santé dans un monde globalisé* prouve justement l'intérêt et la viabilité d'une interconnexion pluridisciplinaire. La richesse de ce qui est mis en partage constitue la garantie du respect de ce bien commun que représente le droit inaliénable pour tous à la santé.

Prologue

I- El derecho a la salud y las personas adultas mayores / The right to health and older persons



El derecho a la protección de la salud de las personas adultas mayores en el área metropolitana de Ocotlán, Jalisco (México)

The right to health protection of older adults in the metropolitan area of Ocotlán, Jalisco (Mexico)

Alma Jéssica VELÁZQUEZ GALLARDO¹

Centro Universitario de la Ciénega (CUCIénega), Ocotlán

Universidad de Guadalajara, Jalisco México

<https://orcid.org/0000-0001-9183-7727>

alma.vgallardo@academicos.udg.mx

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/5761>

DOI : 10.25965/trahs.5761

Licence : CC BY-NC-SA 4.0 International

Resumen: El Derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo de las personas, así como para el ejercicio de otros derechos; resalta por su importancia este derecho en el caso de las personas adultas mayores, quienes, por su condición, requieren en mayor medida de los servicios de salud pública. El presente estudio tiene por objetivo conocer la percepción de este grupo poblacional, que recibe servicios de salud pública en el Área Metropolitana de Ocotlán, Jalisco. Se realizó un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, en el que se aplicó encuesta a 108 personas adultas mayores en los municipios de Ocotlán, Poncitlán y Jamay, todos del estado de Jalisco, México que corresponden a dicha área metropolitana. Entre los resultados se encuentra que no hay la disponibilidad necesaria de clínicas, centros de salud u hospitales para todas las personas, tampoco las suficientes especialidades médicas. No se proporcionan la totalidad de los medicamentos recetados; asimismo, no se realizan en su totalidad los estudios clínicos que se requieren, los cuales los obtienen con recursos propios afectando la economía de las personas.

Palabras clave: acceso a la salud, derecho, personas adultas mayores, protección de la salud

Résumé : Le droit à la protection de la santé est fondamental pour le développement des personnes, ainsi que pour l'exercice d'autres droits. Ce droit se distingue par son importance dans le cas des personnes âgées, qui, en raison de leur condition, ont davantage de besoins et nécessitent un plus grand nombre de prestations. L'objectif de cette étude est de connaître le ressenti de ce groupe de population qui bénéficie des services de santé publique dans la zone métropolitaine d'Ocotlán, Jalisco. Une étude descriptive a été réalisée auprès de 108 personnes âgées dans les municipalités d'Ocotlán, Poncitlán et Jamay, toutes situées dans l'État de Jalisco, au

¹ Profesora Investigadora de la Universidad de Guadalajara, adscrita al Departamento de Política y Sociedad en el Centro Universitario de la Ciénega (CUCIénega). Miembro líder del Cuerpo Académico Consolidado UDG-CA-562: Educación, Políticas Públicas y Desarrollo Regional. Presidenta de la Academia de Derecho Público - CUCIénega. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel "C" (SNI -CONAHCYT). Perfil PRODEP. Integrante de: Red de Estudios Latinoamericanos y Cultura Chicano - Ibérica (RELACI) Y de Red Internacional América Latina, África, Europa y el Caribe (Red ALEC).

Mexique, qui correspondent à ladite zone métropolitaine. Les résultats ont montré un manque de disponibilité de la part des cliniques, centres de santé ou hôpitaux, pour l'ensemble de la population et un manque de spécialités. Tous les médicaments prescrits ne sont pas fournis et elle doit payer elle-même les études cliniques qui lui sont demandées et qui ne sont d'ailleurs pas réalisées dans leur intégralité ce qui joue fortement sur son budget.

Mots clés : accès à la santé, droit, personnes âgées, protection de la santé

Resumo: O direito à proteção da saúde é fundamental para o desenvolvimento das pessoas, bem como para o exercício de outros direitos. Este direito destaca-se pela sua importância no caso dos idosos, que, devido à sua condição, necessitam de mais medidas de saúde pública Serviços. O objetivo deste estudo é: Conhecer a percepção deste grupo populacional, que recebe serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Ocotlán, Jalisco. Foi realizado um estudo descritivo quantitativo, no qual foi aplicado um questionário a 108 idosos nos municípios de Ocotlán, Poncitlán e Jamay, todos no estado de Jalisco, México, que correspondem à referida área metropolitana. Entre os resultados está que não há a disponibilidade necessária de clínicas, centros de saúde ou hospitais para todas as pessoas, nem há especialidades médicas suficientes, nem todos os medicamentos prescritos são fornecidos, da mesma forma, não são realizados estudos na sua totalidade. necessários, que são obtidos com recursos próprios, afetando as economias das pessoas.

Palavras chave: acesso à saúde, direito, idosos, proteção à saúde

Abstract: The right to health protection is fundamental for the development of people, as well as for the exercise of other rights. This right stands out for its importance in the case of older adults, who, due to their condition, require more measure of public health services. The objective of this study is: To know the perception of this population group, who receive public health services in the Metropolitan Area of Ocotlán, Jalisco. A quantitative descriptive study was carried out, in which a survey was applied to 108 older adults in the municipalities of Ocotlán, Poncitlán and Jamay, all in the state of Jalisco, Mexico that correspond to said metropolitan area. Among the results is that there is not the necessary availability of clinics, health centers or hospitals for all people, nor are there enough medical specialties, not all prescribed medications are provided, likewise, studies are not carried out in their entirety. clinics that are required, which are obtained with their own resources, affecting people's economies.

Keywords: access to health, law, older adults, health protection

Introducción

El derecho a la protección de la salud, en la actualidad, ha cobrado relevancia nuevamente a raíz de la pandemia que produce la enfermedad de COVID-19 en que se puso a prueba los distintos Sistemas de Salud de los países en el mundo; no obstante, el reto que produjo esta enfermedad, develó las carencias de las que se adolece en la atención sanitaria.

Considerando diversas realidades por continentes, países, entidades federativas en el caso de México y los municipios que las conforman, se analiza en el presente estudio la realidad en atención en salud y su garantía, acorde a la percepción de los usuarios del sistema sanitario en los municipios que la conforman: Jamay, Ocotlán y Poncitlán que forman parte de la región Ciénega en Jalisco, México y constituyen el Área Metropolitana de Ocotlán, Jalisco, en adelante (AMO).

El presente trabajo muestra un estudio desde la tutela del derecho a la protección de la salud o derecho a la salud (se utilizarán de forma indistinta), y como se desdobra en establecimientos para la misma; la atención que brindan y, por ende, la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad como elementos base de éste derecho en el AMO. Se hace referencia a la conformación de la AMO y su contexto, así como al envejecimiento de la población.

Además, se presenta un diagnóstico de los establecimientos que atienden a las personas en salud en la AMO, así como una vista de las resoluciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la vulneración al derecho a la protección de la salud y de las cuales su incidencia mayor es contra Personas Adultas Mayores (en adelante PAM). Se muestran los resultados de una encuesta aplicada a usuarios de los servicios de salud pública en la AMO, particularmente de PAM que acuden a atención a ellos. Concluyendo que, en la AMO, el derecho de protección a la salud se queda corto en materia de servicios de especialidad médica y de atención completa, por carencia de medicamentos y estudios clínicos que las propias personas deben pagar, generando gastos de bolsillo en salud a un colectivo vulnerable.

Derecho a la Protección de la salud

En México, el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, el cual, concatenado con el artículo primero de la misma, dispone en su texto:

Artículo 10. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección², cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia **favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.**

2 El resaltado en negritas es de la autora.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (Cámara de Diputados, 2024).

Se establece en dicho artículo la tutela de los derechos humanos reconocidos en la Constitución, además, los que se encuentren reconocidos en los tratados internacionales de los que el estado Mexicano sea parte, tal y como los contemplados en el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que, en su artículo 12 establece el derecho a la protección de la salud en todas sus dimensiones y que ha sido interpretado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis aislada con registro digital 2022888, de la décima época:

DERECHO HUMANO A LA SALUD. CRITERIOS QUE DEBEN VALORARSE PARA SU EFECTIVA GARANTÍA (OBJETIVO, SUBJETIVO, TEMPORAL E INSTITUCIONAL).

Hechos: Una persona promovió juicio de amparo indirecto en contra de la omisión de un Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de entregarle oportunamente el medicamento que requiere para el control de la enfermedad que padece. Criterio jurídico: La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determina que las autoridades responsables de prestar asistencia médica y tratamiento a los pacientes usuarios de alguna institución que integre el Sistema Nacional de Salud, deben garantizar el derecho humano a la salud mediante la valoración de los criterios siguientes: 1) subjetivo, de acuerdo con el cual el Estado deberá actuar con el propósito de procurar el tratamiento terapéutico y farmacéutico del paciente, ya sea para lograr su reversibilidad o curación o, de ser diagnosticado con una enfermedad crónica y/o degenerativa, procurar la garantía del tratamiento necesario para el control de su sintomatología, así como el control del deterioro de su integridad física y psíquica, es decir, tomando en cuenta el estado de salud del paciente, así como sus requerimientos clínicos y médicos; 2) objetivo, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento sea adecuado, de modo que si el paciente requiere algún medicamento, éste contenga las sales originales o genéricas que conserven la biodisponibilidad y bioequivalencia de las sales originales para su efectividad; 3) temporal, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento del paciente se garantice de forma oportuna, permanente y constante; y, 4) institucional, de acuerdo con el cual el Estado debe garantizar que las unidades médicas o instituciones de salud que se encarguen de la garantía del tratamiento lo hagan de conformidad con los estándares más altos de tecnología y especialización médica. Justificación: Los criterios aludidos deben evaluarse en la medida en que se trata de la garantía del derecho humano a la salud; derecho económico, social y cultural, cuyo cumplimiento es progresivo, y cuya efectividad depende de los

medios de los que disponga el Estado para su satisfacción, reconocido en los artículos 40., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 11 y 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño³ (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2021).

Si bien es cierto, la tesis transcrita amplía la concepción del derecho a la protección de la salud y obliga a los estados a poner todos los medios a su alcance para proteger el mismo, también lo es, que no se logra colmar en su totalidad el derecho de las personas, ya que la atención en salud se centra particularmente en atender la enfermedad, mientras que la promoción y prevención de la salud siguen rezagadas.

En palabras de Montiel, este derecho integra no solo la idea de curar la enfermedad, sino de prevenir; entonces, el entorno físico y social se vuelve relevante (Montiel, 2013: 294). Si bien los satisfactores y determinantes de la salud son muchos y variados, atender a los enfermos es primordial en la protección de la salud, ya que es un primer paso para la recuperación de la misma. Se debe considerar al ser humano en toda la extensión de su situación individual y colectiva, además proporcionar el servicio de salud (asistencia sanitaria) de forma oportuna, completa, equitativa y con calidad.

En marzo de 2023 otro tratado internacional firmado y ratificado por México: *la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, cobra especial relevancia en diversos ámbitos, ya que a la luz del aludido artículo primero constitucional, se deben aplicar los derechos humanos reconocidos en ésta; de ahí que las disposiciones del artículo 19 en cuanto al derecho a la salud, (aplicables al estado mexicano) establecen que:

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental sin discriminación por ende el estado (mexicano) debe diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud, orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para ello se debe dar atención preferencial y

3 Amparo en revisión 226/2020. 11 de noviembre de 2020. Cinco votos de las Ministras Norma Lucía Piña Hernández, quien reservó su derecho para formular voto concurrente, Ana Margarita Ríos Farjat, y los Ministros Jorge Mario Pardo Rebolledo, Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena y Juan Luis González Alcántara Carrancá. Ponente: Juan Luis González Alcántara Carrancá. Secretarios: Pablo Francisco Muñoz Díaz y Fernando Sosa Pastrana. Amparo en revisión 227/2020. 11 de noviembre de 2020. Cinco votos de las Ministras Norma Lucía Piña Hernández, quien reservó su derecho para formular voto concurrente, Ana Margarita Ríos Farjat, y los Ministros Jorge Mario Pardo Rebolledo, Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena y Juan Luis González Alcántara Carrancá. Ponente: Ana Margarita Ríos Farjat. Secretario: Juan Jaime González Varas.

Esta tesis se publicó el viernes 26 de marzo de 2021 a las 10:29 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

acceso universal, equitativo y oportuno... (Organización de los Estados Americanos, 2015: 11).

Además de ello se prevé en dicho instrumento una serie de acciones y estrategias para colmar el derecho a la protección de la salud de las Personas Adultas Mayores.

Personas Adultas Mayores y el envejecimiento

En México, existe la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual establece en su artículo tercero fracción I que se entenderá por:

I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (Cámara de Diputados, 2002). Por tanto, las Personas Adultas Mayores cuentan con regulación especial y con derechos de atención preferente, así como algunos beneficios establecidos en las propias normas para proteger su situación y circunstancias particulares, de acuerdo a la Ley General de Salud y la antes mencionada de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Ahora bien, el envejecimiento de la población es una realidad actual y en la mayor parte del mundo, México no es la excepción. De acuerdo con Arellano del diario LA RAZÓN, y según datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en México para el primer trimestre de 2023 residen en México 17'958,707 (Diecisiete Millones Novecientos Cincuenta y Ocho Mil Setecientos Siete) PAM, lo que representa el 14 por ciento de la población total del país; se calcula que, para el año 2030, este grupo poblacional se duplique (Arellano, 2023), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud:

El número y la proporción de personas de 60 años o más en la población están aumentando. En 2019, el número de personas de 60 años o más era de mil millones. Esta cifra aumentará a 1.400 millones en 2030 y a 2.100 millones en 2050. Este aumento se está produciendo a un ritmo sin precedentes y se acelerará en las próximas décadas, especialmente en los países en desarrollo (OMS, 2024).

En tanto, en Jalisco, la transición demográfica sigue la misma línea en un crecimiento rápido de la población en edades avanzadas; así, se espera que para 2030 la proporción de personas de 65 años o más, sea de 9.9%.

esto implica que aproximadamente 1 de cada 10 jaliscienses será una persona adulta mayor. Situación que traerá como consecuencia desafíos importantes ante las necesidades de este sector de la población (IEEG, Jalisco:2).

El envejecimiento de las poblaciones se incrementa a medida que transcurren los años - situación que debe considerarse tanto en las políticas públicas como en las estrategias y acciones concretas a realizar. Actualmente no se cuenta con una infraestructura adecuada para las PAM, en las ciudades grandes; sin embargo, en las ciudades pequeñas tampoco hubo planeación, se entiende por el hecho de que la esperanza de vida no era la misma ya que en para 1970 la esperanza de vida era de 61 años (INEGI, 2024), de acuerdo al Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, la esperanza de vida en promedio para 2023 en Jalisco es de 75.89 años (IEEG, 2023:5). Ante ello, deben implementarse, en las ciudades, las

condiciones no sólo de accesibilidad física para las PAM, sino también disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención médica de dicho grupo etario, particularmente en las unidades de atención en salud en la AMO.

Las PAM en el AMO no representan el grueso de las personas, pero sí un grupo importante de su población que, al igual que en el resto de los municipios de Jalisco, está en expansión constante y acelerada; por tanto, los servicios de salud son un punto toral para la vida de ellas, razón por la cual, nos adentraremos en el tema de la prestación y acceso a los servicios de salud pública.

Área Metropolitana de Ocotlán, Jalisco

Ahora bien, debemos contextualizar sobre el estado de Jalisco y en particular del Área Metropolitana de Ocotlán, Jalisco. Esta entidad federativa, cuenta con una población en su conjunto de 8'348,151 (Ocho Millones, trescientos cuarenta y ocho mil, ciento cincuenta y uno) habitantes, ocupando el tercer lugar a nivel nacional por el número de habitantes. (INEGI, 2021)

En el caso del AMO, se encuentra conformada por tres municipios de la región Ciénega de Jalisco: Ocotlán, Poncitlán y Jamay. Su población al 2020 se conformaba por:

184 mil 603 habitantes, de los cuales 93 mil 984 (50.9%) son mujeres y 90 mil 619 (49.1%) hombres. La población femenina supera a la masculina en 3 mil 365 personas, lo que implica que hay 96 hombres por cada 100 mujeres jaliscienses en el AMO (Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco, 2020: 3).

En 2020 el municipio más poblado del AMO es Ocotlán, con 106 mil 050 habitantes, que representan el 57.4% de la población total. Este municipio registró un crecimiento del 14.1% en el período 2010-2020, mientras que Poncitlán creció un 10.8% y Jamay un 8.8% en el período.

Dentro del AMO, Poncitlán reúne el 29.1% de la población en 2020, con 53 mil 659 habitantes, seguido de Jamay con el 13.5% (24,894) (Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco, 2020: 4).

Es una de las tres áreas Metropolitanas del Estado de Jalisco, lo cual, de conformidad a lo que dispone la Ley de Coordinación Metropolitana del estado de Jalisco:

Es el centro de población, geográficamente delimitado, asentado en el territorio de dos o más municipios, con una población de cuando menos cincuenta mil habitantes, declarado oficialmente con ese carácter por decreto del Congreso del Estado; o en su caso, la reconocida como zona metropolitana administrativamente por los procedimientos y leyes aplicables.

El 29 de mayo del 2020, el Congreso del Estado aprueba la declaratoria estatal del Área Metropolitana de Ocotlán, integrada por los municipios de Ocotlán, Poncitlán y Jamay, con base en lo ya referido en el documento de Delimitación de las Zonas

Metropolitanas de México del 2015, quedando homologados los criterios de definición de este fenómeno en ambos órdenes de gobierno (Instituto de Estadística y Geográfica de Jalisco, 2020: 6).

La pregunta es ¿por qué es importante integrar un área metropolitana? En un inicio, fue atractivo acceder a mayores beneficios económicos a través del Fondo Metropolitano, pero posteriormente se diluyó el propósito original de regular el territorio y establecer bases de coordinación que permitieran la mejora de los servicios y el bienestar de las personas en los municipios que la componen. De forma lamentable y habiendo desaparecido el Fondo Metropolitano, el acceso a los recursos ya no fue opción; no obstante, en el año 2019, se realizó una reforma a la Ley de Coordinación Metropolitana, que cumplió con los requisitos federales exigidos y se dio paso al reconocimiento del AMO para 2020, entre otras áreas metropolitanas más (Silva y De la Torre, 2021).

La realidad es que los municipios que integran un área Metropolitana, deben tener identidades similares, además de compartir el territorio, como lo es en este caso la AMO, así que en su conjunto se busca su crecimiento económico y desarrollo.

Diagnóstico de servicios de salud pública en el AMO

Para conocer el número real de hospitales, clínicas y centros de salud que operan y otorgan servicios a la población del AMO, se realizaron solicitudes de información a través de la Plataforma Nacional de Transparencia⁴. Las respuestas se consignan en la siguiente tabla 1:

Tabla 1 Hospitales, Clínicas y Unidades de Atención Médica del sector Público que operan actualmente en la AMO de Ocotlán, Jalisco

MUNICIPIO DE OCOTLÁN	
1	Hospital General de Zona Medicina Familiar número 6 Ocotlán
2	Unidad Médica Familiar General número 169
3	Centro de Seguridad Social
4	UMF ISSSTE Ocotlán
5	Unidad Móvil Ocotlán
6	Centro de Salud Ocotlán S.S.J.
7	Centro de Salud San Vicente (Labor Vieja) S.S.J
8	Centro de Salud San Martín de Zula S.S.J
9	UNEME (Unidad Especializada Médica)

⁴ La Plataforma Nacional de Transparencia es el medio a través del cual los mexicanos podemos consultar la información que tienen las instituciones públicas en el país y al mismo tiempo es el medio para solicitar información de éstas, en ejercicio del derecho a la información.

10	UEAON. Unidad Especializada en Atención Obstétrica y Cuidados Neonatales S.S.J.
11	Servicios Médicos Municipales
MUNICIPIO DE JAMAY	
1	Unidad de Medicina Familiar número 100
2	Centro de Salud Jamay S.S.J.
3	Centro de Salud La Maltaraña S.S.J.
4	Centro de Salud San Agustín S.S.J.
5	Centro de Salud San Miguel de la Paz S.S.J.
MUNICIPIO DE PONCITLÁN	
1	Unidad de Medicina Familiar Número 95
2	CAF-ISSSTE
3	Centro de Salud Poncitlán S.S.J.
4	Centro de Salud Cuitzeo S.S.J.
5	Centro de Salud Mezcala S.S.J.
6	Centro de Salud San Jacinto S.S.J.
7	Centro de Salud San Juan Tecamatlán S.S.J.
8	Centro de Salud San Miguel Zapotitlán S.S.J.
9	Centro de Salud San Pedro Itzican S.S.J.
10	Centro de Salud Santa Cruz el Grande S.S.J.
11	Unidad Móvil I Poncitlán S.S.J.
12	Unidad Móvil II Poncitlán S.S.J.

Fuente: elaboración propia con información del Organismo Público Descentralizado- Servicios de Salud Jalisco (2023)

Al parecer se reflejaría que hay suficientes unidades de atención en salud pública y, por tanto, la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, está asegurada para la población del AMO. No obstante, se señala en el diagnóstico del año 2021, respecto a los servicios de salud, realizada por el Instituto de Estadística y Geográfica del estado de Jalisco, que:

Entre 2010 y 2020, el porcentaje de población del AMO que declaró estar afiliada a los servicios de salud aumentó un 7.0%, al pasar de 68.2% a 73.0%, respectivamente. Actualmente hay 134 mil 707 de afiliados y afiliadas a alguna institución de salud, de éstas, 51.8% son derechohabientes del Instituto Mexicano

del Seguro Social, 17.4% al Instituto de Salud para el Bienestar, 2.4% al ISSSTE, 0.1% al ISSSTE estatal, 0.8% a PEMEX, Defensa o Marina; 0.1% al IMSS Bienestar, 0.8% a instituciones privadas y 0.3% a otras instituciones. Es importante señalar que el 26.9% de la población de esta Área Metropolitana no está afiliada a servicios de salud (IEEG, 2020: 11).

De acuerdo a dicha información, resalta que hay carencia en los servicios de salud para un 26.9% de la población, misma que probablemente a la fecha se haya incrementado. Lo anterior se señala ya que la carencia por acceso a servicios de salud es un tema latente y crucial en el país. Para agosto de 2023, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social por sus siglas CONEVAL, publicó en su comunicado número 7, que:

el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 16.2% a 39.1% entre 2018 y 2022, lo cual representa un cambio de 20.1 a 50.4 millones de personas en esta situación respectivamente (CONEVAL, 2023: 2).

Situación que ha dejado mucho que desear a lo largo de las últimas administraciones federales en el país. Sin embargo, se ha acentuado el problema, en particular en el último sexenio - lo anterior, aunado a la falta de medicamentos para las personas a lo largo y ancho del país. La disponibilidad de los servicios de salud pública es altamente necesaria en el AMO; por ello, se solicitó información mediante la Plataforma Nacional de Transparencia para conocer de mejor manera la atención que se da a los derechohabientes de la seguridad social y también a quienes no siéndolo, reciben servicios de salud pública proporcionada por la Secretaría de Salud Jalisco, a través de sus unidades conocidas como Centros de Salud.

Al ser el Instituto Mexicano del Seguro Social quien proporciona mayor atención en salud en el AMO, se preguntó con qué especialidades cuentan, mencionaron 13 especialidades, de entre las que resalta la de geriatría, señalando que se atienden 10 pacientes diarios en promedio por dicho especialista; asimismo, se señala por la Unidad de Transparencia del IMSS en su respuesta que, en caso de no tener la especialidad, se derivan los pacientes a hospitales de segundo nivel en Guadalajara en las unidades número: 180, 110, 46 y 45, de dicho Instituto.

Dentro de las especialidades con que se cuenta actualmente, se advierte que no se tienen las diversas de cardiología, nefrología, psiquiatría, entre otras, padecimientos respecto de los cuales se requiere la atención en el AMO; respecto de las cuales son subrogados y por tanto a los pacientes se les envía principalmente a la zona conurbada de Guadalajara, Jalisco. Situación que conlleva otra serie de circunstancias a los pacientes que viven en la AMO, por ejemplo, su traslado, inversión de tiempo, erogaciones económicas y la necesidad de que les acompañe una persona.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico por sus siglas OCDE, en su reporte del panorama de salud en los países miembros, señala que en México menos de la mitad del gasto en salud fue financiado por esquemas gubernamentales obligatorios, 49% (OCDE, 2021: 130).

Para conocer un poco más del panorama de la disponibilidad y acceso a servicios de salud en el AMO, se realizó trabajo de campo lo que permitió conocer sobre la percepción de los usuarios de estos servicios, tal y como se expone líneas adelante.

Metodología

Es un estudio descriptivo con el uso del método deductivo, con técnica de investigación cuantitativa. realizando una encuesta con 24 preguntas, de las cuales 4 son sociodemográficas, 7 respecto a la información sobre la unidad en la que se atiende y 13 preguntas más que tienen que ver con la atención que reciben y las especialidades con las que cuentan. Se aplicaron a Personas Adultas Mayores en los municipios de Ocotlán, Jamay y Poncitlán que conforman el AMO. El cual se Aplicó en el período comprendido del 29 de septiembre al 5 de noviembre de 2023, se realizó un análisis de frecuencias, mediante el uso del programa PSPP versión 3. Asimismo, se realizaron solicitudes de información vía portal Nacional de Transparencia para conocer más sobre los servicios de salud en el Área Metropolitana de Ocotlán, Jalisco.

Asimismo, se revisaron las resoluciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos para conocer cuántas de ellas han sido por vulneración al derecho a la protección de la salud y en particular en las que se han visto involucradas como víctimas personas adultas mayores.

Resultados

Análisis del número de recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en el año 2023 respecto a la vulneración del derecho a la protección de la salud.

La Comisión Nacional de derechos Humanos en México es el organismo que, de acuerdo al artículo 102 Constitucional Apartado B, protege derechos humanos tutelados por el orden jurídico mexicano, en su competencia, señala que, ésta y las respectivas comisiones estatales conocerán de quejas contra actos u omisiones de naturaleza administrativa, de cualquier autoridad o servidor público que vulneren derechos, los cuales podrán formular recomendaciones públicas, no vinculatorias - en su caso podrán denunciar y presentar quejas antes las autoridades respectivas (Cámara de Diputados, 2023).

Si bien las resoluciones que emiten este organismo no son vinculantes, nos permite tener un diagnóstico parcial de lo que ocurre en materia de violación a los derechos humanos, en particular el de protección a la salud. Por lo anterior, se hizo una revisión en el portal web de la Comisión y se contabilizó el número de recomendaciones emitidas en el año 2023 por su vulneración.

Se emitieron en total 309 recomendaciones por trastocar derechos humanos, de las cuales 181 están relacionadas a la vulneración al derecho a la protección de la salud, lo que representa el 58.5% de la totalidad de las resoluciones en las que se decretó, por parte de dicho organismo. Con este dato podemos establecer que es uno de los derechos mayormente conculcados en el país, puesto que más de la mitad de sus resoluciones se dirigen a directores de hospitales, clínicas o en general unidades de salud pública.

Ahora bien, de las 181 recomendaciones relacionadas al derecho a la protección de la salud, 55 de éstas, es decir en el 30.3 % de las mismas, se encuentra involucrada como víctima una Persona Adulta Mayor y de forma lamentable, en la mayoría de éstas, además, falleció la persona. Ante ello, se puede considerar que este sector

poblacional es un grupo vulnerable ante el actuar de los prestadores de servicios de salud en el país.

Trabajo de campo

Se aplicó encuesta a 108 personas del AMO, del 29 de septiembre al 5 de noviembre de 2023, de las cuales 55% son mujeres y 46% son hombres. La mayoría de las personas encuestadas tiene estudios de educación básica, ya que 54.6% tienen educación primaria y el 26.8% educación secundaria, mientras que el 13.8 % no tienen ningún estudio. Respecto al estado civil de las personas el 60% están casadas o casados y el 8.3% son solteros, 4.6% divorciados.

Respecto al lugar en que residen, al haberse aplicado la encuesta en los tres municipios que conforman la AMO, se determinó de forma deliberada que la misma fuera equilibrada por cada uno de ellos: 30.5% viven en Ocotlán, 31.4% en Jamay y 31.4% en Poncitlán; el resto respondió vivir en comunidades cercanas pertenecientes a los propios municipios de la AMO.

El 74% de las personas encuestadas señaló ser derechohabientes de la seguridad social, el restante 26% señaló no estar afiliado a ningún servicio de salud de la seguridad social, por lo que se atiende en los servicios públicos abiertos.

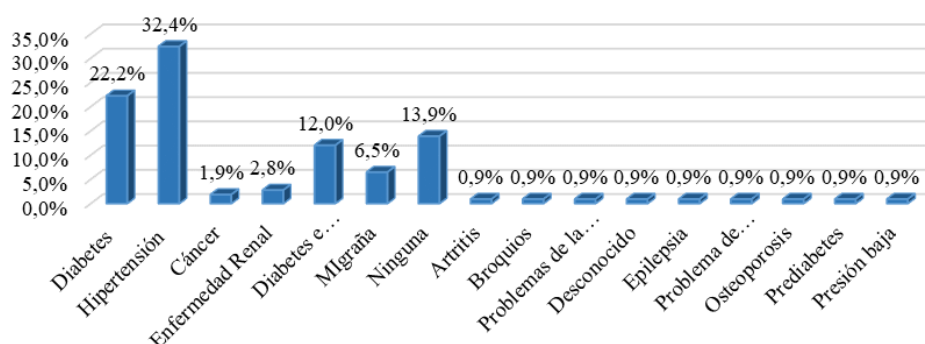
Respecto a los lugares a que acuden a los servicios públicos señalaron el 72.2% estar afiliado y atenderse en el Instituto Mexicano del Seguro Social, mientras que 17.5% de los respondientes dijeron atenderse en unidades de atención dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco, el resto en el ISSSTE; el 9.2% señaló que prefieren que sea a pesar de su afiliación atenderse en la medicina particular. Lo que es costoso, pero es mejor para su salud, aun cuando afecta la economía de su familia.

En cuanto a la frecuencia con la que acuden a los servicios de salud de las personas consultadas, la mayoría 51.8% señaló que es de una vez al mes; 10.1% dijo que dos veces al mes acude a su unidad de salud, 9.26% indicó que cada dos meses y 25.9% comentó que rara vez lo realizan.

Respecto a la disponibilidad de los servicios de salud en el AMO, las personas entrevistadas señalaron 88% que están totalmente disponibles, pero el 10. 2% dijo que está parcialmente disponible y sólo 1.8% indicó que rara a nunca disponible, por lo que no siempre se pueden atender.

Gráfica 1

Padecimientos o enfermedades



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

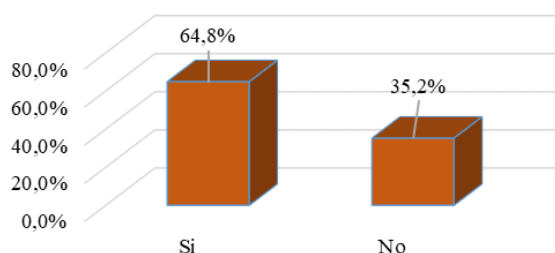
En la gráfica 1 se puede revisar los padecimientos que tienen las personas a quienes se les aplicó la encuesta de entre los que resaltan la Hipertensión y la Diabetes, que no resulta extraño, ya que en el país la prevalencia de las enfermedades crónicas está relacionada con éstas.

También se les cuestionó si se cuenta con la especialidad de geriatría en su unidad de atención en salud; de las respuestas, tan sólo el 5.6% señalan que sí, el resto no han tenido contacto con algún geriatra o no sabe si existe la especialidad en su unidad de atención en salud, lo que resulta comprensible, toda vez que, en la AMO, solamente existe 1 persona con dicha especialidad que atiende a los pacientes del IMSS de Ocotlán, el cual está rebasado por la demanda de servicios a las PAM.

En el mismo sentido se les preguntó si en su unidad de atención en salud se cuenta con la atención de gerontólogo (s), a lo que sólo el 1.9% señaló que sí, pero 38% señaló que no y 60.2% dijo que no lo sabe. Con lo cual se puede inferir que no se cuenta con esa atención en la salud pública del AMO.

Gráfica 2

En su hospital, clínica o unidad de atención, ¿Existe la especialidad médica que requiere?

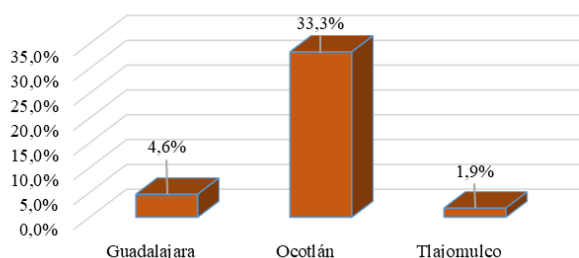


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada.

En cuanto a la atención de especialidad que requieren, se advierte en la gráfica 2, que el 35.2% de las personas encuestadas respondieron que no se cuenta con éstas, lo que implica una falta de disponibilidad en la AMO, respecto a la atención de las enfermedades que tienen.

Gráfica 3

En caso de ser negativa su respuesta, ¿Dónde le brindan la atención de especialidad que requiere?

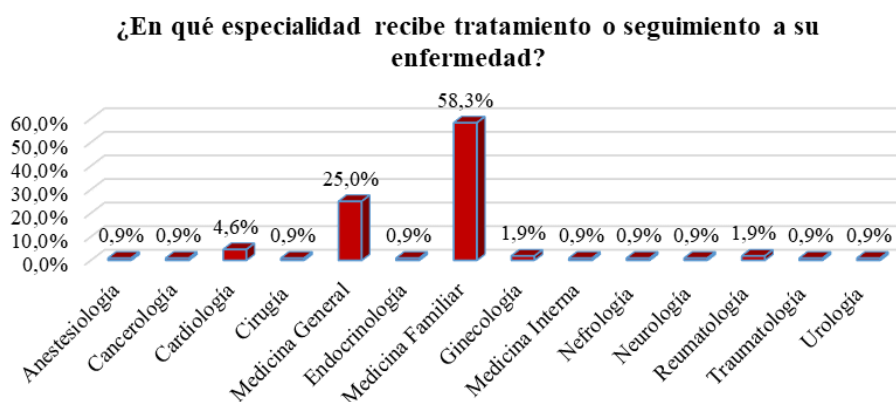


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

Las personas señalan en sus respuestas que acuden a otro municipio para atenderse cuando requieren la atención del especialista con el que no cuentan en su propio municipio; el 4.6% indicó que acuden a Guadalajara, el 33.3% comentó que le

atienden en Ocotlán. Se resalta en esta pregunta que la mayoría de las personas no respondió a la pregunta, en virtud de que no se atienden por especialista.

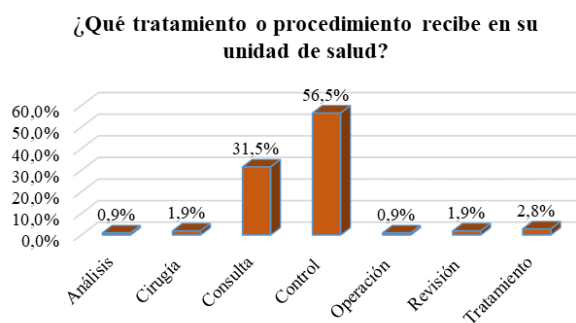
Gráfica 4



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

En la gráfica 4 se advierte que el 58.3% de las personas entrevistadas reciben tratamiento de Medicina familiar para dar seguimiento a su padecimiento, en tanto que los que reciben tratamiento de otras especialidades es mínimo.

Gráfica 5

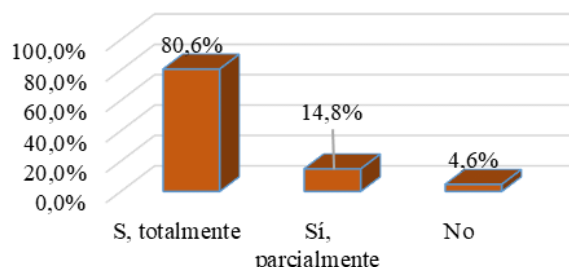


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

La mayoría de las personas encuestadas: 56.5% sólo acuden a la unidad de servicios en salud para seguimiento y control de su enfermedad; en tanto 31.5% a consulta, el resto respondió que van a recibir otros procedimientos y sólo 3 personas señalaron que asistieron a cirugía u operación.

Gráfica 6

Cuando acude a su hospital, clínica o unidad de atención médica, ¿Le proporcionan los medicamentos que requiere?

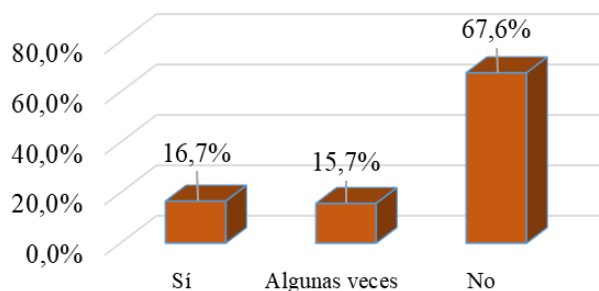


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

Asimismo, se preguntó a las personas encuestadas, si, cuando acude a la unidad de atención en salud pública a la que regularmente se atienden, les proporcionan todos los medicamentos que requiere, a lo que el 80.6% respondieron que sí, solo 14.8% dijo que parcialmente, en tanto 4.6% señaló no se los proporcionan. Respuestas que resultan sorprendentes; lo anterior, en virtud de que el actual sistema en el país ha reconocido plenamente que el tema de la falta de medicamentos es un problema complejo y que se trataría de remediar; no obstante, en la percepción de los encuestados en este estudio sí se los entregan.

Gráfica 7

¿En alguna ocasión ha tenido que pagar medicamentos que no le proporcionaron?

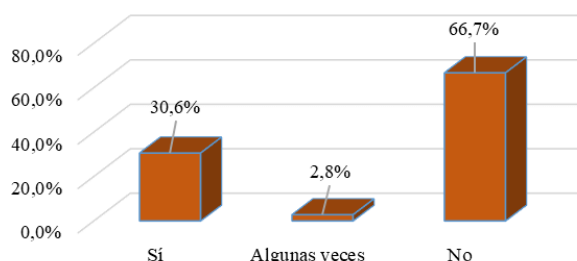


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

En la gráfica 7 y en relación al ítem anterior, se les preguntó si han tenido que comprar o pagar en su caso medicamentos que no le proporcionaron en la salud pública y el 67.6% dio que no; sin embargo 16.7% señaló que sí, en tanto 15.7% dijo que algunas veces debieron comprarlos. Lo que resulta en falta de medicamentos que deben estar a disposición de las personas que son usuarias de los servicios de salud pública en la AMO y en un aumento en el gasto de bolsillo en salud.

Gráfica 8

¿En alguna ocasión ha tenido que pagar estudios clínicos que no le aplicaron?

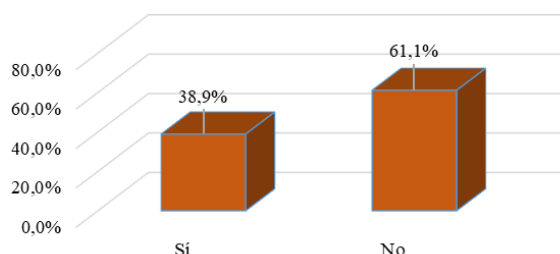


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

De la misma forma y conforme se advierte de la gráfica 8, también se preguntó, si debieron pagar estudios clínicos que no les proporcionaron en la unidad de atención en salud pública a la que acuden, a lo que respondieron el 66.7% que no han tenido que hacer estudios por su cuenta. Sin embargo, el 30.6% señaló que sí debieron hacer por su cuenta estudios clínicos que no le proporcionaron; en tanto 2.8% dijo que algunas veces los han tenido que hacer por su cuenta, esta cifra es importante y particularmente de PAM que han tenido que realizarse estudios con cargo a su economía, lo que representa un gasto de bolsillo.

Gráfica 9

¿Considera que hay suficientes clínicas en su municipio para brindar los servicios de salud?

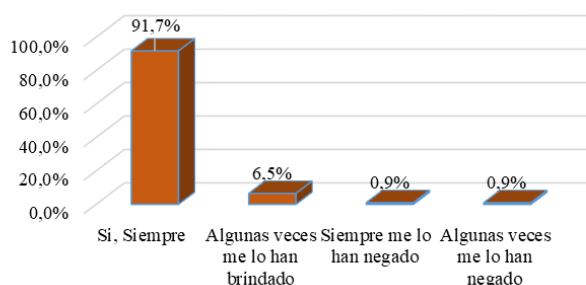


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

Respecto a las unidades de salud; la mayoría de las personas de los tres municipios que conforman el AMO, consideran que no hay suficientes clínicas en su municipio para brindar los servicios de salud.

Gráfica 10

¿Siempre le han brindado el servicio médico o en alguna ocasión se lo han negado?

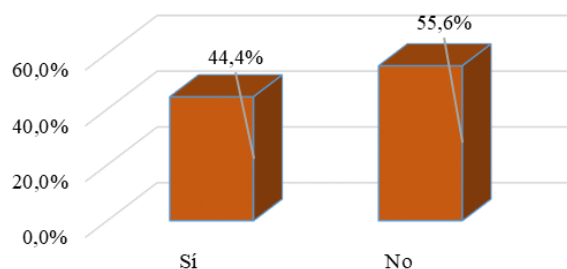


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

En tanto, en la gráfica 10 señalan que respecto a si siempre les han brindado el servicio de atención, casi en su totalidad, 91,67%, señalan que sí, lo que es una respuesta que enaltece a los servicios de salud públicos del AMO, pero que no es coincidente con la disponibilidad que han dicho que existe cuando acuden a los servicios de salud.

Gráfica 11

¿Considera que las clínicas son accesibles a todas las personas?

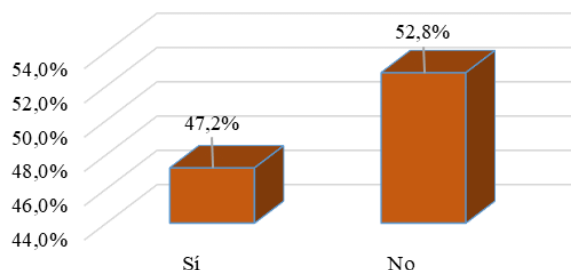


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

No obstante la respuesta anterior, se les preguntó si ¿consideran que las clínicas del AMO son accesibles a todas las personas? El 55,6% señaló que no, lo que son la mayoría. Mientras que 44,4% dijo que sí, por lo que, en la percepción de los usuarios de los servicios de salud pública, las unidades de atención no son accesibles para todos.

Gráfica 12

¿Considera que en el Área Metropolitana de Ocotlán, el servicio de salud es de calidad?



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta realizada

En tanto se les preguntó si el servicio de salud en el AMO es de calidad, a lo que respondieron que no el 52.8% y que sí 47.2%, por lo que, si bien es una respuesta prácticamente dividida, la realidad es que es un alto porcentaje no considera los servicios de salud de calidad.

Analizadas las respuestas, se presentarán algunas consideraciones en torno a la protección de la salud como derecho humano.

Discusión

El derecho a la protección de la salud además de estar previsto en tratados de carácter internacional, también se ha constituido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3. Salud y Bienestar, el cual establece: **“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”** (ONU, 2015). La desigualdad en el acceso y la cobertura en salud sigue siendo un reto de muchos países y si bien al ser un derecho social se obliga a los Estados a poner todo a su alcance para colmarlo, las diferencias en el acceso a la atención, al tratamiento y a los insumos y medicamentos en salud constituyen brechas en México que no han podido subsanarse y, si consideramos a los grupos vulnerables, entre ellos las PAM, podemos advertir que no existen las condiciones óptimas para lograr el acceso a lo mínimo indispensable para que logren una vida saludable y de calidad.

La progresividad del derecho a la salud en México se ve cada vez más lejana, ya que se han dado medidas regresivas. Entonces aparece la afectación a grupos más frágiles y pobres, en dónde las comunidades alejadas, pobres, PAM y minorías étnicas entre otros. Por lo que quienes poseen mayores ingresos, acceden a mejores y más modernos servicios de salud, lo que de alguna manera incrementa la brecha en salud entre grupos sociales (Borrero, 2011: 300).

Es por ello que discurrir si el derecho a la protección de la salud es motivo de análisis nuevamente, se puede afirmar que no sólo es un tema inacabado de la potestad de los seres humanos de detentar derechos, sino de buscar la exigibilidad de los derechos sociales y conocer realidades de la afectación a éste, en aras de su reflexión, pero también de su atención y como lo afirma la propia Borrero: **“reconocer la importancia de los determinantes sociales y económicos para explicar las diferenciales de enfermedad y muerte entre distintos grupos sociales, géneros, etnias y países”** (Borrero, 2011: 306).

Los derechos previstos en normas internas de carácter nacional y reconocimiento de los derechos en los tratados o normas internacionales, no son suficientes para que

las personas se apropien de los mismos y exijan su cumplimiento, en razón de ello, se hace necesario realizar diagnósticos en torno al acceso a servicios mínimos de salud, con la finalidad de que el Estado establezca estrategias y acciones para poner al alcance de las personas de forma igualitaria el acceso oportuno y de calidad a ellos. Así, como lo señalan Arellano, et. al. “la necesidad de reconocer el derecho a tener derechos” (2023: 223) cobraría pertinencia y eficacia.

Así, como dirían Abramovich y Courtis:

la prestación del servicio representa verdaderamente la sustancia, el núcleo el contenido esencial del derecho; en casos como el derecho a la asistencia sanitaria... la intervención estatal tiene lugar todas y cada una de las veces que el derecho es ejercitado (2014: 25).

Por ello, la disponibilidad de los servicios, la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad que en la observación 12/200 del Comité de derechos económicos, Sociales y Culturales se señalan como los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, los cuales deben establecerse acorde a las necesidades de cada Estado Parte (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU, 2000).

Las PAM, que como ya se ha dicho, son un grupo en crecimiento poblacional; discriminar positivamente los servicios de salud, priorizando su atención en salud, desde la prevención, atención y promoción de la misma, para su bienestar y calidad de vida, es razonable pero el “etarismo” o llamado edadismo como discriminación negativa, excluyente, en razón de la edad, no se justifica, como dice Lema: “un criterio para afrontar cuestiones relativas a la distribución de los recursos sanitarios” (2009:218), excluyendo servicios a los que por derecho tienen las PAM, aún más por constituir en México obligaciones derivadas de derechos humanos previstos en normas de carácter internacional, nacional y local.

Por ello conocer la percepción de quienes reciben los servicios de salud pública, máxime tratándose de PAM, enriquece los estudios para promover el derecho a la protección de la salud, en una dimensión local en el caso del presente estudio, pero que podría replicarse en otros lugares de México.

Conclusiones

El derecho a la protección a la salud en México (también llamado derecho a la salud) es un derecho humano reconocido y que se debe garantizar, de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con los tratados internacionales de los que nuestro país es parte y ha asumido los compromisos.

En el presente estudio se advierte como el envejecimiento poblacional es una constante en Jalisco, en México y en el mundo, ante lo cual las políticas públicas, estrategias, planes y programas en salud pública deben diagnosticar e incluir a las PAM, máxime considerando que es un grupo etario vulnerable y en muchos casos pertenecen a la población con pobreza. Derivado de ese incremento en el que se proyecta que 1 de cada 10 personas para el año 2023 será Adulta mayor; conocer su percepción en torno a los servicios de salud que recibe en el AMO es crucial en la región Ciénega de Jalisco.

Los resultados de la investigación permiten señalar que no existe del todo la disponibilidad de servicios requeridos por las PAM, concretamente en lo referente a las especialidades médicas que deben atender los padecimientos que prevalecen en la AMO. Mientras que tampoco se da una atención completa al no incluir en la

atención los medicamentos o estudios clínicos necesarios que requieren los pacientes, lo que redundará en gasto de bolsillo en salud. Asimismo, se advierte en la percepción de los usuarios de los servicios de salud entrevistados que no hay suficientes clínicas en sus municipios para brindar el servicio de salud; que no todas las unidades de salud en el AMO son accesibles a todas las personas, y que la mayoría de las PAM encuestadas consideran que los servicios de salud en Ocotlán, Jamay y Poncitlán, no son de calidad.

Aunado a lo ya señalado, las resoluciones emitidas por el máximo organismo protector de los derechos humanos en el país (Comisión Nacional de derechos Humanos), en materia de vulneración del derecho a la protección de la salud, es en contra de PAM; permite delinear una realidad de los servicios de salud en la AMO en particular para éste grupo poblacional. Por lo que debe atenderse y establecer nuevas políticas públicas que permeen los distintos servicios de salud en la AMO, para garantizar el derecho a la salud de las PAM en los municipios que la conforman.

Es un estudio que se aproxima al objetivo planteado y que deja abierta la posibilidad a realizarlo con un mayor número de personas o aplicarlo en otra Área Metropolitana de Jalisco con características similares, para conocer a mayor profundidad el fenómeno de la protección a la salud como derecho en el estado de Jalisco, México y la percepción de sus usuarios.

Referencias

- Abramovich V. y Curtis C. (2014). *Los Derechos Sociales como derechos exigibles*. España. Editorial Trotta.
- Arellano, C. (2023). *Día del abuelo: En 2023, 14% de la población en México son adultos mayores; en 2030, cifra podría duplicarse*. Diario La Razón, recuperado de la web en: <https://www.razon.com.mx/mexico/dia-abuelo-2023-14-poblacion-mexico-son-adultos-mayores-2030-cifra-duplicarse-542453>, el 15 de enero de 2024.
- Arellano M., et al. (2023). *¿Apoyos o derechos?: acceso a servicios de salud entre población jornalera del noroeste de México*. Iztapalapa, revista de Ciencias Sociales y Humanidades, número 94, año 44 enero-junio de 2023. pp.221-249. Recuperado de la web en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/izta/v44n94/2007-9176-izta-44-94-221.pdf>, el 23 de enero de 2024.
- Borrero, Y. (2011). *Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2011; 29(3), pp. 299-307, Recuperado de la web en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7402/10018>, el 18 de enero de 2024.
- Cámara de Diputados. (2024). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 102 Apartado B*, recuperado de la web en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>, el 03 de enero de 2024.
- CONEVAL. (2023).- *El CONEVAL presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2022*, recuperado de la web en: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2023/Comunicado_07_Medicion_Pobreza_2022.pdf, el 15 de enero de 2024.

- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2023). *Recomendaciones*, recuperado de la web en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>, el 04 de enero de 2024.
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, (ONU). (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E7C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14*. Recuperado de la web en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>, el 23 de enero de 2024.
- Instituto de información Estadística y Geográfica de Jalisco (IEEG). (2020). *Análisis de los Principales Resultados del Censo 2020 de las áreas Metropolitanas de Jalisco, 2010-2020*. Recuperado de la web en: <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2021/02/AMOcotl%C3%A1n.pdf>, el 10 de enero de 2024.
- Instituto de información Estadística y Geográfica de Jalisco (IEEG). (2020). *Las Personas Adultas Mayores en Jalisco, Ficha informativa, 24 de abril de 2020*. Recuperado de la web en: <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2020/04/FichaAdultoMayor2020.pdf>, el 25 de enero de 2024.
- Instituto de información Estadística y Geográfica de Jalisco (IEEG). (2021). *Diagnóstico del Área Metropolitana de Ocotlán, Agosto, 2020*. (2021). Recuperado de la web en: <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2021/02/AMOcotl%C3%A1n.pdf>, el 10 de enero de 2024.
- Instituto de información Estadística y Geográfica de Jalisco (IEEG). (2023). *Ficha Informativa, 05 de enero de 2023*. Recuperado de la web de: <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2023/01/FichaIniciodea%C3%B1o2023.pdf#:~:text=En%20cuanto%20a%20la%20esperanza%20de%20vida%2C%20a,60.82%20a%C3%B1os%20para%202023%20es%20de%2075.89%20a%C3%B1os>, el 19 de enero de 2024.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2021). *Comunicado de Prensa número 47/21*. Recuperado de la web en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/ResultCenso2020_Jal.pdf#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20en%20Jalisco%20es%20de%208,2850.9%25%29%20y%204%20098%20455%20son%20hombres%20%2849.1%25%29, el 11 de enero de 2024.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2024). *Cuéntame de México*. Recuperado de la web en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>, el 16 de enero de 2024.
- Lema, C. (2009). *Salud, Justicia, Derechos, El Derecho a la salud como derecho social*. España, editorial Dykinson.
- Montiel, L. (2013). *Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria*. Revista de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Vol. 40 pp. 291- 312. Recuperado de la web en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08064-9.pdf>, el 18 de Enero de 2024.

- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de la Web en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf; el 12 de enero de 2024.
- Organización de las Naciones Unidas (2023). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas la edades. Recuperado de la web en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>, el 22 de enero de 2024.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Temas de Salud/ Envejecimiento*, recuperado de la web en https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_, el 16 de enero de 2024.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2021). Panorama de la Salud 2021 Indicadores de la OCDE. Recuperado de la web en: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf>, el 19 de enero de 2024.
- Silva, M. y De la Torre, G. (2021). La delimitación de las zonas metropolitanas en México: un debate pendiente sin Fondo Metropolitano. Recuperado de la web en: <https://labrujula.nexos.com.mx/la-delimitacion-de-las-zonas-metropolitanas-en-mexico-un-debate-pendiente-sin-fondo-metropolitano/>, el 17 de enero de 2024.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2021). Tesis de Jurisprudencia: *DERECHO HUMANO A LA SALUD. CRITERIOS QUE DEBEN VALORARSE PARA SU EFECTIVA GARANTÍA (OBJETIVO, SUBJETIVO, TEMPORAL E INSTITUCIONAL)*. Semanario Judicial de la Federación, recuperado de la web en <https://sjfsemanal.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2022888>, el 17 de enero de 2024.



La santé des anciens : ralentissement et innovation

Older people's health: slowing down and innovation

Manon AUSSILLOU BOUREAU⁵

Université Toulouse 2 Jean Jaurès

Toulouse, France

<https://orcid.org/0009-0007-0866-3406>

manon.aussillou-boureau@univ-tlse2.fr

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/5857>

DOI : 10.25965/trahs.5857

Licence : CC BY-NC-SA 4.0 International

Résumé : Dans le cadre d'un partenariat avec une collectivité territoriale, des chercheurs mettent en œuvre avec les acteurs de terrain une recherche-intervention (désormais RI). Le tiers-espace socio-scientifique (espace d'intersection entre la sphère recherche et la sphère socio-professionnelle) réunit les acteurs qui permettent d'accompagner le changement en EHPAD en co-construisant un dispositif à visée inclusive. Cet espace intersectionnel permet de médiatiser la rencontre entre les mondes au sein des groupes de travail et du comité de pilotage de la RI, de favoriser le métissage des savoirs académiques et expérientiels et de mettre en réflexion et en chantier des situations problèmes pour favoriser l'inclusion des anciens. Sur deux niveaux, la démarche permet un ralentissement encourageant l'innovation sociale et soutenant une nouvelle modalité de construction des politiques publiques : (1) au niveau de la production de la politique publique et (2) au niveau des conditions de production de celle-ci. Dès lors, le ralentissement induit par la démarche de RI peut être considéré comme un facteur favorisant l'innovation sociale en EHPAD et, en conséquence le droit à la santé des anciens.

Mots clés : innovation, ralentissement, recherche-intervention, EHPAD, politiques publiques

Resumen: En el marco de una asociación con una autoridad local, los investigadores trabajan con los actores del terreno para poner en práctica una investigación-intervención (en adelante, II). El tercer espacio socio-científico (un espacio en el que la esfera de la investigación se cruza con la esfera socio-profesional) reúne a los actores implicados en el apoyo al cambio en residencia de ancianos mediante la co-construcción de un sistema inclusivo. Este espacio interseccional ayuda a mediar los encuentros entre los diferentes mundos dentro de los grupos de trabajo y el comité directivo de la II, a fomentar la mezcla de conocimientos académicos y experienciales, y a iniciar la reflexión y el trabajo sobre situaciones problemáticas para promover la inclusión de las personas mayores. En dos niveles, el enfoque permite una desaceleración que fomenta la innovación social y apoya una nueva

⁵ Doctorante en Sciences de l'Éducation et de la Formation. Membre de l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs. Université de Toulouse 2 Jean Jaurès, France.

forma de construir políticas públicas : (1) a nivel de la producción de políticas públicas y (2) a nivel de las condiciones en las que se producen. En consecuencia, la desaceleración provocada por el enfoque II puede considerarse un factor que favorece la innovación social en residencia de ancianos y, en consecuencia, el derecho a la salud de las personas mayores.

Palabras clave: innovación, desaceleración, investigación-intervención, residencia de ancianos, políticas públicas

Resumo: No âmbito de uma parceria com uma autarquia local, os investigadores estão a trabalhar com as partes interessadas no terreno para implementar uma investigação-intervenção (doravante II). O terceiro espaço sociocientífico (um espaço onde a esfera da investigação se cruza com a esfera socioprofissional) reúne os actores envolvidos no apoio à mudança na lar de idosos através da co-construção de um sistema inclusivo. Este espaço interseccional permite mediar os encontros entre os diferentes mundos no seio dos grupos de trabalho e do comité de pilotagem do II, favorecer a fusão dos saberes académicos e experienciais, e desencadear a reflexão e o trabalho sobre as situações problemáticas para promover a inclusão das pessoas idosas. Em dois níveis, a abordagem permite uma desaceleração que incentiva a inovação social e apoia uma nova forma de construção de políticas públicas : (1) no nível da produção de políticas públicas e (2) no nível das condições em que elas são produzidas. Por conseguinte, o abrandamento provocado pela abordagem II pode ser visto como um fator de promoção da inovação social em matéria de lar de idosos e, conseqüentemente, do direito à saúde dos idosos.

Palavras chave: inovação, abrandamento, investigação-intervenção, lar de idosos, políticas públicas

Abstract: As part of a partnership with a local authority, researchers are working with stakeholders in the field to implement a research-intervention (henceforth RI). The socio-scientific third space (a space where the research sphere intersects with the socio-professional sphere) brings together the players involved in supporting change in nursing homes by co-constructing an inclusive system. This intersectional space helps to mediate encounters between the different worlds within the RI's working groups and steering committee, to encourage the blending of academic and experiential knowledge, and to initiate reflection and work on problem situations to promote the inclusion of the elderly. On two levels, the approach allows for a slowdown that encourages social innovation and supports a new way of constructing public policy : (1) at the level of public policy production and (2) at the level of the conditions under which it is produced. As a result, the slowdown brought about by the RI approach can be seen as a factor promoting social innovation in nursing homes and, consequently, the right to health of the elderly.

Keywords: innovation, slowing down, research-intervention, nursing homes, public policy

« Prendre le temps, ce n'est pas en perdre : c'est investir. »
Un directeur d'EHPAD (entretien informel)

Introduction

Les pouvoirs publics ont l'obligation d'assurer le respect du droit à la santé (Conseil Économique et Social de l'ONU⁶, 2000). Tel que décrit par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé repose sur la mise à disposition des ressources, la prise en compte de l'environnement des personnes et de leur contexte (social, économique, culturel) ; son respect est largement favorisé par la participation à la construction et la mise en œuvre des politiques publiques (ONU, 1966).

Nous proposerons ici une réflexion sur les modalités permettant de favoriser le respect du droit à la santé dans le contexte d'évolution des EHPAD⁷ en France. Pour cela, nous invitons à **ralentir**⁸ l'accélération sociale (Rosa, 2013) pour créer les conditions de l'innovation sociale⁹. Ralentir au cœur d'un milieu en crise, le monde des EHPAD. Largement médiatisée depuis 2020, notamment depuis la sortie du livre de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs* (2020) et de plusieurs rapports (Broussy, 2021 ; Broussy et al., 2021 ; Défenseur des droits, 2023 ; Libault, 2019 ; pour en citer quelques-uns), cette notion (la crise des EHPAD) recouvre un large spectre de constats identifiés par les acteurs du secteur, de terrain, de gouvernance ou politique, dont voici quelques exemples non exhaustifs : problématiques des dysfonctionnements dans les accompagnements des personnes âgées, voire de maltraitance, problématique de recrutement de personnels, de cloisonnement des établissements, de non-qualification des personnels, de gestion des établissements, d'un modèle économique parfois floué, d'éloignement de la relation de *care* au profit d'un mode de relation plus unilatéral, voire mercantile/consumériste et plus médicalisé pour accompagner les anciens dans les dernières années de leur vie.

Sur cette base, nous souhaitons questionner la construction des politiques publiques locales et l'accompagnement des établissements dans le champ de la santé¹⁰ des anciens, au regard de la démarche de recherche en cours. Cet article a pour objectif (1) de présenter la démarche de recherche-intervention (RI) en EHPAD¹¹ ; (2) de l'envisager comme un outil pour ralentir au service de l'innovation dans le secteur des EHPAD et des politiques publiques et (3) de proposer une réflexion prospective sur le ralentissement dans cette démarche¹².

6 Organisation des Nations Unies.

7 Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

8 « Rendre moins fréquent, plus espacé », d'après le Centre national de Ressources Textuelles et Linguistique.

9 « Une création collective de nouvelles pratiques sociales légitimées visant au changement social » (Cajjaba-Santana, 2014, p.49) [traduction libre].

10 La santé dans son acception globale, c'est-à-dire à la fois physique, psychique et sociale en lien avec l'environnement et le contexte des personnes.

11 Une recherche-intervention menée dans le cadre du doctorat en CIFRE de l'autrice, un partenariat entre le Conseil départemental de la Haute-Garonne et l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs de l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès. Thèse dirigée par Jean-François Marcel.

12 A noter que nous laissons de côté, ici, la visée heuristique de la recherche-intervention, puisqu'elle est mobilisée dans cet article comme une modalité de soutien à l'innovation dans les politiques publiques et non comme un objet de production de connaissances.

Une recherche-intervention en EHPAD

Au regard de la nécessité de transformation du modèle des EHPAD, le contexte sociétal actuel impose un ralentissement. La démarche de RI nous permet d'évoquer des pistes de réponses à ces constats et aux besoins d'évolution identifiés.

Le contexte sociétal singulier de la transformation des EHPAD

La caractérisation du contexte contemporain de « société moderne liquide », développée par Zigmunt Bauman (2005), apporte un éclairage singulier du contexte macroscopique et mésoscopique dans lequel s'est dévoilée la crise du modèle des EHPAD. L'auteur décrit la société moderne liquide comme « celle où les conditions dans lesquelles ses membres agissent changent en moins de temps qu'il n'en faut aux modes d'action pour se figer en habitudes et en routines » (Bauman, 2005 :7).

Pour reprendre sa métaphore, notre course pour agir n'est pas assez rapide pour maintenir une cohérence avec le rythme de changement qu'imprime un contexte globalisé. Paradoxalement, la politique de l'État laisse paraître des signes de difficultés à se construire, tandis que la vie doit continuer en EHPAD et pour ses acteurs. Ce sont des ruptures propres au contexte sociétal moderne liquide. Bauman (2007) en identifie cinq : les formes sociales se délitent plus vite qu'elles se stabilisent ; les fonctions attribuant le pouvoir sont externalisées de la politique ; les liens humains et la communauté sont moins forts qu'auparavant ; les espaces de réflexion permettant l'action à long terme disparaissent ; la responsabilité quant aux difficultés repose désormais plus sur les individus que sur le collectif. Ainsi, la notion de ralentissement amène trois fils à tirer et à tisser ensemble pour innover au service de la santé des anciens : valoriser l'apprentissage, rétablir des espaces de réflexivité critique et restaurer les relations.

La triple visée de la recherche-intervention

Le ralentissement proposé passe ainsi par la démarche de RI (Bedin, 2013 ; Marcel, 2019, 2020a, 2020b, 2023 ; Marcel et Rinaudo, 2020). La RI en sciences de l'éducation et de la formation est une démarche de recherche participative, articulant deux sphères dans une autonomie relative : d'une part, la sphère socio-professionnelle, et d'autre part, la sphère de la recherche. Elle porte une visée praxéologique (accompagner le changement), une visée heuristique (produire des connaissances), et une visée critique (développer la réflexivité et l'émancipation des participants). La mobilisation de la RI permet de s'inscrire dans une démarche scientifique, s'appuyant sur des corpus théoriques et des données empiriques pour instruire une double problématique, heuristique et praxéologique. Cette articulation s'origine dans les deux sphères et s'actualise au sein du tiers-espace socio-scientifique (TESS).

Le propre du TESS est d'ouvrir un espace à l'intersection des deux sphères tout en laissant la possibilité de se l'approprier. On parle d'indépendance relative des deux sphères du TESS. C'est en son sein qu'une démarche réflexive sur des situations concrètes identifiées par les acteurs et actrices, limitant/empêchant dans leur quotidien en EHPAD, va devenir possible. Cet en-dehors/en-dedans est soutenu par des apports théoriques et conceptuels dont le rôle est d'amener une autre lecture, un changement de paradigme dans la réflexion de chaque membre du groupe et du collectif : là se trouve le trait d'union de la RI, terrain des déplacements (la visée critique).

Dans cette démarche et au regard de la problématique abordée (l'innovation pour le respect du droit à la santé des anciens), nous mobiliserons plus particulièrement la RI comme une opportunité face aux défis issus des constats cités plus haut. Selon Marcel (2023), la place de la RI se définit comme suit :

Un déplacement (projet, émancipation, changement) à partir d'un endroit choisi (basé sur le partenariat, requérant un engagement et formalisé par la commande) et un endroit visé (par les acteurs, le projet, le changement). Ces endroits sont marqués par des valeurs qui alimentent différents enjeux (individuels, collectifs, institutionnels, politiques, symboliques, etc.) et façonnés par des objectifs (Marcel, 2023 :18)

Au niveau opérationnel, une commande est négociée entre les deux partenaires de la recherche puis instruite par des groupes de travail, et ses productions sont instituées par un comité de pilotage.

Le Conseil départemental et les EHPAD

Dans le cadre de leur mission de programmation de l'offre sociale et médico-sociale, les Conseils départementaux sont amenés à autoriser, tarifier et contrôler les EHPAD, aux côtés des Agences Régionales de Santé (ARS) (Cytermann, 2010).

Nous l'avons vu plus tôt dans le texte, le monde des EHPAD est secoué depuis plusieurs années par une crise de ses modèles, notamment en raison des difficultés de ces derniers à garantir le droit à la santé des anciens. Son exposition catalysée par la crise sanitaire de 2020, la crise des modèles d'EHPAD est celle d'un difficile passage, ou d'une recherche d'équilibre, d'un modèle biomédical à un modèle plus social de l'accompagnement et de la gestion des établissements. Cependant, la situation de crise représente aussi une opportunité dans le mouvement de transformation de ces structures (Argoud & Villez, 2021). C'est de cette opportunité que les partenaires de la recherche, le Conseil départemental de la Haute-Garonne et l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs de l'Université Toulouse Jean Jaurès, se saisissent. Au travers du déploiement de la démarche de RI, nous avons pour objectif praxéologique d'accompagner le changement dans les EHPAD, en proposant la co-élaboration d'un dispositif à visée inclusive, contribuant au respect du droit à la santé des anciens dans toutes ses dimensions.

La commande

En France, le vieillissement des populations se traduit par une nécessaire évolution de la société qu'il s'agit de comprendre et d'accompagner. Dans bien des aspects, garantir le droit à la santé pour les populations âgées est un enjeu majeur des politiques publiques. Cela se joue tant au niveau national que local, au domicile individuel ou en établissement d'hébergement collectif, sur les questions de santé physique, psychique ou sociale. Plus précisément en ce qui concerne les EHPAD, le corpus médiatique, politique et scientifique des dernières années remet en question leur modèle actuel, tant pour le grand public que pour les gestionnaires et les professionnels. En effet, fortement ancré dans les modèles biomédicaux, ces derniers peinent à assurer la bonne santé psychique et sociale des aînés.

La tendance est à l'ouverture, à l'habiter chez soi et à la réappropriation de l'institution par les personnes concernées (Broussy et al., 2021 ; Charras & Cérèse, 2017). Cependant, il est encore difficile aujourd'hui d'accéder en acte à ces modes

de fonctionnement et d'organisation. A cet effet, les acteurs publics responsables de la programmation sociale et médico-sociale des territoires (Conseils départementaux, Agences Régionales de Santé) déploient progressivement une action publique territorialisée selon deux dynamiques : à la fois « par le haut » dans la construction de cette programmation et « par le bas » par l'appropriation de celle-ci par les acteurs locaux (Laplaud, 2022). La démarche de recherche que nous déployons n'est pas de cette dichotomie entre les deux pôles haut et bas, la proposition par l'une et l'appropriation par l'autre du projet. C'est au travers d'une relation plus horizontale que l'innovation se cherche et se construit, au cœur de la démarche de RI.

La commande germe dans un questionnement des acteurs, élus ou agents administratifs, au sein du Conseil départemental de la Haute-Garonne, dans le cadre de leur mission d'accompagnement de l'autonomie et de l'accès aux soins : quelle évolution du modèle des EHPAD et comment construire l'EHPAD « de demain », qui garantirait le respect du droit à la santé dans toutes ses dimensions ? Partant de ce premier endroit (Marcel, 2023), un projet de RI a été négocié et se déploie depuis début 2023.

La RI médiatise une rencontre et une modalité de travail en commun de la collectivité territoriale, des EHPAD et d'une unité de recherche. Au travers de la nécessité d'évolution des EHPAD se dessine la volonté de changement à accompagner au niveau local et au cœur des établissements. Le projet de recherche construit naît d'une demande sociale, soulevée au moyen de témoignages sur l'expérience vécue en EHPAD, soutenus d'entretiens informels avec des professionnels du secteur. La demande sociale identifiée, notre équipe de recherche propose au Conseil départemental d'affiner la demande pour co-élaborer une commande : « l'accompagnement du changement par la co-conception d'un dispositif à visée inclusive des EHPAD, dans la société et leur environnement, pour plus de justice sociale et occupationnelle »¹³.

La capitalisation des savoirs et l'accompagnement des établissements

Pour reprendre les propos de Marcel (2012), la commande est la clé de voûte de la RI - elle instaure l'articulation entre l'intervention (l'accompagnement du changement) et le projet de recherche (la visée heuristique). Il est important de souligner que celle-ci vit et se caractérise par la « tension entre formalisation et adaptation » (Marcel, 2012 :114) qui l'habite tout au long de la démarche. Au fil de la stabilisation du projet de RI en réponse à la commande, ce sont les différentes rencontres, formelles ou informelles, entre les chercheurs et les acteurs du commanditaire qui permettent d'affiner le contenu de la démarche et ainsi d'entrevoir une mise en harmonie de la partition recherche et de la partition intervention.

Plusieurs constats ont émergé : (1) le corpus de connaissances scientifiques capitalisées par les travaux de recherche couvre les larges champs de l'accompagnement, de la participation, de l'inclusion ... et sont mobilisables pour étayer la démarche de changement en EHPAD (2) ; des initiatives isolées de nouvelles modalités en EHPAD existent et (3) la collectivité territoriale souhaite

13 Pour plus de détails sur le projet de recherche en cours, voir Vers une recherche inclusive : la démarche de recherche-intervention, un rapprochement entre science et société - Archive ouverte HAL

accompagner les établissements sur le chemin de l'innovation au service du changement de modèle.

Dès lors, la démarche est contractualisée entre les partenaires cités plus haut. Deux blocs d'actions sont conçus au croisement de la sphère scientifique et la sphère socio-professionnelle et donnent corps à la RI. Le premier bloc concerne une capitalisation de savoirs expérientiels et hybrides par différents moyens que nous ne détaillerons pas ici¹⁴. Le corpus ainsi constitué participe à nourrir un espace d'apprentissage et de réflexion pour le second bloc : l'accompagnement des EHPAD pour la co-construction et la co-expérimentation de dispositifs à visée inclusive.

Modalité d'accompagnement des EHPAD dans le cadre de la recherche-intervention : savoirs, relation, réflexion et action

Ainsi, la RI déployée vise à accompagner le changement vers de nouveaux modèles, par la co-construction et la co-expérimentation de dispositifs à visée inclusive en EHPAD. La démarche est mise en œuvre au cœur du TESS. Ce dernier matérialise l'intersection, le croisement éphémère au temps de la recherche, de la sphère scientifique et de la sphère socio-professionnelle.

Dans le cas particulier de cette RI, le « socio » se décline en deux sphères intersectées également : la sphère politique et administrative (le Conseil départemental – ses élus et leur administration) et la sphère citoyenne et professionnelle (les établissements et leurs acteurs). Autrement dit, le TESS est un espace permettant (1) de développer l'accompagnement de la construction des politiques publiques, (2) de supporter un nouveau mode de relation entre le politique/administratif et les établissements et (3) de médiatiser la participation des acteurs au cœur des établissements. Deux instances permettent ces articulations :

- Le comité de pilotage (COFIL) : il matérialise la rencontre du commanditaire et des chercheurs, et par la suite de représentants des groupes de travail. Son rôle est d'instituer les travaux et avancées des groupes de travail et d'assurer le suivi de la commande.
- Les groupes de travail (GTRA) : c'est au cœur des GTRA que se construit la réponse à la commande. La méthodologie utilisée est choisie au regard des objectifs inhérents à la commande, des acteurs en présence, de la problématique initiale. Ici, l'accompagnement réalisé dans le cadre des GTRA est structuré par une approche pédagogique critique : celle de Paulo Freire (Freire, 1974 ; Freire et al., 1971). Celle-ci permet la « recherchisation » (Marcel, 2020a) des participants. Cette acculturation à la démarche de recherche a pour objectif de créer un espace de réflexivité. Des situations-problèmes réelles du quotidien empêchant ou limitant l'inclusion des anciens (les « situations limites » de Freire) sont identifiées par le groupe. Elles sont ensuite mises en réflexion au regard d'un cadre théorique proposé par les chercheurs et discuté avec les acteurs de l'EHPAD. Un travail de transmission et de circulation des savoirs expérientiels et académiques est à l'œuvre (Lartiguet, 2023). Cette mise en réflexion débouche sur la proposition de solutions aux situations-problèmes, qui articulées entre elles *a posteriori*

14 Par exemple : un *benchmarking* des initiatives remarquables favorisant l'inclusion des personnes âgées hébergées en EHPAD est en cours.

formeront un dispositif. L'expérimentation et l'évaluation du dispositif permettent des ajustements pour le stabiliser.

En réinterrogeant les pratiques et habitus en EHPAD, le fragile équilibre entre le paradigme médical (la santé biologique, physiologique, physique, psychique) et le paradigme social (la santé morale et sociale) sera mis en question et à l'épreuve dans les GTRA par les co-chercheurs. Rappelons que la santé humaine ne se limite pas à l'absence de maladie mais réfère à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946), et l'enjeu en ce qui concerne le vieillissement est d'accorder la tension entre la vie physique (liée à la physiologie, au corporel, au cognitif) et la vie sociale des personnes (Moulaert, 2018), notamment lorsque la vie physique est entravée.

Cette tension se retrouve dans les modèles d'organisation et de fonctionnement en EHPAD, entre le modèle médical, le modèle hôtelier ou encore le modèle domestique par exemple (Arbuz et Gonthier, 2022 ; Charras et Cérèze, 2017 ; Villez, 2007). Elle se retrouve également dans le travail, pour les professionnels, qui sont entre le respect des normes (médicales, soin, hygiène) et le sensible, le relationnel, le care (Billaud et Xing, 2016 ; Lancelle, 2016). Autrement dit, pour garantir le droit à la santé en EHPAD, l'ensemble des critères de la santé selon l'OMS cités *supra* doivent être considérés, au regard des différents modèles et acteurs des EHPAD, qui constituent pour partie l'environnement des anciens.

Soulignons qu'il s'agit d'une des difficultés majeures : ajuster l'équilibre entre plusieurs paradigmes, articuler les enjeux médicaux et les enjeux sociaux au cœur de ces institutions. Toutes les parties prenantes en EHPAD (les résidents, les professionnels, les proches des résidents et les co-chercheurs dans le cadre de la RI) ont alors un rôle à jouer. Les démarches réflexives menées dans le cadre de la recherche, nourries de concepts et théories entremêlant différents champs disciplinaires¹⁵, ont pour objectif de soutenir la construction de cet équilibre et d'aller vers une dynamique stabilisée au travers du dispositif à visée inclusive.

Ainsi, les deux instances de la RI composent pour partie le TESS. Elles permettent la rencontre des différents acteurs des différentes sphères ; la mise au jour et l'apprentissage de savoirs expérientiels et académiques ; la mise en réflexion de situations données problématiques avec pour objectif de créer collectivement de nouvelles pratiques au sein de l'EHPAD pour un changement social favorisant le respect du droit à la santé.

Innover et ralentir : trois fils à tirer pour la santé des anciens

De cette modalité d'accompagnement, nous tirons trois fils liants ralentissement et innovation sociale.

Premier fil : les groupes de travail, ralentir pour innover

Les chercheurs mettent en œuvre une méthode d'accompagnement des acteurs (anciens, professionnels, proches des anciens), qui permet dans un premier temps d'installer un espace de rencontre entre chaque collectif pour aller vers un méta collectif. Au cœur de celui-ci, c'est une rencontre (ou une série de rencontres) qui se réalise. Le travail de réflexivité sur des situations problématiques du quotidien dans

¹⁵ Au regard de leur pertinence pour la réflexion et l'analyse menée par les co-chercheurs (anciens, professionnels, proches des anciens, scientifiques).

un objectif de développer l'inclusion est soutenu et éclairé par des apprentissages conceptuels pour enrichir la lecture des situations dans un référentiel commun. Cet espace réservé à la mise en réflexion commune permet au méta collectif de prendre le temps d'analyser les situations ensemble, de les mettre en réflexion pour proposer des solutions. Elles sont ensuite agencées en dispositif (mises en relations et interactions).

Ce qui est rendu moins fréquent et plus espacé (ce qui est ralenti) n'est pas l'apport de solutions à mettre en œuvre, mais la construction de celles-ci. La participation des acteurs et la démarche réflexive peut ainsi se déployer plus largement dans cet espace où les relations sont horizontales. Le nouveau dispositif (l'innovation) est ainsi co-élaborée dans ce contexte ralenti : le temps est pris pour que la construction des solutions possibles s'appuie sur l'ensemble des savoirs en présence, une réflexivité sur les situations problématiques, intimant un lieu d'échange et de parole - de rencontre.

Deuxième fil : le comité de pilotage, assurer un espace de ralentissement

Dans le cas de la RI, l'orientation politique de l'action se retrouve dans la commande. Celle-ci « se construit en partie tout au long de sa prise en charge » (Marcel, 2012 :111), elle transparait comme un moyen de ralentissement au fil du temps de la RI. Le COPIL institue la commande négociée et soutient sa mise en œuvre dans un collectif mixte qui rassemble des chercheurs, des acteurs des EHPAD et des représentants du Conseil départemental (administratifs et élus). La répartition des acteurs est ainsi modifiée. Nonobstant, la mise en relation et le travail en commun réalisé avec les services administratifs amène un changement dans les relations avec les EHPAD : le déploiement de la RI insuffle une nouvelle modalité d'accompagnement des établissements, un autre outil de construction des politiques publiques.

Même si la commande de cette RI par le partenaire est déjà un engagement dans une démarche actualisée de construction des politiques publiques, le COPIL en devient dès lors le garant du changement impulsé. Lors du COPIL (et également lors de temps de travail plus informels), le point de vue explicité depuis la sphère de la recherche vient remettre en question les habitus politiques et administratifs des élus et agents. Au même titre que dans les groupes de travail, mais cette fois-ci sur un niveau de construction des conditions de la démarche de changement, les différents collectifs issus des différentes sphères portent un regard réflexif sur les modalités habituelles. Dans le cadre de la RI, ils provoquent et mettent les conditions nécessaires au ralentissement pour que les EHPAD puissent déployer la démarche menant au dispositif innovant.

Troisième fil : le tiers-espace socio-scientifique, un espace pour ralentir

Le TESS se révèle alors comme un espace à part, qui permet le ralentissement, par des croisements de savoirs et apprentissages, en facilitant la réflexivité pour produire un dispositif innovant. Sur deux niveaux, les acteurs en présence bénéficient de ce ralentissement et de l'espace de réflexion : d'une part dans les GTRA (pour innover un dispositif à visée inclusive en EHPAD) et également par le COPIL (qui assure les conditions ralenties dans les GTRA).

Notons tout de même que le ralentissement dans le TESS ne démarre pas ici. En signal plus faible, le ralentissement débute peut-être avant même la formalisation de la commande, créant un contexte propice au déploiement de la RI. Il s'agirait d'un espace-temps circonscrit dans lequel les acteurs du TESS se résument parfois à deux acteurs, un de la sphère scientifique et un de la sphère socio-professionnelle, qui se rencontrent pour évoquer plus ou moins fortuitement une problématique qui les intéresse tous deux.

Là aussi, et préexistant à la RI contractualisée, un ralentissement s'est produit ; une rencontre a permis d'ouvrir la voie d'une première réflexivité. Du côté politique et administratif, saisir la possibilité (ou prendre le risque ?) de considérer une nouvelle forme de construction de la politique publique et ses actions en découlant ; du côté scientifique, s'ouvrir au partenariat avec le monde socio-professionnel et politique, prendre le risque (ou saisir l'opportunité ?) de mêler praxéologique et heuristique, politique et recherche, réflexion et action.

Pour conclure : le ralentissement comme innovation et comme moyen pour innover

En matière de défis inhérents au respect du droit à la santé dans le secteur des EHPAD, une piste innovante pour participer à la construction des politiques publiques pourrait être de mettre en oeuvre de nouvelles modalités de relation entre collectivités locales et structures médico-sociales dans le cadre de démarches de RI. L'intervention et son cadre méthodologique et conceptuel permettent un accompagnement du changement situé, avec comme principe premier la participation des personnes concernées.

Le tiers-espace socio-scientifique se construisant chemin faisant, il permet d'opérationnaliser un espace nouveau à l'intersection des deux sphères. Plus qu'une relation basée sur le conseil scientifique, la sphère socio-professionnelle y verse ses savoirs expérimentiels, la sphère scientifique y déploie un cadre théorique et méthodologique, les deux engageant et soutenant une posture réflexive des participants à propos de situations-problèmes. Les savoirs capitalisés dans un premier bloc de la RI, eux, sont diffusables largement et viennent compléter la littérature grise déjà mobilisable par les acteurs du secteur.

Un vieux modèle à bout de souffle noyé dans la société moderne liquide peut-il encore nous aider à aller vers le modèle suivant ? Nous émettons l'hypothèse que oui, si tant est que le ralentissement induit par le TESS permet aux acteurs de se rencontrer, aux savoirs d'être croisés et aux situations problèmes d'être mises en réflexion. Ainsi, les jeunes pousses innovantes que la démarche a produites (le présent « alternatif » (Marcel, 2023) au point de départ du projet), qu'elles soient de grande envergure ou des « petits riens » du quotidien (Kheroufi-Andriot, 2020) profitent de cet espace pour être structurées et se déployer. A cet effet, il appartient aux acteurs de la sphère recherche et de la sphère politique et administrative de provoquer le ralentissement, c'est-à-dire de créer des espaces dans cet objectif ; de soutenir le croisement des savoirs des différentes sphères (l'apprentissage) ; de préserver une visée critique (par la réflexivité) ; et de développer les interactions authentiques entre les individus et entre les collectifs en présence.

La démarche de RI trouve sa place ici parce qu'elle permet d'accompagner le changement dans sa visée praxéologique, en soutenant le développement d'une visée critique par le processus d'apprentissage et de circulation des savoirs qui se déploie dans ses groupes de travail et ses comités de pilotage (et plus largement son tiers-espace socio-scientifique). Sa visée heuristique quant à elle, volontairement éludée

ici, sera une voie de construction des connaissances scientifiques depuis l'empirie vers une montée en généralité - garantissant alors un lien entre le monde de la recherche et le monde socio-professionnel (la construction des politiques publiques et une réponse à une problématique de société identifiée).

Au cœur et tout au long de la RI, le temps de la recherche ralentit le temps de l'intervention, par la mobilisation d'une méthodologie portant l'apprentissage et la réflexion. La RI donne l'opportunité du changement, de l'innovation, en tissant et articulant le passé (le problème, le point de départ), le présent (la mise au travail des situations-problèmes, les éclairages théoriques), et le futur (la potentialité du dispositif) ; au même titre qu'elle offre un espace potentiel de restauration de la relation entre les mondes, les individus et les collectifs.

Ainsi, les relations pourraient se tisser entre acteurs de la recherche, acteurs des politiques publiques et acteurs de la sphère citoyenne et professionnelle pour que les trois sphères se nourrissent réciproquement. La sphère citoyenne et professionnelle pourrait trouver les innovations sociales nécessaires pour surpasser la crise ; la sphère politique et administrative impulserait un changement dans ses modalités de construction des politiques publiques ; la sphère recherche remettrait du liant entre ses travaux et la *vraie vie* (Jullien, 2020).

Du point de vue de la sphère recherche, puisque c'est celle d'où nous parlons, nous nous situerions dans le mouvement de *slow science* (Dufaud, 2015 ; Stengers, 2013), en accordant le rythme de la production heuristique avec les demandes sociales pour tisser du lien entre les deux. C'est au travers de ce lien, médiatisé par le TESS au sein de la RI, qu'une nouvelle modalité de construction et de mise en œuvre des politiques publiques participe au respect du droit à la santé pour les anciens en EHPAD.

Références

- Arbuz, G., & Gonthier, R. (2022). *Les EHPAD et leur avenir—Éléments clés de leur histoire récente et nouvelles perspectives*. Librinova.
- Argoud, D., & Villez, M. (2021). L'État, les vieux, les professionnels : La crise sanitaire, un puissant révélateur du mode de gestion de la vieillesse. *Vie sociale*, 33(1), 127-140. <https://doi.org/10.3917/vsoc.211.0127>
- Bauman, Z. (2005). *La vie liquide* (C. Rosson, Trad.). Fayard.
- Bauman, Z. (2007). *Le présent liquide* (L. Bury, Trad.). Seuil.
- Bedin, V. (2013). *Conduite à accompagnement du changement. Contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.
- Billaud, S., & Xing, J. (2016). « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité. *SociologieS*. <http://journals.openedition.org/sociologies/5372>
- Broussy, L. (2021). *Nous vieillirons ensemble ... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations* (p. 176) [Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique]. Ministères de l'autonomie, de la cohésion des territoires, et du logement.
- Broussy, L., Guedj, J., & Kuhn-Lafont, A. (2021). *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui*. Think Tank Matières Grises. https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpads-du-futur-commence-aujourd'hui/

- Cajaiba-Santana, G. (2014). Social innovation: Moving the field forward. A conceptual framework. *Technological Forecasting and Social Change*, 82, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2013.05.008>
- Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs*. Fayard.
- Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39 / 152(1), 169-183. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0169>
- Conseil Économique et social de l'ONU. (2000). *E/C.12/2000/4 : Observation générale No 14 concernant la mise en oeuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. OHCHR. Consulté 16 février 2024, à l'adresse <https://www.ohchr.org/fr/documents/general-comments-and-recommendations/ec1220004-general-comment-no-14-highest-attainable>
- Cytermann, L. (2010). Focus—Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance. *Informations sociales*, 162(6), 130-133. <https://doi.org/10.3917/inso.162.0130>
- Défenseur des droits. (2021). *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. République Française. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>
- Dufaud, G. (2015). Isabelle Stengers, Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences [Revue de l'ouvrage *Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences*, by I. Stengers]. *Artefact. Hors-série 01*. 217-219. <https://doi.org/10.4000/artefact.7240>
- Freire, P. (1974). *La pédagogie des opprimés* (59^{ème} éd.). Maspéro.
- Freire, P., Weffort, F. C., Sanders, T., & Silva, A. (1971). *Conscientisation, recherche de Paulo Freire*. Documents de travail INODEP Éditions d'Alsace.
- Jullien, F. (2020). *De la vraie vie*. Éditions de l'Observatoire.
- Lancelle, A. (2016). Mesure et dé-mesure du care. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Cahiers du GRM*, 10. <https://doi.org/10.4000/grm.863>
- Laplaud, A. (2022). Soigner l'image de l'EHPAD pour soigner les ressources territoriales et l'innovation sociale en gérontologie. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, 14, Article 14. <https://doi.org/10.25965/trahs.4890>
- Lartiguet, P. (2023). *Du paternalisme médical au partenariat en santé. Caractérisation et modélisation du processus d'émancipation par le croisement des savoirs dans la recherche-intervention* [Thèse de doctorat, Toulouse 2]. <https://www.theses.fr/2023TOU20009>
- Libault, D. (2019). *Grand âge, le temps d'agir* (p. 228).
- Marcel, J.-F. (2012). Contribution à une ingénierie de la commande. *TransFormations Recherches en éducation et formations des adultes*, 2012(8), 101-120.
- Marcel, J.-F. (2019). Intervention, participation et évaluation dans la recherche en éducation. *La Revue LEEe*, 1. <https://doi.org/10.48325/rleee.001.01>
- Marcel, J.-F. (2020a). Fonctions de la recherche et participation : Une épistémocompatibilité dans le cas de la recherche-intervention. *Questions Vives. Recherches en éducation*, 33. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.4691>

- Marcel, J.-F. (2020b). Quand la recherche-intervention puise son inspiration dans la pensée de Freire. *Les Dossiers des sciences de l'éducation*, 44, 101-122.
<https://doi.org/10.4000/dse.4954>
- Marcel, J.-F. (2023). Une « vraie » place dans la recherche-intervention. *Recherches en éducation*, 51. <https://doi.org/10.4000/ree.11631>
- Marcel, J.-F., & Rinaudo, J.-L. (2020). Préserver la visée heuristique, restaurer la visée critique et assumer la visée praxéologique : Les enjeux de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation. *Questions Vives. Recherches en éducation*, 33. <http://journals.openedition.org/questionsvives/4524>
- Moulaert, T. (2018). Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : Activité et environnement. *Gérontologie et société*, 40 / 156(2), 19-34.
<https://doi.org/10.3917/g1.156.0019>
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).
<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Rosa, H. (2013). *Accélération, une critique sociale du temps* (D. Renault, Trad.). La Découverte.
- Stengers, I., & James, W. (2013). *Une autre science est possible !. Suivi de Le poulpe du doctorat : Manifeste pour un ralentissement des sciences* (T. Drumm, Trad.). La Découverte.
- Villez, A. (2007). EHPAD. La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30 / 123(4), 169-184.