

Giuseppina Perillo e Andrea Bassetti



La principale innovazione è rappresentata dal *Seguro Popular* (assicurazione sanitaria popolare), che offre un accesso gratuito ad una serie di prestazioni sanitarie ed è destinata alle persone non altrimenti assicurate (circa 50 milioni di persone).

Il Messico è una repubblica federale composta da 32 stati. È considerata la quattordicesima economia mondiale, tuttavia c'è una diseguale distribuzione della ricchezza e nel paese convivono indici di sviluppo umano che possono variare da quelli di nazioni sviluppate come la Germania a situazioni paragonabili a quelle del Burundi[1].

**Il moderno sistema sanitario messicano è stato fondato nel 1943** con la creazione del Ministero della Salute e dell'Istituto Messicano per la Sicurezza Sociale (*Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS). Nel 1959 è stato creato l'Istituto per la Sicurezza e i Servizi Sociali dei Lavoratori Statali (*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, ISSSTE) per fornire l'assicurazione sanitaria al personale dipendente delle imprese private, delle amministrazioni pubbliche e dei loro familiari[2].

Come molti paesi a medio reddito, **il Messico ha subito un rapido processo di transizione demografica ed epidemiologica**. Le malattie croniche e gli infortuni adesso rappresentano la principale causa di morte e disabilità. La mortalità per malattie infettive è rapidamente diminuita anche se queste malattie colpiscono ancora le fasce di popolazione più povere. **Tablelle 1 e 2.**

**Tabella 1. Messico e altri paesi. Indicatori di salute I - 2006[3]**

|                             | Speranza di vita alla nascita (MRF) | Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi) | Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi) |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Messico                     | 73/78                               | 18  | 60   |
| Italia                      | 79/84                               | 3   | 3  |
| Usa                         | 76/81                               | 6   | 11   |
| Paesi a reddito basso       | 55/58                               | 80  | 778  |
| Paesi a reddito medio-basso | 67/70                               | 38  | 269  |
| Paesi a reddito medio-alto  | 67/74                               | 19  | 99   |
| Paesi a reddito alto        | 77/82                               | 6   | 27   |

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Tabella 2. Messico e altri paesi. Indicatori di salute II - 2006[3]**

Tabella 2. Messico e altri paesi. Indicatori di salute II - 2006[3]

|                             | Tasso di mortalità causa specifica (per 100.000) |          |            |          |                                | Prevalenza TB (per 100.000) | Prevalenza HIV** (per 100.000) |
|-----------------------------|--|----------|------------|----------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
|                             | Malattie cardio vascolari *                      | Tumori * | Infartti * | HIV/AIDS | TB tra le persone HIV negative |                             |                                |
| Messico                     | 174  | 92       | 55         | 18       | 2                              | 23                          | 267                            |
| Italia                      | 155  | 132      | 29         | 3        | 1                              | 6                           | 296                            |
| Stati Uniti                 | 179  | 133      | 50         | 7        | 0                              | 3                           | 452                            |
| Paesi a reddito basso       | 469  | 126      | 108        | 87       | 41                             | 387                         | 1842                           |
| Paesi a reddito medio-basso | 337  | 125      | 104        | 11       | 20                             | 219                         | 263                            |
| Paesi a reddito medio-alto  | 401  | 133      | 102        | 65       | 8                              | 100                         | 1482                           |
| Paesi a reddito alto        | 164  | 135      | 43         | 4        | 2                              | 17                          | 241                            |

\* standardizzato per età; \*\*persone ≥15aa

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

\* standardizzato per età; \*\*persone ≥15aa

**Fino al 2004 il sistema sanitario messicano era organizzato secondo un modello segmentato, predominante in America Latina, che garantiva il diritto alla salute solo ai lavoratori impiegati in lavori "formali", coperti da assicurazione, lasciando privo di copertura assicurativa il 50% della popolazione, ovvero circa 50 milioni di persone. Quantità, qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie erano particolarmente scarse per le persone più povere. Erano garantite solo prestazioni di base e di salute preventiva comprese nel programma per diminuire la povertà chiamato *Oportunidades*.**

Nel 2000-2001, il governo messicano identificò cinque elementi di carattere finanziario che impedivano al sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione:

1. **basso livello di spesa sanitaria pubblica** (5,6% del PIL nel 2000);
2. **predominante spesa sanitaria privata *out-of-pocket***, ovvero pagata direttamente dagli utenti (da 2 a 4 milioni di famiglie trascinate nella povertà ogni anno a causa delle spese *out-of-pocket*[2,4]);
3. **stanziamento non equo di risorse pubbliche** tra assicurati e non assicurati (il 55% dei non assicurati riceveva il 34% dei fondi pubblici);
4. **disuguaglianza tra gli stati** nei contributi per il finanziamento del sistema sanitario;
5. **sottofinanziamento delle infrastrutture sanitarie.**

### **Seguro Popular**

Per rispondere a queste problematiche il Messico ha cercato di innovare il proprio sistema sanitario con l'obiettivo di fornire una copertura sanitaria ai 50 milioni di messicani non

assicurati.

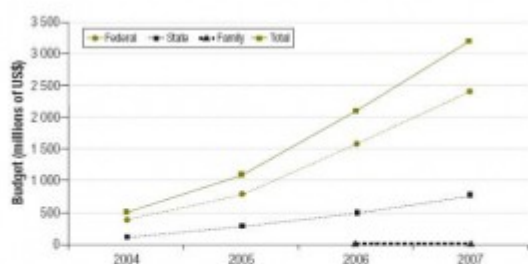
Seguendo i principi dell'*Evidence Based Health Policy*, il 1° gennaio 2004 è entrata in vigore la nuova riforma sanitaria che ha istituito il Sistema di Protezione Sociale nella Salute (*Sistem of Social Protection in Health, SSPH*). Questo ha introdotto nuove regole di finanziamento per la sanità pubblica e per i servizi di comunità.

**La principale innovazione è rappresentata dal *Seguro Popular* (assicurazione sanitaria popolare), la componente assicurativa del SSPH, che offre un accesso gratuito ad una serie di prestazioni sanitarie ed è destinata alle persone non assicurate: lavoratori autonomi, disoccupati e tutti coloro che non godono di un lavoro formale e continuativo. L'iscrizione è su base volontaria[2].**

**Il *Seguro Popular* è finanziato attraverso (Figura 1):**

1. la tassazione federale;
2. il contributo statale;
3. i contributi familiari calcolati in base al reddito, al netto delle spese per il cibo con un tetto massimo del 5% del reddito familiare (le famiglie più povere sono esenti da qualsiasi contributo)[5].

**Figura 1. Contributo delle fonti di finanziamento del *Seguro Popular*, Mexico 2004-2007[6].**



US\$, United States dollars.  
Adapted from reference 23.

**Figura 1.** Contributo delle fonti di finanziamento del *Seguro Popular*, Mexico 2004-2007 [6].

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Il *Seguro Popular* prevede per la salute personale un pacchetto assicurativo di 255 prestazioni essenziali di primo e secondo livello che sono erogate in contesto**

**ambulatoriale e in ospedali generici e un pacchetto di 18 prestazioni di terzo livello ad alto costo**[6]. Il pacchetto assicurativo deve essere progressivamente esteso e aggiornato ogni anno sulla base delle priorità tenendo conto del profilo epidemiologico, dello sviluppo tecnologico e della disponibilità di risorse.

I fondi federali per gli stati sono stabiliti in base al numero di famiglie iscritte al *Seguro Popular*. Questo è un incentivo per gli stati a migliorare l'offerta dei servizi sanitari e a sostenere l'iscrizione al sistema. In passato, il budget statale si basava sulla spesa storica del settore sanitario.

I servizi per gli iscritti al *Seguro Popular* sono offerti principalmente da strutture pubbliche. Per migliorare la qualità dei servizi sanitari pubblici sono stati sviluppati dei piani di investimento per le infrastrutture, le tecnologie, le risorse umane e sono state definite procedure per l'accreditamento[2].

In seguito alla riforma è cresciuta sia la spesa sanitaria totale che la spesa sanitaria pubblica come percentuale del PIL (**Tabella 3**).

**Tabella 3. Messico e altri paesi. Spesa sanitaria. Anni 2000 - 2006**[7].

Tabella 3. Messico e altri paesi. Spesa sanitaria. Anni 2000 - 2006 [7].

|                             | Spesa sanitaria totale come % PIL |      | Spesa sanitaria totale pro capite (US\$ al tasso medio di scambio) |      | Spesa sanitaria pubblica pro capite (US\$ al tasso medio di scambio) |      |
|-----------------------------|-----------------------------------|------|--|------|--|------|
|                             | 2000                              | 2006 | 2000   | 2006 | 2000   | 2006 |
| Messico                     | 5,6                               | 6,6  | 327  | 527  | 152  | 233  |
| Italia                      | 8,1                               | 9    | 1547   | 2813 | 1122   | 2172 |
| Stati Uniti                 | 13,2                              | 15,3 | 4570   | 6719 | 1997   | 3076 |
| Paesi a reddito basso       | 4,2                               | 4,3  | 14   | 22   | 5  | 8    |
| Paesi a reddito medio basso | 4,5                               | 4,5  | 38   | 74   | 15   | 33   |
| Paesi a reddito medio-alto  | 6,1                               | 6,3  | 235  | 412  | 121  | 225  |
| Paesi a reddito alto        | 10,0                              | 11,2 | 2629   | 4012 | 1574   | 2470 |

Clickare sull'immagine per ingrandirla

Sono state ridotte anche le disuguaglianze nella distribuzione di risorse pubbliche tra i vari stati. Il meccanismo di arruolamento è stato graduale e la copertura assicurativa di tutte le famiglie dovrebbe completarsi entro il 2010[5]. **Tra il 2003 e il 2007 la popolazione coperta da assicurazione sanitaria è cresciuta del 20%. Alla fine del 2007 circa 20**

**milioni di persone beneficiavano del *Seguro Popular*[6].**

### **La valutazione del programma**

Nell'aprile di quest'anno sono stati pubblicati i risultati di una ricerca condotta tra 2005 e 2006 in 7 dei 32 stati, della durata di 10 mesi riguardante **la valutazione del programma assicurativo *Seguro Popular***. Il principale risultato presentato nella ricerca è **la riduzione delle spese sanitarie catastrofiche**, cioè le spese sanitarie che superano il 30% della capacità di spesa di una famiglia al netto del budget minimo per il cibo. Il numero delle famiglie che affrontano tali spese si è ridotto del 23%. Se si considerano solo le famiglie che hanno aderito al *Seguro Popular* tale percentuale è arrivata al 55%. È stata osservata anche una riduzione delle spese *out-of-pocket* sia ospedaliere che non.

Contrariamente a quanto emerso da altri studi, dopo 10 mesi di follow-up non ci sono stati effetti sulle spese per i farmaci e sull'uso dei servizi sanitari[8]. Il principale limite dello studio è stata la **breve durata del follow-up** che potrebbe aver impedito anche l'identificazione di un effetto sugli indicatori di salute. Questi, in genere, non si modificano rapidamente. Inoltre, anche se il programma *Seguro Popular* sembra ridurre le spese sanitarie catastrofiche, non è detto che riesca a raggiungere l'obiettivo di protezione sociale. Le spese catastrofiche non tengono conto di tutte le perdite finanziarie causate dalle malattie, ovvero dei **costi indiretti** (per esempio: la perdita di giornate di lavoro o i costi dell'assistenza di un congiunto; le spese di trasposto). Spesso queste perdite impoveriscono le famiglie molto di più dei costi per i trattamenti[9].

Da un altro studio emerge che, sebbene i diabetici iscritti al *Seguro Popular* abbiano un miglior accesso all'assistenza sanitaria ed un miglior controllo dei livelli ematici di glucosio, è troppo presto stabilire se ci sarà una riduzione delle morti premature causate dalle complicanze croniche della malattia[10].

Gli studi condotti fino ad oggi sul nuovo schema assicurativo non hanno dato risposte definitive; sono quindi necessarie ulteriori valutazioni sul campo per individuare gli effetti prodotti dal programma.

**Altre sfide che il *Seguro Popular* dovrà affrontare** riguardano:

1. **l'incremento dei finanziamenti pubblici** per estendere l'accesso a prestazioni ad alto costo **per patologie croniche** come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete;
2. **il miglioramento dell'accesso ai servizi** sanitari pubblici per le **comunità rurali e indigene degli stati del sud**[6].

L'esperienza messicana offre comunque un modello concettuale e pratico che ha l'obiettivo di promuovere la copertura assicurativa universale e di garantire uguali opportunità di

accesso ai servizi sanitari a tutte le persone.

## **Bibliografia**

1. World Bank. World Development Health Indicator. Washington DC: World Bank, 2008.
2. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006; 368:1524-34.
3. WHO. [World health statistics 2009](#). Geneva: WHO, 2009.
4. Knaul FM, Arreola Ornelas H, Méndez-Carniado O et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006; 368:1828-41.
5. Maciocco G. [Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione](#). Roma: Pensiero Scientifico Editore, 2008.
6. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ* 2009; 87:542-548.
7. OECD. How does Mexico compare. OECD Health Data 2009 [[PDF: 110 Kb](#)]. Ultimo accesso 09.09.2009.
8. King G, Gakidou E, Imai K et al. Public policy for the poor ? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009; 373:1447-54.
9. Victora CG, Peters DH. Seguro Popular in Mexico: is premature evaluation healthy? *Lancet* 2009; 373:1404-5.
10. Sosa-Rubí SG, Galárraga O, López-Ridaura R. Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bull World Health Organ* 2009; 87:512-519.