

✖ Giuseppe Aprile, Pietro Bonaccorsi, Nicole Campese, Anna Marinaro, Paolo Santini e Eleonora Taddei.

The Lancet ha recentemente dedicato all'America Latina una serie di articoli. Nel primo di questi si analizzano le riforme dei sistemi sanitari in dieci paesi: Argentina, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Messico, Perù, Uruguay e Venezuela. La priorità dei governi è stata quella di estendere i livelli di protezione sociale e ridurre le diseguaglianze nell'accesso ai servizi. Molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare in termini di equità, di rafforzamento dei servizi pubblici, di capacità di affrontare in maniera adeguata la transizione demografica e epidemiologica.

A partire dalla fine degli anni 80 del secolo scorso molti paesi dell'America Latina hanno introdotto riforme del settore sociale e di quello sanitario per contrastare la povertà, ridurre le diseguaglianze socio-economiche e migliorare la salute della popolazione. *The Lancet*^[1] ha analizzato la situazione di dieci paesi - Argentina, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Messico, Perù, Uruguay e Venezuela (**Figura 1**) - dal punto di vista storico-politico e da quello più strettamente sanitario. Il collegamento tra i due aspetti balza agli occhi: **a un certo punto della storia i cambiamenti del contesto politico e sociale hanno prodotto radicali riforme dei sistemi sanitari** nella direzione della copertura sanitaria universale, basata sui principi dell'equità, della solidarietà, e dell'azione collettiva per contrastare le diseguaglianze sociali.

Figura 1. Reddito pro-capite, spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica.

✖
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

I paesi esaminati hanno storie e traiettorie politiche diverse, tuttavia per la maggioranza di essi si possono distinguere quattro fasi:

1. **Le dittature militari:** queste si sono sviluppate prevalentemente negli anni 60 e 70 e hanno interessato Brasile (1964-85), Perù (1962-63 e 1968-80), Cile (1973-90), Argentina (1966-73 e 1976-83), Uruguay (1973-85). In questi paesi le dittature hanno colpito non solo di diritti civili, ma anche quelli sociali, riducendo in modo drammatico gli investimenti pubblici in campo sanitario e sociale. Il ritorno alla democrazia si accompagnò con lo sviluppo di movimenti che rivendicavano giustizia sociale e diritto alla salute.

2. **La crisi del debito e gli aggiustamenti strutturali.** La recessione mondiale degli anni 80 non risparmiò i paesi dell'America Latina, che si trovarono tutti fortemente indebitati e di conseguenza sottoposti alle misure decise dal Fondo Monetario Internazionale (FMI): le classiche e ben note misure neoliberiste basate su privatizzazioni e drastiche riduzioni della spesa pubblica, che incidevano in particolare sulla sanità e sull'istruzione. Cuba naturalmente non chiese prestiti al FMI, né subì i suoi condizionamenti, tuttavia - nello stesso periodo - il disfacimento dell'Unione Sovietica fece venire meno i sostanziosi aiuti che provenivano dal tradizionale alleato comunista, provocando seri problemi all'economia del paese, già fortemente penalizzata dall'embargo imposto dagli USA.
3. **Gli anni 90 sono gli anni del risveglio e della riscossa.** Per molti paesi latinoamericani il ritorno alla democrazia coincise con la crisi del debito e con le conseguenti misure di "austerità" imposte dal FMI. Le politiche di giustizia sociale dovettero essere rimandate, ma non di molto. Con gli anni 90 si apre una stagione ricca di interventi volti a ridurre le diseguaglianze sociali e a sostenere le popolazioni più povere. Il più popolare e diffuso di questi interventi - adottato da molti paesi quali Argentina, Brasile, Cile, Colombia, Messico, Perù e Uruguay - è il "*conditional cash transfer*", l'erogazione di un sussidio economico a quelle famiglie i cui figli frequentano le scuole primarie, e partecipano regolarmente a interventi preventivi e controlli sanitari (vaccinazioni, visite in gravidanza, etc.). Vedi il [programma Bolsa Familia in Brasile](#)). Nella costituzione di molti paesi si riconosce che la salute è un diritto. Il precursore fu certamente Cuba (la rivoluzione è del 1959), ma altri paesi seguirono: in Brasile la costituzione del 1988 afferma che "la salute è un fondamentale diritto e responsabilità dello stato"; tale principio viene introdotto nella costituzione anche in Colombia (1991), Venezuela (1999), Messico (2003) e Uruguay (2005).
4. **Gli anni 2000 sono gli anni delle riforme sanitarie e dell'incremento dell'intervento pubblico nella sanità.** Le riforme più significative - accompagnate da rilevanti investimenti pubblici (anche grazie al trasferimento di risorse dal settore della difesa a quello della sanità) - avvengono in Brasile e in Messico, con l'obiettivo di garantire la copertura sanitaria universale. Ma anche altri paesi, come Cile, Colombia, Costa Rica, Perù, Uruguay e Venezuela, si sono mossi in questa direzione.

Le riforme

Con l'eccezione di Cuba e Costa Rica, prima delle riforme nei sistemi sanitari latinoamericani vigeva una sorta di "apartheid medica" (secondo la definizione di J. Frenk[2]) caratterizzata da una netta stratificazione nella possibilità di accesso ai servizi sanitari: nello strato più basso la categoria degli esclusi: i poveri, i

disoccupati, i lavoratori precari e tutti coloro che, per varie ragioni, erano privi di assicurazione; nello strato intermedio i dipendenti pubblici e privati “regolari” con coperture assicurativo di tipo mutualistico; nello strato più alto le classi benestanti che si potevano permettere un’assicurazione privata. La prima priorità dei governi è stata quella di estendere i livelli di protezione sociale e ridurre le disuguaglianze nell’accesso ai servizi. Come già accennato le riforme più significative avvengono in Brasile e in Messico, con strategie molto differenti. Il **Brasile** istituisce un sistema sanitario unificato, cioè universalistico, arricchito da una riforma che punta a rafforzare l’organizzazione delle cure primarie e favorire l’accesso delle popolazioni meno favorite. Il **Messico** invece ha creato e finanziato un’assicurazione pubblica (“*Seguro Popular*”) per la metà della popolazione - circa 50 milioni di persone - priva di tutele sociali. Altri paesi, come il **Cile**, prima hanno reso completamente gratuiti i servizi di cure primarie, e successivamente hanno reso accessibile a tutti un pacchetto definito di servizi essenziali. Ciò ha comportato per il Cile un incremento medio annuale della spesa sanitaria dell’8,3% nel periodo 2000-11.

Oltre alla copertura sanitaria universale le riforme dei sistemi sanitari latinoamericani presentano alcuni caratteri distintivi: il decentramento delle funzioni amministrative e gestionali, il potenziamento della “primary health care”, la separazione tra committenti e produttori.

Il **decentramento** fu motivato dalla volontà di rafforzare la governance locale, distinguendo chiaramente le competenze tra livello centrale e livello locale. In Brasile, Colombia, Perù, Uruguay e Venezuela l’impeto verso il decentramento fu voluto dalla società civile come meccanismo per rafforzare la partecipazione democratica.

Il **potenziamento della “primary health care”**, secondo i principi della Dichiarazione di Alma Ata, è stata una delle principali strategie delle riforme latinoamericane della sanità. A buona ragione si può dire che i principi di Alma Ata hanno trovato un terreno fertile, e quindi una piena applicazione, soltanto in America Latina perché si allineavano alle strategie di lotta alla povertà e - vedi punto precedente - di promozione della partecipazione popolare. Le esperienze cubana e brasiliana sono certamente le più avanzate, ma anche quelle di Colombia, Messico, Perù e Costa Rica sono significative soprattutto per i risultati ottenuti in campo materno-infantile.

La separazione tra committenti e produttori. Con l’eccezione di Cuba (dove il sistema sanitario è interamente pubblico), in America Latina il settore privato è molto forte nella produzione dei servizi, soprattutto nelle cure secondarie e terziarie (ospedali e attività specialistiche e diagnostiche). Si è creata così una separazione tra finanziatore

dell'assistenza (lo stato o le assicurazioni), detto anche committente, e il produttore. La separazione comporta generalmente una contrattazione tra i due attori: sulle tariffe delle prestazioni, e talora anche sulle performance e sui risultati attraverso appositi incentivi (Colombia, Perù e Costa Rica).

Le sfide future dei sistemi sanitari latinoamericani

Indubbiamente, nei paesi latinoamericani studiati nel paper di *Lancet*, le riforme sanitarie hanno prodotto inclusione sociale, empowerment dei cittadini e equità nella salute; hanno affermato il diritto alla salute e raggiunto quasi ovunque la copertura sanitaria universale. La società civile ha giocato un ruolo preminente nel garantire il diritto alla salute e nel proteggere i diritti dei cittadini. In gran parte dei paesi studiati queste riforme sono state motivate dal desiderio di giustizia sociale, di equità e anche di difesa dai diritti civili in paesi che avevano conosciuto dittature militari sanguinarie e oppressive. In altri paesi come il Messico, le riforme sono state motivate dalla transizione demografica e epidemiologica e dalla necessità di superare un'intollerabile segregazione sanitaria.

Le riforme sono state rese possibili anche da una sostenuta crescita economica avvenuta intorno agli anni 2000 che ha consentito - anche grazie alle misure di *conditional cash transfert* - di far uscire dalla condizione di povertà circa 60 milioni di persone, aumentare la spesa sanitaria, allargare la copertura assicurativa e aumentare l'accessibilità ai servizi sanitari per la popolazione con basso reddito. Tutto ciò ha prodotto un miglioramento dello stato di salute della popolazione e aumentato la protezione finanziaria in caso di malattia.

Nonostante tutto ciò, - afferma il paper di *Lancet* - i paesi latinoamericano si trovano a dover affrontare sei impegnative sfide:

1. **L'America latina rimane una delle regioni al mondo dove sono più forti le disuguaglianze sociali.** Si stima che nel 2011 177 milioni di persone si trovassero al di sotto della linea di povertà e di questi circa 70 milioni in condizione di povertà assoluta. Questa situazione minaccia il raggiungimento della copertura sanitaria e la stessa stabilità democratica dei paesi. Tutto ciò ci dice che l'agenda delle riforme è tutt'altro che conclusa e che enormi sforzi sono ancora necessari per contrastare le disuguaglianze nei determinanti nella salute e nei risultati di salute.
2. **La seconda sfida riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari.** Con l'eccezione di Cuba, Costa Rica e Brasile, i sistemi sanitari latinoamericani sono ancora troppo frammentati e l'obiettivo dovrebbe essere quello di riunire le molteplici forme

assicurative in un'unica assicurazione generale (come è avvenuto in Turchia). Ulteriori elementi critici sono l'invasione del settore privato, che andrebbe maggiormente regolato, e la scarsa qualità dei servizi pubblici.

3. **La terza sfida riguarda l'equità del finanziamento:** ancora troppo alta è la componente out-of-pocket, ovvero il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti.
4. **La quarta sfida riguarda la capacità delle politiche sanitarie di affrontare in maniera adeguata la transizione demografica e epidemiologica.** I paesi latinoamericani si trovano infatti a dover affrontare un triplo carico di malattie: a) l'ancora elevato livello di mortalità infantile e materna; b) la presenza di malattie infettive come la malaria, la dengue e la tubercolosi; c) la rapida crescita delle malattie croniche.
5. **La quinta sfida riguarda la rapida urbanizzazione** e la necessità di far fronte alla concentrazione di enormi bisogni sanitari e sociali. Si stima che nel 2025 sei delle trenta più popolose città nel mondo si troveranno in America Latina: Bogotá, Buenos Aires, Lima, Città del Messico e Rio de Janeiro.
6. **La sesta sfida riguarda la sostenibilità dei sistemi sanitari nel mantenere la copertura sanitaria universale.** La crisi economica globale, iniziata nel 2008, non ha infatti risparmiato l'America Latina. Una crisi che può essere superata continuando a investire in salute, dato che le esperienze storiche e anche recenti insegnano che l'investimento in salute promuove la crescita economica.

Giuseppe Aprile, Pietro Bonaccorsi, Nicole Campese, Anna Marinaro, Paolo Santini e Eleonora Taddei. Allievi Ordinari di Scienze Mediche, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Bibliografia

1. Atun R. et Al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet 2015; 385: 1230-47.
2. Frenk J. La salud en transición. Nexos 1988, XXII: 25-30