

13. La Commissione su macroeconomia e salute

Sara Barsanti, Federico Vola

Nel gennaio del 2000 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) istituì la Commissione su macroeconomia e salute (CMS) al fine di approfondire la relazione tra salute e sviluppo economico a livello internazionale. La CMS era composta da 18 membri provenienti da diversi Paesi, tra cui USA, Gran Bretagna, Francia, India, Cile, Giappone, Burkina Faso, Messico, ed era presieduta dall'economista Jeffrey Sachs, dell'Università di Harvard. I principali risultati del lavoro della CMS furono pubblicati a dicembre del 2001 nel *Report on Macroeconomics and Health: investing in health for economic development*.¹ Se fino ad allora nel panorama internazionale la salute era vista come conseguenza della crescita economica e di condizioni socio-economiche favorevoli, il rapporto della CMS ribaltava tale visione con il messaggio centrale secondo cui la salute è condizione ineluttabile per la crescita economica e lo sviluppo di un Paese, considerando quindi la malattia quale maggiore determinante di povertà. Il rapporto proponeva una serie di raccomandazioni chiave, quali una copertura sanitaria universale come priorità di intervento, un incremento consistente della spesa sanitaria a livello globale, lo sviluppo di meccanismi di finanziamento innovativi, la riduzione dei prezzi di medicinali essenziali e il finanziamento pubblico di pacchetti di servizi sanitari di base nei Paesi in via di sviluppo (PVS). La Tabella riassume le principali raccomandazioni e i principali risultati raggiunti a distanza di 10 anni dalla pubblicazione del rapporto.^{2,3}

Il mondo della ricerca ha avuto reazioni contrastanti rispetto al rapporto della CMS. Alcuni studiosi (tra cui Devi Sridhar, professore all'Università di Oxford, e Tore Godal, consigliere del primo ministro norvegese) hanno guardato con favore al messaggio che il rapporto ha portato nella discussione internazionale sul necessario incremento in termini di risorse economiche da destinare alla spesa sanitaria.² Se i dati di incremento della spesa sanitaria sono una testimonianza del possibile impatto del rapporto, non bisogna però dimenticare anche l'implementazione degli Obiettivi di sviluppo del millennio, la creazione di programmi internazionali per la salute e il controllo delle malattie infettive, la crescente filantropia privata e l'impegno della società civile.

Tabella. Principali raccomandazioni e principali risultati della CMS.

Raccomandazioni chiave	Risultati al 2011
Copertura universale dei servizi sanitari essenziali nei PVS al fine di ridurre malattie infettive e migliorare nutrizione e salute materno-infantile	La copertura universale di servizi sanitari essenziali per la maggior parte dei PVS non è stata né è diventata una priorità
Costituzione di commissioni nazionali su salute e macroeconomia al fine di identificare la priorità di intervento e possibili meccanismi di finanziamento	Sono state create circa 20 commissioni nazionali, il cui impatto, però, è rimasto incerto e variabile
Incremento nei PVS dell'1 per cento del PIL per la spesa sanitaria fino all'anno 2007 e del 2 per cento per il 2015 (con una spesa procapite in sanità di almeno 34\$ l'anno)	La spesa sanitaria globale per i PVS è passata da circa 128 miliardi di dollari nel 1995 a 241 nel 2007; non sono però disponibili i dati per i singoli Paesi
Costituzione a livello internazionale di fondi globali per AIDS, tubercolosi e malaria, e per la ricerca in salute, con finanziamenti pubblici-privati	Il fondo globale per AIDS, tubercolosi e malaria è stato creato, anche se ci sono i primi segni di erosione di alcuni donatori; il fondo per la ricerca non è stato creato
Aumento del finanziamento per l'assistenza allo sviluppo da parte dei Paesi donatori fino a 27 miliardi di dollari nel 2007 e a 38 miliardi nel 2015	Obiettivo non raggiunto al 2007 (secondo alcune stime la cifra nel 2007 è stata di circa 20 miliardi di dollari)
Incremento da parte della comunità internazionale del finanziamento delle principali agenzie internazionali (quali OMS e BM)	La crisi economica ha mostrato il fallimento della comunità internazionale nella creazione di un contesto per la promozione di beni pubblici a tutela della salute
Eliminazione delle lacune legislative in materia di medicinali nei Paesi sviluppati al fine di migliorare l'assistenza per le malattie legate alla povertà	Non si sono registrate modifiche legislative in materia di regolamentazione della produzione e diffusione di medicinali essenziali in tali termini
Vendita da parte delle ditte farmaceutiche internazionali di medicinali essenziali ai PVS al più basso prezzo commerciale possibile (costi di produzione)	Sebbene per alcuni medicinali (quali gli antiretrovirali) si siano registrate riduzioni nei prezzi, tali cambiamenti sono stati dettati principalmente dalla competizione del mercato
Supporto da parte dei Paesi membri della WTO per i Paesi che non producono farmaci essenziali per la creazione di accordi obbligatori per favorire l'importazione da Paesi terzi produttori di farmaci generici	Tale obiettivo può considerarsi in parte raggiunto
Creazione di programmi per la promozione della salute e riduzione della povertà in Paesi bisognosi da parte della BM e del FMI	Non sono stati creati meccanismi di rendicontazione che permettano il monitoraggio della realizzazione di tale raccomandazione

Altri studiosi (tra cui Howard Stein, professore all'Università del Michigan, e Howard Waitzkin, professore all'Università del New Mexico) hanno invece criticato la totale mancanza di legami e riferimenti ai limiti e alle disuguaglianze create da uno sviluppo economico basato sul processo di globalizzazione: ciò non sorprende se si pensa che i membri della CMS hanno per la maggior parte lavorato per la Banca mondiale (BM), il Fondo monetario internazionale (FMI), o altre agenzie multilaterali che hanno promosso uno sviluppo neoliberale delle politiche di salute pubblica.³ Nessun riferimento è inoltre stato fatto a un nuovo modello di sviluppo che sia sostenibile anche dal punto di vista ambientale, né a una redistribuzione globale delle risorse, economiche e non, attraverso nuovi modelli di tassazione.

L'assistenza sanitaria per i gruppi di popolazione più poveri tramite la costituzione di pacchetti essenziali di servizi sanitari è quasi totalmente fallita. I donatori continuano a focalizzarsi su programmi di sostegno verticali, piuttosto che su soluzioni integrate di assistenza sanitaria che potrebbero certamente portare miglioramenti in termini di salute globale e prevenzione. Il modello delineato di finanziamento, secondo cui le risorse pubbliche garantiscono solo i servizi sanitari essenziali per i più poveri e le partnership pubbliche-private garantiscono altri servizi, erode poi il principio di solidarietà del finanziamento dei sistemi sanitari, lasciando quindi inalterata la spesa privata in sanità per i più abbienti e creando un contesto favorevole alla commercializzazione non regolata dei servizi sanitari. Tale modello, soprattutto, non rispecchia il modello di cure primarie di base, portato avanti dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978. Il lavoro della CMS si focalizza inoltre su malattie infettive, quali AIDS, malaria e tubercolosi: se tale scenario era rappresentativo del profilo di salute degli anni novanta, con l'aumentare di malattie croniche anche nei PVS il nuovo profilo epidemiologico che si va delineando è un determinante di cui tener conto anche a livello internazionale e che incide sull'efficacia ed efficienza dei programmi verticali promossi dalla CMS.

Numerose critiche sono poi state rivolte alle raccomandazioni riguardanti l'accesso ai farmaci essenziali per i Paesi più poveri. Il ruolo auspicato dalla CMS per le case farmaceutiche per favorire l'accesso a farmaci essenziali nei PVS è stato criticato perché lasciato comunque su base volontaria e circoscritto solo ai PVS.³ I Paesi emergenti si sono visti da una parte negare la possibilità di accedere ai fondi globali, dall'altra non hanno avuto modo di usufruire delle agevolazioni legate alle licenze per la produzione di farmaci generici. Permane la convin-

zione che la CMS abbia incoraggiato ancora una volta la protezione dei brevetti di produzione con accordi di libero mercato quali per esempio i TRIPs (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) dell'Organizzazione mondiale per il commercio (World Trade Organization, WTO),^a che di fatto hanno negato l'accesso ai medicinali con brevetto non scaduto.³

Se numerose sono state le critiche al lavoro della CMS e non troppo buoni i risultati raggiunti fino a oggi, è da sottolineare come in alcuni Paesi, prima fra tutti l'India, ma anche Messico, Ghana, Indonesia e Sri Lanka, la CMS abbia avuto una notevole influenza.⁴ Come sottolineano gli autori di un articolo del *Lancet*, il lavoro della CMS è stato molto probabilmente un buon antipasto, ma oggi la comunità internazionale ha bisogno di un più sostanzioso e ricco primo piatto.⁵

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva, 2001 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
2. Das P, Samarasekera U. The Commission on Macroeconomics and Health: ten years later. *Lancet* 2011;378:1907-8
3. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet* 2002;361:523-6
4. Nullis Kapp C. Macroeconomics and Health Commission findings become a reality. *Bull World Health Organ* 2004;82:957-8
5. Labontè R, Ruckert A. The commission on Macroeconomics and Health: was it the right recipient? *Lancet* 2011;378:1901-3

^a I TRIPs (www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm) sono gli accordi tra i paesi membri della WTO che regolano la proprietà intellettuale e quindi anche i brevetti dei farmaci.