

Tratto da SaluteInternazionale.info

Salute globale e ricerca sui sistemi sanitari: un'agenda contesa

2014-10-13 09:10:41 Redazione SI



PUBBLICATO SU: www.sossanita.it

Chiara Bodini

Ci sono molti luoghi in cui si discute di ricerca e politiche in salute, e non è certamente possibile seguire ogni dibattito. Tuttavia sorprende che – nell’era dell’informazione e all’interno di comunità e reti tutto sommato contigue – eventi anche rilevanti sfuggano completamente all’attenzione o appaiano ‘segregati’ su base di logiche divisorie di natura geografica, disciplinare, storica o politica non sempre intelleggibili.

L’occasione per riflettere, e condividere, viene dalla partecipazione a un evento globale recentemente svoltosi a Cape Town. Ricostruirne la storia può essere utile al fine di contestualizzarlo; anticipo solo che – su 1700 iscritti – gli italiani erano 3, me compresa, giunti principalmente tramite connessioni internazionali e non in virtù di un impegno ‘in patria’.

Il “Global Symposium on Health Systems Research”

L’evento [vedi **Risorse**], alla sua terza edizione dopo quelle di Montreux (2010) e Beijing (2012), raggruppa buona parte della comunità scientifico-accademica internazionale impegnata nella ricerca sulle politiche e sui sistemi sanitari[1]. Dalle informazioni raccolte tra alcuni partecipanti ‘esperti’, il simposio ha preso le mosse dopo il naufragio – in acque non proprio limpide – di un’altra iniziativa

globale chiamata “Global forum for health research”[2]. Gli stessi informatori sostengono che, soprattutto nella prima edizione, vi fosse una dominanza di partecipanti provenienti dagli Stati Uniti, e particolarmente dall’agenzia bilaterale di sviluppo USAID[3]. Erano quelli gli anni di ‘lancio’ della copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage o UHC) come strategia portante in vista del post-2015, in cui la transizione da ‘care’ a ‘coverage’ va sottolineata per il preciso valore semantico, simbolico e politico[4,5].

Provando a ricostruire le altre radici dell’evento, è da notare la preponderanza netta di Africa e Asia rispetto all’America Latina e a buona parte dell’Europa. Significativamente, le rappresentanze del ‘nord’ sono concentrate in ben precisi luoghi con tradizione ‘tropicalista’ (London School of Hygiene and Tropical Medicine di Londra e Institute for Tropical Medicine di Anversa in primis). Non mancano le agenzie multilaterali (OMS, UNICEF) e bilaterali (cooperazione svedese, belga, canadese) e, naturalmente, i finanziatori come la Banca Mondiale e varie fondazioni private (Rockefeller, Wellcome, Open Society). La marginalizzazione dell’America Latina, in un evento per il resto molto concentrato sul ‘sud’, è imputabile in prima istanza a ragioni linguistiche (preponderanza dell’inglese e traduzione disponibile, parzialmente, solo in francese) anche se non si possono escludere più profonde ragioni di natura politico-economica.

Sistemi sanitari centrati sulle persone o sul mercato?

Benché la storia tracciata evidenzi un imprinting orientato a promuovere un’agenda affatto progressista (quella appunto dell’UHC), nella sua versione attuale l’evento presenta un taglio aperto, diversificato e che lascia spazio e preminenza a posizioni critiche e perfino radicali. Al netto dell’interesse personale che mi ha portato a selezionare, in una vasta offerta di sessioni parallele, quelle orientate ai determinanti sociali privilegiando un approccio problematizzante, la scelta era oggettivamente ampia e discorsi critici hanno trovato spazio anche in diverse sessioni plenarie.

La comunità che si ritrova intorno a questo evento – o per lo meno alcuni suoi volti più rappresentativi come Lucy Gilson, Martin McKee, Gita Sen, Rene Loewenson – tende a rappresentarsi come una frangia pro-stato e anti-mercato della sanità pubblica internazionale, o addirittura come un ‘movimento sociale’. Senza dare troppo credito a quello che può essere un tentativo autoreferenziale di smarcarsi da tradizioni o sospetti di condizionamento da parte dei donatori, è significativo notare che le due plenarie di apertura – una dedicata alla **governance della salute in Africa** e l’altra al tema principale del simposio, ovvero **i sistemi sanitari centrati sulla persona** – hanno contestualizzato il discorso alla luce dell’impatto della globalizzazione neoliberista sui sistemi sanitari e sulla salute in generale. **Tutti i ‘soliti sospetti’ sono stati chiamati in causa**, dalla colonizzazione ai piani di aggiustamento strutturale, dai programmi verticali alla sistematica sottrazione di risorse verso i luoghi a maggior potere (a livello paese, spese militari e non in salute; a livello mondiale, flussi netti di risorse da sud a nord e

dagli stati alle multinazionali).

L'orientamento verso sistemi sanitari a due livelli, in cui i ricchi pagano servizi privati di qualità e lo stato gestisce pacchetti essenziali per le fasce più povere, è stato fortemente stigmatizzato sostenendo che le politiche in favore dei poveri ("pro-poor") sono in realtà "poor policies" (cattive politiche), in quanto scarsamente finanziate, non sostenute dai settori forti della società e spesso male amministrato.

Evidenze dal nord e dal sud del mondo mostrano che questa tendenza è consolidata, nonostante la retorica sul rafforzamento dei sistemi sanitari che permea molti programmi globali e strategie nazionali. Questo pone naturalmente svariate problematiche nell'immaginare sistemi sanitari centrati sulle persone. Come ha fatto causticamente notare Martin McKee in riferimento alle dinamiche di potere esistenti, accade che le persone siano effettivamente al centro, ma non sono le persone giuste!

Ebola come analizzatore

Il dramma dell'Ebola mostra un effetto particolarmente insidioso di questa dinamica di esclusione, in luoghi in cui i sistemi sanitari sono estremamente deboli e buona parte della popolazione difficilmente vi entra in contatto. Nelle parole di Margaret Chan, intervenuta in video-collegamento da Ginevra, nessun Paese può dirsi stabile senza un sistema di sanità pubblica in grado di garantire i servizi di base di promozione e protezione della salute. Ebola svela anche la scarsa autonomia e capacità decisionale dei paesi africani, frutto della persistente dipendenza finanziaria e scientifico-tecnologica da Europa e Nord America esemplificata dal paradosso che non esiste, nella regione africana, un centro di ricerca di alto livello specializzato in patologie tropicali. Ancora più paradossale riscontrare che più medici nati in Liberia e Sierra Leone (tra gli stati più colpiti dall'epidemia) lavorano in paesi OCSE di quanti se ne trovino nelle rispettive nazioni d'origine[6]. Infine, secondo una recente analisi divulgata dal People's Health Movement (PHM), per comprendere a fondo l'epidemia bisogna guardare "non alla patogenesi della malattia, ma alla patologia della nostra società e dell'architettura politico-economica globale"[7]. I paesi più colpiti sono tra i più poveri al mondo, e ciò a causa di tracciabili processi di dominazione ed espropriazione che iniziano con il colonialismo e durano tutt'oggi con l'egemonia della governance economica mondiale, intrecciati a gravi problemi interni di democrazia, conflitti e corruzione[8]. Tali processi sono implicati tanto nella diffusione del virus (deforestazione, impoverimento delle zone rurali e profonde modificazioni nell'ecosistema portano a trasformazioni nei contatti uomo-animale) quanto nel pessimo stato dei sistemi sanitari della regione[9,10,11].

Di fronte a ciò, la risposta globale appare lenta, disorganizzata e farraginoso[12], con l'OMS paralizzata dall'impossibilità di mobilitare fondi adeguati (a sua volta imputabile a finanziamenti ridotti e sempre più vincolati) e l'iniziativa lasciata ad approcci tecnocratici o militarizzati[13, 14]. Per quanto difficilmente contestabili nell'attuale stato di bisogno, questi non paiono

sceveri di implicazioni negative, soprattutto per quanto concerne le cause profonde dell'epidemia e – dunque – la prevenzione delle 'ricadute'.

Responsabilità, partecipazione e movimenti sociali

La traccia analitica che ha accompagnato il convegno ha indicato chiaramente l'egemonia dell'ideologia di mercato come fondamentale ostacolo per qualunque tentativo di riportare realmente le persone, e dunque i bisogni sociali, al centro dei sistemi di salute. In modo estremamente lucido Thandika Mkandawire, professore alla London School of Economics, ha esposto la necessità non di controllare o correggere il mercato, bensì di metterne profondamente in discussione la logica al fine di ricondurlo a strumento del benessere sociale. Al tempo stesso, ha evidenziato come i finanziamenti si concentrino nei luoghi dai quali non giungono minacce di cambiamento reale (fondi globali, partnership pubblico-privato, filantropocapitalismo e programmi verticali in cui l'approccio è tecnico-manageriale e non ci sono chiari e tracciabili meccanismi di responsabilità politica).

La logica conseguenza è la necessità di agire su leve di potere per controvertire l'attuale (dis)equilibrio, che non consente l'emergere di alternative soprattutto a livello istituzionale. A questo proposito, è stato chiamato in causa in maniera esplicita il ruolo dei movimenti sociali, e l'importanza di contemplarne le potenzialità e i meccanismi d'azione a livello di analisi politica e di pianificazione delle politiche. Solo la mobilitazione sociale, è stato più volte ripetuto, può rappresentare la forza necessaria a orientare realmente le politiche di salute verso le persone. Nelle parole di Rene Loewenson: "il potere può essere solo reclamato".

Se ciò può apparire una retorica lontana dall'agenda globale dei sistemi sanitari, non lo è nella declinazione metodologica che il convegno ha esplorato nella seconda e terza giornata. A fianco dei tradizionali approcci epidemiologici, rispetto ai quali si è comunque fatto cenno alla necessità di rendere i dati accessibili alle persone, **ampio spazio è stato dato agli approcci di tipo partecipativo e in particolare alla ricerca-azione partecipata (PAR)** come strumento di trasformazione. Con numerosi esempi, raccolti in un manuale di recente pubblicazione, sono state efficacemente mostrate le potenzialità della PAR come strumento di mobilitazione sociale e al tempo stesso di rafforzamento dei sistemi sanitari di base[15]. Le criticità risiedono, prevedibilmente, nella difficoltà di immaginare l'istituzionalizzazione di un approccio fondato sul cambiamento sociale, nonché ancora prima nel reperire fondi per azioni che, poco definibili a priori e con la necessità di un impegno a lungo termine, sono di scarsissimo appeal per i donatori (nonché per gli editori dei giornali scientifici e dunque, in ultima analisi, per il sostentamento e la carriera degli stessi ricercatori). Si torna così alla necessità primaria di costruire potere politico, ed è chiaro che ciò non può avvenire in un convegno di esperti (per quanto illuminati) dai costi di partecipazione elevatissimi, bensì là dove le tanto citate 'persone' sono naturalmente al centro, ovvero nei loro contesti di vita e di lavoro.

Cape Town Statement from the Third Global Symposium on Health Systems Research [PDF: 432 Kb]. Cape Town, South Africa, 3 October 2014

Bibliografia

1. [Third Global Symposium on Health Systems Research: 30 September – 3 October 2014, South Africa, Cape Town](#)
2. [Wikipedia: Global Forum for Health Research](#)
3. [Global Symposium on Health Systems Research \(HSR\): 16-19 November 2010, Montreux, Switzerland](#)
4. Jan Swasthya Abhiyan. *Universalising Health Care for All*. Amit Sengupta, New Delhi, 2012.
5. [Statement to the 66th session of the World Health Assembly on agenda item 17.3 Universal Health Coverage.](#)
6. *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*. International Migration Outlook, OECD 2007.
7. PHM: [Ebola Epidemic Exposes the Pathology of the Capitalist System](#).
8. Cornia G, Jolly R, Stewart F (a cura di). *Adjustment with a Human Face: Ten Country Case Studies*. Oxford University Press, 1988.
9. Bausch DG, Schwarz L. *Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy*. PLoS Neglected Tropical Diseases 2014, 8(7):e3056.
10. Bello W. [How the World Bank, IMF and WTO destroyed African agriculture.](#)
11. [Neoliberal Ebola?](#) Farmingpathogens.wordpress.com, 23.04.2014
12. Kenny C. [The Ebola Outbreak Shows Why the Global Health System Is Broken](#). Bloomberg Businessweek, 11.08.2014.
13. Press release. [Bill and Melinda Gates Foundation, Gates Foundation Commits \\$50 Million to Support](#). Gates Foundation, 10.09.2014
14. Freeman C, Sanchez R. [US to send 3,000 troops to Ebola-hit Liberia](#). The Telegraph, 16.09.2014.
15. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruso L, Shroff Z. [Participatory action research in health systems: a methods reader](#) [PDF: 3,3 Mb]. Equinet 2014.