

**Tim Phillips [00:00:00]:**

Benvenuti a VoxTalk Economics, registrato in diretta al PSE CEPR Policy Forum presso la Paris School of Economics. Mi chiamo Tim Phillips.

**Tim Phillips [00:00:17]:**

In questo episodio, un investimento massiccio nell'assistenza sanitaria universale potrebbe non essere universale nel suo impatto. Nei Paesi a reddito medio-basso, le donne godono di una salute peggiore rispetto agli uomini e i policy maker di molti di questi Paesi hanno tentato, senza riuscirci, di colmare il divario. In India, ancora uno dei cinque peggiori Paesi al mondo per la salute e la sopravvivenza delle donne, la recente introduzione di massicci programmi di assicurazione sanitaria avrebbe dovuto garantire a donne e uomini pari accesso all'assistenza sanitaria. Ma è questo che sta accadendo? Pascaline Dupas dell'Università di Stanford ha studiato l'impatto di uno di questi programmi insieme alla sua coautrice, Radhika Jain dell'UCL. Pascaline si unisce a me ora. Pascaline, le ho già parlato in passato, ma è bello incontrarla di persona per la prima volta.

**Pascaline Dupas [00:01:04]:**

Lo stesso vale per me. Grazie per avermi invitata.

**Tim Phillips [00:01:06]:**

Dopo il lavoro di Amartya Sen, pensiamo a questa storia come a una storia di donne scomparse, donne che dovrebbero essere vive ma non lo sono. Quante di queste donne decedute ci sono nei Paesi a reddito medio-basso, in India in particolare, a causa della disuguaglianza sanitaria?

**Pascaline Dupas [00:01:22]:**

Quindi, è difficile sapere quale sia la quota di donne scomparse a causa della disuguaglianza sanitaria. Il modo in cui si può risalire al questo numero è confrontare le percentuali tra i sessi e avere un'idea di quante dovrebbero essere le donne. Le ultime stime del 2018 per l'India parlano di circa 63 milioni di donne scomparse solo in India. Quindi, per il mondo intero, probabilmente saranno almeno il doppio. Ma è molto difficile sapere come possano essere scomparse. Una parte potrebbe essere dovuta al sesso, all'aborto selettivo, ma molte di queste donne decedute vengono a mancare in età adulta, e quindi la disuguaglianza sanitaria potrebbero essere un'ottima spiegazione. Ed è questo che cerchiamo di analizzare con la mia coautrice, Radhika Jain.

**Tim Phillips [00:02:03]:**

Qual è la causa? È perché le donne e le ragazze hanno più malattie e infortuni? O perché quando si ammalano hanno meno probabilità di ricevere parità di trattamento?

**Pascaline Dupas [00:02:14]:**

Allora, siamo in grado di esaminare la misura in cui le donne ricevono le cure e vediamo sicuramente un deficit in questo ambito. Per sapere se si ammalano in modo sproporzionato e quali sono le cause. Potrebbe essere dovuto a un trattamento inadeguato, a una cattiva alimentazione. È molto più difficile, perché se qualcuno non riceve cure in primo luogo, non si hanno molti dati su queste persone. Quindi la scarsità di dati su questi argomenti impedisce ai responsabili politici di capire con chiarezza quali sono le cause di questi problemi e quali progressi si possono compiere. Ecco perché sfruttiamo questa nuova serie di dati a cui abbiamo accesso per fare davvero dei progressi in questo senso.

**Tim Phillips [00:02:48]:**

Se donne e uomini hanno gli stessi problemi di salute, cosa c'è dietro la differenza nelle cure che ricevono? Ne sappiamo qualcosa?

**Pascaline Dupas [00:02:56]:**

Sì, sembra quindi che le famiglie non siano disposte a spendere altrettanto per prendersi cura della salute delle donne rispetto agli uomini. E questo potrebbe essere dovuto a una serie di fattori. Potrebbe trattarsi di un modello economico standard secondo cui i rendimenti della salute femminile sono inferiori a quelli della salute maschile. E nel contesto dell'India, questo potrebbe essere dovuto al fatto che le donne hanno un tasso di partecipazione al mercato del lavoro molto basso. Nel contesto indiano, potrebbe anche essere che le donne non sono quelle che si prendono cura dei genitori in età avanzata. Il responsabile è il figlio. Quindi non è così grave per me se mia figlia non sopravvive come se mio figlio non sopravvivesse. Potrebbe anche trattarsi di pura discriminazione taste based, come la chiamiamo in economia. Le persone potrebbero semplicemente non dare valore alle donne quanto agli uomini. Ma anche nel contesto dell'assistenza sanitaria, potrebbero esserci delle barriere o dei costi specifici per le donne. Nel caso dell'India, credo che forse, per andare in ospedale, che potrebbe non essere così vicino, prendere i mezzi pubblici, forse è difficile per le donne viaggiare da sole a causa delle norme di genere. O forse è molto costoso per la famiglia se la donna si reca in ospedale e aspetta in fila per 2 ore, perché in quel lasso di tempo non si occupa delle faccende domestiche di cui ci si aspetta che si occupi.

**Tim Phillips [00:04:09]:**

Per approfondire questo aspetto, avete studiato l'impatto di un programma governativo di assicurazione sanitaria introdotto nel Rajasthan, in India. Che cos'è questo programma? Come funziona?

**Pascaline Dupas [00:04:19]:**

Si tratta di un programma molto ambizioso che ora è stato essenzialmente riportato da un programma nazionale. Programmi simili sono in corso in molti Stati dell'India e coprono essenzialmente le fasce della popolazione più povere. Quindi ogni famiglia con una tessera che attesta che sia al di sotto della soglia di povertà ha diritto a ricevere, in linea di principio, cure ospedaliere gratuite, in genere cure secondarie e terziarie. Quindi non le cure primarie, che sono già gratuite nelle strutture sanitarie pubbliche più piccole, ma le cure secondarie e

terziarie. E quindi si suppone che una persona sia in grado di andare a farsi ricoverare e ricevere i servizi. E poi gli ospedali, sul back-end, fatturano direttamente all'assicuratore o al governo i servizi che hanno fornito.

**Tim Phillips [00:04:55]:**

Quindi, in teoria, questo colma il divario di genere perché riduce il costo delle cure.

**Pascaline Dupas [00:05:01]:**

Sì, il motivo principale per cui si riscontrano questi divari e l'accesso alle cure è che le famiglie non sono disposte a pagare per le donne quanto per gli uomini. Quando il costo diventa zero, allora queste principali barriere all'assistenza femminile dovrebbero diminuire. Ma se ci sono altri costi. Ho parlato in precedenza dei costi di trasporto: se non si sovvenzionano i trasporti, non si otterrà necessariamente una completa uguaglianza e un accesso alle cure anche quando il costo dell'ospedale è gratuito. O se ci sono altre differenze nella disponibilità a rinunciare a qualsiasi attività che la persona sta svolgendo.

**Tim Phillips [00:05:32]:**

Quindi, al punto di partenza: quanto è grande il divario di genere in Rajasthan che questi trattamenti gratuiti potrebbero colmare?

**Pascaline Dupas [00:05:42]:**

In realtà non lo sappiamo. Anche in questo caso, non sapendo chi dovrebbe ricevere cure, non si sa cosa si può vedere. Ma posso dirvi che nell'ambito del programma, abbiamo accesso ai dati delle richieste di rimborso da parte degli ospedali, e quindi il modo in cui abbiamo iniziato a lavorare sulla questione dell'accesso di genere, questo è stato solo il primo calcolo che abbiamo fatto: qual è la percentuale di pazienti o di richieste di rimborso in questi set di dati che riguardano pazienti di sesso femminile? Ed era molto bassa. Era molto lontana dal 50% o 48%, che è la percentuale di donne nello Stato del Rajasthan. Questi sono dei divari molto grandi. Anche all'interno del programma che è davvero un dato impressionante. Ad esempio, per le patologie renali croniche, scopriamo che solo il 28% dei pazienti è di sesso femminile. E anche per cose come la cardiologia, ovvero tutto ciò che riguarda il cuore, la percentuale è molto bassa.

**Tim Phillips [00:06:27]:**

In questa storia, la prima cosa che si scopre è che quello che sembra un trattamento gratuito in realtà, quando viene consegnato, in molti casi si rivela non essere gratuito. Potrebbe spiegarci che cosa è successo?

**Pascaline Dupas [00:06:36]:**

Sì, una delle ipotesi che abbiamo formulato è che forse lo schema non è stato attuato esattamente come si dovrebbe attuarlo, in particolare, gli ospedali potrebbero ancora richiedere

ai pazienti alcuni pagamenti fuori busta. Soprattutto per i tipi di servizi che gli ospedali ritengono più costosi da fornire rispetto a quelli rimborsati dal sistema. Il modo in cui ci siamo occupate di questo aspetto è stato quello di condurre indagini di audit con i pazienti. In questo modo abbiamo avuto accesso ai dati delle richieste di rimborso degli ospedali su base regolare e siamo state in grado di chiamare i pazienti che erano stati visitati di recente e chiedere loro per cosa erano stati visitati. Ma anche se avessero dovuto pagare qualcosa di tasca propria. Abbiamo scoperto che in realtà una buona parte dei pazienti paga di tasca propria, più negli ospedali privati che in quelli pubblici, e gli importi sono piuttosto elevati. Questo significa che in realtà non è gratis nemmeno in ospedale. A ciò si aggiungono i costi di trasporto, che in ogni caso non sono coperti. Quindi, sì, il programma non riduce affatto i costi a zero. E questo spiega in parte il divario di genere ancora esistente.

**Tim Phillips [00:07:33]:**

E come lei ha detto, abbiamo questi costi di viaggio, ma il programma si è ampliato in modo che il tempo di viaggio verso gli ospedali presumibilmente è diminuito. Questo ha iniziato a colmare il divario di genere?

**Pascaline Dupas [00:07:45]:**

In realtà, se si cerca di capire fino a che punto un programma che riduce i costi monetari o di trasporto aumentando la disponibilità di ospedali nel sistema, possa ridurre il divario di genere, è un po' complicato perché potrebbe benissimo essere che i beneficiari marginali del sistema siano ancora gli uomini. Si pensi ai nuclei familiari che vivono così lontano che nessuno va a farsi curare in assenza di uno schema. Poi lo schema viene introdotto in un ospedale che si trova ancora a 25 km di distanza. Forse a quella distanza, ora la famiglia sarà disposta a portare gli uomini, ma non le donne. Quindi si può scoprire che in realtà, per le famiglie, questo schema aumenta la possibilità di ottenere cure solo per gli uomini e non per le donne. Per alcune famiglie che già ora ricevono assistenza per gli uomini, l'ulteriore riduzione dei costi potrebbe indurle a portare anche le donne. Nel complesso, però, non ci sono modi evidenti in cui questo programma dovrebbe ridurre sistematicamente il divario di genere. Potrebbe aumentare ed in realtà aumenta l'accesso alle cure per le donne, in modo che più donne ricevono cure grazie al programma, grazie alla riduzione dei costi di trasporto dovuta al fatto che un maggior numero di ospedali sono iscritti al programma, ma anche un maggior numero di uomini. In media, vediamo che gli uomini sono ancora quelli che ne beneficiano in modo sproporzionato. Ok, il programma è in realtà piuttosto costoso ed è meraviglioso quando si vede che i governi spendono soldi per i più poveri del loro Stato. Ma stimiamo che siano i maschi a beneficiare in modo sproporzionato di questa spesa. E tutti gli aumenti della portata del programma sembrano avvantaggiare in modo sproporzionato anche gli uomini.

**Tim Phillips [00:09:09]:**

È così interessante perché quando non ci si pensa attentamente, si pensa che, ovviamente, questo aiuterà a colmare il divario. Quando invece ci si pensa attentamente e si osservano i dati, si scopre che sta accadendo il contrario. Quindi, la cosa che deve essere risolta sono le norme di genere?

**Pascaline Dupas [00:09:27]:**

Sì, sicuramente. Ora, è più facile dirlo che farlo. Le norme sono molto, molto resistenti. L'India è nota per una serie di fatti fortemente legati al genere, tra cui la bassissima partecipazione femminile alla forza lavoro. E proprio stamattina abbiamo avuto una presentazione alla conferenza sugli alti tassi di violenza da partner nelle relazioni di intimità. Quindi non pretendo di avere una pallottola magica per cambiare le norme in tempi brevi. Nel paper, siamo in grado di esaminare un modo in cui le norme si sono leggermente mosse in India, ovvero i posti riservati alle donne in politica, che sono stati ampiamente studiati in letteratura. E si è visto che questo può smuovere un po' le cose, ma ci vuole tempo, bisogna avere più episodi di leader locali di sesso femminile. Quindi questi posti riservati riserve sono per il governo locale.

**Tim Phillips [00:10:12]:**

Per dare una spiegazione, nei governi locali, nei villaggi, alcuni posti nelle amministrazioni locali sono riservati alle donne.

**Pascaline Dupas [00:10:20]:**

Esattamente. Ci sono alcuni consigli comunali il cui capo deve essere una donna di tanto in tanto. E nel Rajasthan, almeno, il modo in cui viene fatto è che a ogni ciclo elettorale è casuale la presenza o meno di una donna. Possiamo quindi sfruttare questa variazione nell'esposizione alla leadership femminile, proprio come ha fatto la letteratura precedente, per verificare se questo cambia le cose. E vediamo un po' di movimento. Vediamo che nei Gram panchayats, dove ci sono stati più casi di leadership femminile, il divario di genere è leggermente più basso per alcune fasce d'età, ma non per tutte le fasce d'età, e non è enorme. Non è che questo aiuti a colmare completamente il divario, tutt'altro, ma solo a ridurre leggermente il divario di genere. È quindi un'indicazione del fatto che lavorando sugli atteggiamenti di genere si possono fare dei progressi, ma occorre fare molto di più. E poi ci sono ancora alcuni gruppi che non sembrano trarne beneficio, in particolare le donne anziane.

**Tim Phillips [00:11:14]:**

Questo è interessante. Sappiamo da dati precedenti che le donne anziane in India sono particolarmente colpite dal problema della discriminazione sanitaria. Questa politica fa qualcosa per aiutarle?

**Pascaline Dupas [00:11:28]:**

Quindi la polizza di assicurazione sanitaria di per sé aumenta l'accesso, ma la politica dei posti riservati non aiuta ulteriormente a ridurre il divario per quella fascia di età. Quindi quello che vediamo per le donne più giovani, non lo vediamo affatto per le donne più anziane ed è una domanda molto interessante sul perché. La nostra congettura, e si tratta davvero di una congettura, perché non lo sappiamo con certezza, è che i modi attraverso cui un organo di governo locale, quando a capo c'è una donna, è in grado di fare progressi su questi aspetti di genere nell'assistenza sanitaria è incoraggiando gli operatori sanitari locali a spingere le donne e le famiglie a farsi curare di più. Ma gli operatori sanitari locali sono molto concentrati sulle

donne in età fertile, e quindi questo è un modo per raggiungere potenzialmente le giovani donne e i loro figli. Ma le suocere non sono incluse in questo progetto, ed anche le madri sono loro che non ne traggono beneficio, per quanto possiamo vedere.

**[Voce fuori campo] [00:12:22]:**

Nel settembre del 2022, abbiamo trattato un altro esempio di come le politiche che sembrano essere cieche rispetto al genere non lo sono nella pratica. Abbiamo parlato con Abi Adams-Prassl di come la violenza sul posto di lavoro abbia conseguenze diverse sia per l'aggressore che per la vittima, se questa è di sesso femminile. Ascolta la puntata Violenza contro le donne sul posto di lavoro.

**Tim Phillips [00:12:44]:**

Ci troviamo quindi di fronte a un problema molto difficile. Sappiamo che la riduzione dei costi di per sé non colma il divario e può addirittura aumentarlo. Sappiamo che cambiare le norme e le istituzioni ha un certo impatto su questo aspetto, ma è molto difficile e richiede molto tempo. C'è qualcosa che possiamo fare per dire che questo intervento non deve essere neutro dal punto di vista del genere, ma deve concentrarsi sulle donne, in modo da colmare ulteriormente il divario? C'è un modo in cui la politica può agire a questo riguardo?

**Pascaline Dupas [00:13:16]:**

Sovvenzionare le cure, renderle gratuite è necessario, ma ci accorgiamo che non è sufficiente. Quindi si può andare oltre. In realtà, si può pagare. Si può avere un sistema di incentivi e pagare di più le famiglie. Ad esempio, se una donna si presenta in ospedale, viene pagata di più. C'è già qualcosa del genere. C'è un sussidio per chi partorisce in ospedale. Ma per Radhika e per me il risultato principale è che non bastano le sovvenzioni e gli incentivi finanziari, bisogna anche lavorare su altre norme. Quindi le politiche puramente neutrali dal punto di vista del genere arrivano solo fino a un certo punto. È necessario affrontare in modo specifico le barriere che le donne devono fronteggiare per fare davvero dei progressi. Non si può dire che le sovvenzioni non vadano bene. Vediamo sicuramente che le donne stanno meglio con questo sistema che senza. Ma il divario con gli uomini non diminuirà di molto se non ci concentriamo in modo specifico sulle esigenze delle donne.

**Tim Phillips [00:14:02]:**

È una lezione molto interessante su come le politiche ben intenzionate non sempre raggiungono gli obiettivi prefissati.

**Pascaline Dupas [00:14:08]:**

Proprio così.

**Tim Phillips [00:14:09]:**

Grazie, Pascaline.

**Pascaline Dupas [00:14:11]:**

Grazie mille.

**Tim Phillips [00:14:21]:**

Il paper si intitola: Donne lasciate indietro: Disparità di genere nell'utilizzo dell'assicurazione sanitaria pubblica in India. Le autrici sono Pascaline Dupas e Radhika Jain.

**[Voce fuori campo] [00:14:36]:**

Questo è un VoxTalk registrato in occasione del Paris School of Economics CEPR Policy Forum, 2023. Se vi piace quello che sentite, iscrivetevi, potete trovarci ovunque abbiate i vostri podcast. E potete ascoltare spezzoni di episodi passati e futuri seguendoci su Instagram al sito VoxTalks Economics.