

**D**urant el congrés mundial d'economia de la salut celebrat a Pequín, ha pres possessió de la presidència de l'Associació Internacional d'Economia de la Salut (International Health Economics Association). Quina és la funció d'aquesta organització mundial, que aplega 2.400 afiliats provinents de les millors universitats i centres de recerca en economia de la salut del món?

—Es tracta d'una associació d'uns 2.500 afiliats sense ànim de lucre, amb seu a Filadèlfia, que compta amb un president, un director general i un equip de treball instal·lat al Canadà. L'iHEA impulsa el coneixement en economia de la salut en dues vessants. D'una banda, la recerca acadèmica, i de l'altra, aconseguir la translació dels resultats de la investigació per a fonamentar les polítiques sanitàries dels països.

—**Sou el segon europeu que presideix aquesta organització. Us va sorprendre, que sortíssi escollit?**

—La veritat és que l'elecció em va sorprendre, però també és veritat que el meu perfil encaixa en la filosofia de l'organització. He impulsat la recerca [és fundador del Centre de Recerca en Economia de la Salut (CRES) de la UPF] i també m'he involucrat en els canvis en la política sanitària del meu país i d'altres d'Europa [és membre del grup d'experts per a la racionalització del finançament de la despesa sanitària, creat la Generalitat de Catalunya, acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i membre de diverses comissions d'experts de diferents governs]. A banda, vaig organitzar el congrés mundial del 2005 a Barcelona, i fou un èxit considerable.

—**Quines funcions té el president de l'iHEA?**

—El president aporta el criteri més polític de governança, mentre que l'*staff* i el director general s'encarreguen de la qüestió més operativa. Això vol dir que, més que passar moltes hores fent gestions, la meua funció serà aportar criteri.

L'iHEA mira d'orientar les administracions sobre les polítiques de finançament de la sanitat. Els patrons, però, són molt diferents a cada territori, i el nivell de desenvolupament dels sistemes sanitaris també. Hi ha molts països emergents que ara estan reformant el seu sistema de salut, com l'Índia i la Xina, i també



JORDI PLAY

## “Hem de millorar la despesa en sanitat si volem salut i benestar”

bona part de l'Àfrica. Ens enfrontem a l'anomenada paradoxa 90-10, el 90 % dels recursos per a salut es gasten només en territoris on hi ha uns guanys potencials de salut del 10%, bàsicament països desenvolupats. On hi ha el gruix de millora d'esperança de vida i benestar social és avui als països en via de desenvolupament.

—**Els països emergents tot just comencen a invertir en sanitat ara. Van en la direcció correcta?**

—La Xina posseeix el 40 % dels actius financers dels Estats Units. Són diners que la Xina ha aconseguit sobre la base del superàvit de la seva balança comercial. La veritat és que encara estan destinant una part petita d'aquest estalvi a millorar el seu capital humà en educació i salut, però si els països emergents amb superàvits comercials molt importants invertissin més diners en la salut, fent les coses bé, la millora social seria espectacular.

Guillem López Casanovas (Ciutadella, 1955) ha estat elegit president de l'Associació Internacional d'Economia de la Salut (iHEA). Catedràtic d'Economia de la UPF, és fundador del Centre de Recerca en Economia de la Salut (CRES) de la UPF. López Casanovas també és conseller del Banc d'Espanya.

—Des de l'iHEA es pot influir en els governs en aquest sentit?

—Sí, és un dels reptes. De fet, quan vaig assistir al Congrés Mundial a Pequín, vaig conèixer el ministre de Salut xinès i el vice-ministre per a les àrees rurals. Hi ha 1.300 milions de persones; per tant, fer una bona política sanitària o fer-la malament té unes conseqüències importants. Que amb la translació de la recerca en economia de la salut hom pugui influir en la presa de decisions polítiques aporta un gran valor social a l'organització. Sovint penso que, si sé impulsar aquesta tasca correctament, en el meu mandat hauré fet més bé a la humanitat que en 40 anys d'assessorar un govern de país desenvolupat.

—El cas dels països desenvolupats amb un sistema sanitari consolidat és ben diferent. En quina direcció cal treballar en aquest cas?

—Cal ser més selectius en el tipus de despesa que es fa, perquè la conjuntura de les finances públiques actuals porta

a la regressió fiscal per la banda dels ingressos, que fa que, en proporció, paguin més les rendes baixes i que les rendes de capital siguin millor tractades que les del treball. En aquest escenari, doncs, has de crear un sistema més redistributiu, menys uniformista, pel que fa a la prestació de serveis i a la despesa social.

—Aquest criteri de redistribució de la despesa sanitària es compleix a casa nostra?

—Ni aquí ni a molts països, perquè els sistemes de servei nacional de la salut estan molt ancorats en un sistema universal, és a dir, intentar el tot per a tots i de la millor qualitat.

—El tot per a tots i la millor qualitat no funciona?

—Com més universal és el sistema, menys efectiu s'és en la redistribució, perquè acabes donant un poc de tot per a tots, i el que està més necessitat relativament queda pitjor cobert. Hi ha factors, com l'estil de vida o l'estatus social i econòmic en general, que influeixen en l'estat de salut i en les necessitats sanitàries presents i futures, i que amb un sistema d'una mica de tot per a tots no es poden atendre o ho fan de manera insuficient. S'atenen els símptomes, però no es corregeixen les causes. Gastar més en sous de professionals i medicaments no té incidència en la millora del sistema sanitari si no es tenen clars els objectius i les finalitats assistencials.

—Quin és el model que ha de seguir el nostre sistema sanitari?

—Quan ja es té un sistema bàsic consolidat, les prestacions noves que es volen incloure han de ser efectives des del punt de vista de la incidència redistributiva i amb un cost d'efectivitat assumible.

—El dentista és un bon exemple de prestació suplementària. Com s'ha de gestionar?

—Acostumo a explicar que, si vols veure la desigualtat social, no miris si a l'hospital públic està prohibit o no pagar pel llit de l'acompanyant, sinó la boca d'un nen. Veuràs si la família li ha pogut dedicar un mínim d'atenció. Hi ha qui pensa que, pel fet que en el sistema públic ningú no pot tenir determinades facilitats hoteleres, ni que el vulgui pagar, ja garanteixes l'equitat en la prestació del servei. Però la falta d'equitat es veu en la prestació d'alguns serveis bàsics a la qual molts col·lectius no poden accedir perquè

no estan finançats. Utilitzar els ingressos d'aquells serveis complementaris per a finançar prestacions no cobertes avui pot millorar l'equitat del sistema.

—Però els serveis s'han de regular d'alguna manera, o han de ser universals?

—Al meu entendre, els serveis que s'incloguin en el catàleg de prestació pública s'haurien d'assignar en funció de criteris de necessitat relativa. S'haurien de prioritzar amb criteris de cost-efectivitat, i per tot allò que és efectiu però de cost inassumible per a les finances públiques, caldria obrir incentius a la despesa dels usuaris que per objectius i regulació s'hauria de considerar que són una forma de despesa social. I per aquelles coses d'efectivitat dubtosa o utilitarisme de conveniència hauria d'operar la lliure disposició a pagar. En assegurement complementari, primes comunitàries, preus regulats i co-pagaments, el nostre país té encara camí a recórrer.

—El debat sobre el co-pagament a la sanitat catalana encara no s'ha tancat.

—És clar que es necessita un finançament addicional. La despesa sanitària total creix amb el desenvolupament econòmic i social. El que no pot créixer a igual ritme és el finançament públic d'aquesta despesa. La pressió fiscal al nostre país és mitjana en termes relatius o estàtics, però la seva dinàmica és de fort creixement, cosa que afecta la competitivitat dels nostres sectors productius. En aquest sentit, les aportacions dels usuaris poden complementar el finançament. Un co-pagament pot servir per a incrementar els ingressos o per a frenar la demanda. Si és pretén això segon, els clínics han d'identificar aquells àmbits on es pot racionalitzar més l'ús que es fa dels serveis, per a la llarga reduir la despesa. D'altra banda, si vols incrementar el finançament, l'estratègia és afectar la demanda inelàstica: carregues un euro en cada recepta o cinc euros pel servei d'urgència. Als països nòrdics es paga quinze euros per urgències. En aquest segon cas, l'objectiu de combinar ingressos de contribuents –impostos– amb aportacions de usuaris –copagament– requereix que es faci explícit políticament. No és decisió d'economistes; nosaltres estem en la part operativa i de diagnòstic.

Gemma Aguilera