REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

EL VALOR DE LA SALUT I L'EXIGÈNCIA SOCIAL D'UNA MAJOR EFECTIVITAT DELS RECURSOS ECONÒMICS PER ASSOLIR-LA

Discurs de recepció de l'Acadèmic electe

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona, 2002.

EL VALOR DE LA SALUT I L'EXIGÈNCIA SOCIAL D'UNA MAJOR EFECTIVITAT DELS RECURSOS ECONÒMICS PER ASSOLIR-LA

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

EL VALOR DE LA SALUT I L'EXIGÈNCIA SOCIAL D'UNA MAJOR EFECTIVITAT DELS RECURSOS ECONÒMICS PER ASSOLIR-LA

Discurs de recepció de l'Acadèmic electe

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona, 9 de Juny del 2002.

A tots els qui m'han ajudat,
que són molts, i en particular
a la meva família

Discurs de recepció de l'acadèmic electe

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS,

economista de la salut,

a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Excel·lentíssim. Sr. President,

Digníssimes autoritats

Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics

Benvolguts col·legues i amics

Senyores i Senyors:

És per a mi un honor tenir la possibilitat de dirigir-me a vostès en un acte com aquest, del qual esper obtenir l'acceptació de la meua persona com a membre de tant il·lustre institució.

En aquesta avinentesa, la meua satisfacció és molt gran i em plau compartir-la amb les persones que avui m'acompanyen: unes –família i amics- arribades de Menorca, i d'altres, que són companyes i companys meus, col·legues de la Universitat i alumnes del Mestratge en Economia de la Salut i Gestió Sanitària – el qual vaig tenir l'oportunitat de crear ja fa quinze anys -, i autoritats que realcen amb la seua presència la solemnitat de l'acte.

Però sobretot la meva satisfacció procedeix, en primer lloc, del que suposa que un economista, especialitzat en un bé tant preuat com la salut i en l'anàlisi de la despesa social, trobi lloc i acollida amb tots vostès en aquesta Reial Acadèmia, amb vostès, que són els grans noms de la medicina, segons el que he après, entre d'altres, dels meus alumnes met-

ges. I crec que bé es val que remarqui, d'antuvi, el meu reconeixement pel món que vostès representen: res del que pot ser la contribució d'un economista de la salut no és possible sense la vàlua dels professionals de la sanitat, que fan possible la salut. La seua contribució és, doncs, decisiva, per ajudar a crear el valor afegit que la salut dóna al benestar social d'una manera innegable.

De la sinceritat d'aquest reconeixement em pot guardar de mentir el testimoniatge de la meua dona i dels meus fills, aquí presents. Ells saben quantes vegades els he reiterat la meva admiració pel molt que el coneixement i la pràctica dels professionals de la medicina aporta a la millor qualitat de vida de la gent. Aquest és, d'altra banda, l'aspecte que més s'escapa a la tasca d'un economista, i per açò potser enyor tant: encara que no tenim nosaltres, els professors universitaris -o potser no els constatam prou- els dolorosos fracassos que a vegades a vostès els toca viure (la lluita contra el patiment és mala aliada), tampoc no en veim sovint els èxits i beneficis més immediats, que, en canvi, vostès sí que poden copsar, fruit del seu treball, en alegria compartida amb malalts, família i amics.

En segon lloc, la satisfacció d'aquest acte prové del que significa per a mi recuperar la presència de l'Economia en aquesta Acadèmia, una presència que s'havia perdut en el seu dia amb la mort d'en Ramon Trias Fargas. El Dr. Trias, també economista interessat en temes sanitaris, com

ho va provar la seua influència acadèmica des del Servei d'Estudis del Banc Urquijo, fou professor de la Universitat de Barcelona en la qual vaig estudiar, i catedràtic del departament a què em vaig incorporar tot just llicenciar-me, a la Facultat d'Econòmiques, juntament amb altres professors amics que m'acompanyen avui. Amb ell i el Dr. Pedrós vaig compartir com a 'pnn' l'àrea docent que ell tant estimava: l'estudi de l'economia pública. Avui, quan cada matí vaig a la Facultat de què som degà (la d'Econòmiques de la Universitat Pompeu Fabra), pas pel carrer que porta el seu nom i que, ja fa uns anys, com a Rector en funcions, juntament amb l'alcalde Clos, vaig tenir l'avinentesa d'inaugurar. Vagi, doncs, el meu record de reconeixement cap el Dr. Trias.

No menys important, finalment, voldria remarcar la identificació del seient de l'acadèmic que substituesc. Aquest és ni més ni manco, el del Dr. Josep Sèculi i Brillas, insigne veterinari, amb qui compartesc, vista la seva trajectòria, el que fou el seu interès a passar de la recerca a l'acció; en el seu cas passar de la veterinària a la indústria farmacèutica i pecuària, i en el meu propi, avançar de l'anàlisi econòmica de la salut a la presa de decisions en la política sanitària.

Valguin aquestes notes preliminars per tal que entenguin tots vostès l'emoció que per a mi l'acte d'avui m'imposa.

EL VALOR DE LA SALUT I L'EXIGÈNCIA SOCIAL D'UNA MAJOR EFECTIVITAT DELS RECURSOS ECONÒMICS PER ASSOLIR-LA.

Introducció: Les assímptotes a l'eix de la salut

Voldria tractar amb tots vostès avui capvespre, la qüestió del valor de la salut i l'exigència social d'una major efectivitat en la utilització dels recursos econòmics per assolir-la. Aquesta és una tasca ingent, vista la importància de la salut en el benestar individual, la quantia de recursos de tot tipus, humans i materials, que la societat hi dedica, i les pressions que diferents factors exerceixen en el seu creixement.

Per aquesta tasca, i contràriament al que hom acostuma de creure -de vegades prou interessadament-, economistes i professionals de la salut anam embarcats en la mateixa nau. M'agrada pensar que vostès, metges, i nosaltres, economistes de la salut, som a la mateixa vorera, al mateix bàndol. I és que, també al contrari del que alguns suposen, ni els economistes poden mirar només el cost de les prestacions sanitàries (i els recursos financers per sufragar-les), ni els professionals de la sanitat poden confinar el seu interès en els beneficis diagnòstics i terapèutics de la seva activitat.

Una de les primeres lliçons que explicam els economistes és que no es poden fer les coses bé -sense malbaratament, assignant els recursos amb sentit comú, de manera racional-, si no es posen en harmonia els objectius de l'activitat (*l'output de la isoquanta*, en deim) i els costos (la restricció pressupostària de què es disposa, per ser més concrets). L'equilibri entre

ambdós pols es troba o bé quan l'objectiu s'assoleix amb el menor cost (amb el sacrifici menor de tot tipus de recursos), o bé quan a partir d'uns recursos predeterminats (els socialment factibles), i donat que "hem de fer" (l'increment d'activitat és necessària), assolim el màxim resultat possible. Per tant, sense vincular recursos i resultats (costs i outputs, *isoquantes* i *isocosts*) no hi pot haver eficiència.

Val la pena per això remarcar que entenem per eficiència el compliment d'un objectiu ben definit; objectiu que sovint, en el cas d'una política pública, incorpora continguts d'equitat, de manera que no tot val per tal de minimitzar pretesament el cost sanitari: cal preservar en l'esforç de la racionalització l'objectiu socialment establert. Que no llancem el nen amb el canvi de l'aigua!.

A vegades, el que acaba fent l'exercici econòmic és més tost modest, tot i que no menyspreable: mostrar "el cost addicional d'assolir un determinat nivell d'equitat", per tal que sigui la pròpia societat que valori l'adequació entre els fins i els mitjans que els seus representants polítics estan establint en cada moment. Aquí, a Catalunya, aquest tema és conegut, vist l'innegable sobrecost que té per a la sanitat catalana el fet d'haver-se dotat d'un model territorial determinat en què prima l'equitat geogràfica d'accés. Com pot entendre tothom, res no és gratis, ni tan sols els bons propòsits. Per açò sovint podrem dir que aquests, quan "costen", són així més bons!.

Per tot això, igual que nosaltres els economistes de la salut, vostès també necessiten mirar-se en ambdós miralls quan fan el seu jurament hipocràtic: en el dels resultats de salut i en el dels costos. Els costos, entesos en sentit ample, representen el sacrifici que la societat fa per obtenir aquells resultats. Per tal d'aconseguir-los, dedicarem diners dels contribuents, temps dels usuaris, fins i tot potser la seva angoixa i sofriment com a pacients en el moment d'utilitzar els serveis sanitaris. Molts d'aquests recursos, diguem-ho clar, els "gestionen" els professionals en la seva pràctica, amb la priorització més o menys explícita amb què l'exerceixin en les seues decisions clíniques quotidianes. Una determinada interpretació del jurament hipocràtic a favor del malalt no els pot dur a engany. Els professionals sanitaris tampoc no poden fer "allò que faci falta" per al seu pacient sense atendre a consideracions de cost. Vostès necessiten, com tothom que administra recursos escassos, tenir un ull als costos d'oportunitat del que fan, a les alternatives perdudes per mor de no dedicar el seu temps i esforç allà on més se'ls necessita. No fer cas a aquest principi de sentit comú (tots ho feïm en les nostres coses) seria un comportament més fanàtic que ètic per molt que semblàs el contrari!.

Així, no seria ni racional ni ètic actuar a favor d'algú sense considerar allò que aporten en el marge els beneficis diagnòstics i terapèutics de la pràctica mèdica - el seu guany en "anys de vida" i en "vida als anys"-,

respecte dels costos, els que la societat suporta (recursos que, altrament, mancaran a d'altri que més ho pot necessitar). Caldrà, doncs, valorar una determinada pràctica en termes d'alternatives: no solament per a aquells pacients que estan en espera - amb costos que acabarán previsiblement suportant de manera majoritària els mateixos individus -, sinó potser per a aquells que no es beneficiaran d'un programa d'educació sanitària per al qual el sistema no troba mai diners, o per a noves prestacions irrealitzables per manca d'inversió, ja que tot es destina a despesa corrent.

Ens toca, per tant, als economistes, acompanyar les decisions clíniques maldant que la racionalitat en el marge i l'objectiu de millora de la salut poblacional no restin enfosquits per la immediatesa, la inèrcia professional, la pressió corporativa o la pròpia sectorialització organitzativa assistencial. Tanta és la importància del que vostès fan, que ens necessitam mútuament!

Deixin-me que ho digui d'aquesta manera: Els nostres coneixements, malgrat que flueixen d'eixos diferents, son assímptotes a la coordinada de la salut. De manera que, contràriament als tòpics absurds (segons els quals l'economista miraria sempre 'la pela' i el metge la salut), la meua i la seua feina s'assemblen molt. Ambdues cerquen treure la màxima partida possible dels recursos que la societat posa a l'abast del dispositiu assistencial;

vostès treballen per alleugerir el dolor i nosaltres per alleugerir o minvar l'escassetat. I el benefici del que feim només serà màxim si sabem aplicar els recursos amb rigor, sense malbaratament.

Aquesta és l'exigència social d'aplicar amb efectivitat els recursos disponibles a la millora de la salut de la població. No s'hi valen excuses en la mesura que s'hi veuen compromesos recursos públics. Si s'escau, haurem de posar per a això "plom a les ales", ja que no es pot volar amb la ingenuitat del qui pensa que el que fa res no costa.

Sens dubte, resultaria més fàcil ignorar l'escassesa a favor de "gastar més" i complaure les parts presents. Com si el fet de saber en què es gasten i d'on procedeixen els recursos no importàs gens!.. Si aquest era el propòsit, els he de dir que s'han equivocat d'acadèmic. El meu discurs no és de complaença. La restricció pressupostària sobre la despesa sanitària és resultat d'una legítima decisió social, no el resultat d'una avaluació tècnica. Però la decisió social ha de ser informada sense trampes. Quan es comparen xifres de despesa sanitària amb mitjanes de despesa de la Unió Europea o dels països occidentals de la OCDE hom no pot prescindir del model de referència: no té lògica utilitzar dades de la OCDE per part de qui "abomini" del sistema privat americà (gasta molt i no satisfà objectius socials) o de la UE (amb xifres influenciades per les despeses dels sistemes d'assegurament social tipus França o Alemanya, que són més cars,

tot i que la gent expressa una major satisfacció que en el cas dels serveis sanitaris regulats públicament). A vegades, fins i tot, es confon el diferencial de despesa amb la justificació d'un major finançament públic (com si la composició de les seues fonts públic/ privat no fos rellevant). Sovint s'ignora que la comparació s'ha d'ajustar mitjançant factors estructurals (renda, demografia, accés) i que la *ratio* mitjana no fa justícia a la realitat, o s'oblida que el que cal és comparar el que gastava el país en que es comparem quan tenia efectivament la renda que avui tenim nosaltres, etc. O es fa proselitisme amb la despesa farmacèutica, tergiversant el referent, el consum de la població, pel percentatge que representa dins de la despesa pública (els baixos co- pagaments l'expliquen) o sobre la renda nacional. O és que no ens creiem que Espanya està a la UE, que els preus dels medicaments convergeixen i que el comerç paral·lel és un problema tant per a la indústria farmacèutica innovadora com per al subministrament local dels medicaments? Podria continuar.

També, si se'm permet, els he de dir que no som dels qui considerin que la millora de la gestió sigui "la" solució. La millora de la gestió no és una opció, sinó una exigència de qualsevol utilització dels recursos públics, d'higiene en tot temps i lloc. Si el motor perd gasolina, el remei no potser per sempre omplir el dipòsit més sovint. La millora de la gestió no és una 'alternativa' conjuntural: és una obligació permanent. La bona

medicina és la "cost-efectiva". La qualitat assistencial no requereix "despilfarrament" o malversació. I etc. Em sembla, senyores i senyors, que aquest és el perfil de l'acadèmic que avui els parla.. Són argumentacions que he escrit sovint i que, per tant, no els han pogut moure a engany, de manera que em satisfà pensar que amb els discurs d'acceptació de l'entrada a l'Acadèmia, estic fent aflorar valors compartits amb tots vostès.

Com a resultat de tot el que hem esmentat, l'exigència de la tasca comuna que abans comentava és ingent. Prioritzar és incòmode, sobretot quan explícitament el polític no ho fa (quasi mai ho fa); pensar no només en termes del malalt que hom té davant és complex (particularment en un sistema sanitari públic en el qual tothom pensa que té dret a tot i de la millor qualitat), dur els nostres coneixements al dia sense acomodar-nos en la inèrcia, ni deixar-nos embolicar per la novetat, és costós. Així mateix, mantenir una visió holística dels problemes de salut poblacional, sense que açò ens dugui a la inanició individual, és gairebé una missió altruista. Però aquestes són les nostres responsabilitats mútues. I són aspectes –val a dir-ho- que no es "solucionen" de cop i volta amb més diners.

Per a tots nosaltres, els recursos que es dediquen a la sanitat responen a una decisió social, especialment en sistemes que volem públics com el nostre, que tenen base política. Aquesta decisió, nosaltres com a pro-

fessionals i/o experts la podem informar, referenciar; per exemple, a com la resolen a d'altres països, potser en aquells que tenen sistemes com el nostre, que mostren nivells de renda i desenvolupament similars, estructures geo-demogràfiques i necessitats sociosanitàries parescudes, etc., tal com hem comentat abans. Però, al cap i a la fi, en democràcia la decisió és política. I la nostra capacitat definitòria és similar a la de molts altres ciutadans i s'expressa en el vot per fer possibles les opcions que millor representin les nostres preferències com a membres de la comunitat.

Per tant, partim, metges i economistes, d'una restricció donada. Aquesta s'ha d'entendre sota una percepció de cost dels recursos en sentit ample, de cost d'oportunitat en direm -resultat de valorar el que feim en termes de les alternatives possibles que deixam de fer-, i de cost social. Per a aquest propòsit no tant sols el cost financer, pressupostat, compta: també cal valorar els costs indirectes, els intangibles, les externalitats socials, els que procedeixen o s'imposen sobre d'altres sectors. Donada la tasca que la societat ens atribueix, metges i economistes de la salut necessitam cercar les complementarietats, compartir el mateix tren al servei del benestar social.

Suggeresc, per tant, que m'acompanyin avui decapvespre en dues excursions discursives per tal d'entreveure i refermar l'horitzó que ens és

comú. La primera és la del valor de la salut: - Els recursos que utilitza la sanitat queden justificats pel benestar que la societat en deriva? Una pregunta problemàtica certament, però que vista la seua transcendència, en un context en què la sanitat apareix reiteradament com un problema de costos, bé valdrà que ens hi esforcem en recórrer els seus diferents paranys. La segona és una qüestió més oberta: Requereix la sostenibilitat del sistema una major exigència social per a millorar el cost-efectivitat de la manera en què aplicam els recursos?. Podrem continuar fent demà el que vam aprendre ahir? Resulta adient l'estructura del nostre sistema sanitari (la manera en què s'organitza, amb què es finança i es gestiona) per poder afrontar el futur que se'ns apropa?. De bell nou una pregunta delicada, sense una resposta única, però a la qual contesten bé els pescadors menorquins: '*mai fa bon vent per a qui no sap a on va*'...

LA CONTRIBUCIÓ DE L'ECONOMIA DE LA SALUT EN EL REDREÇAMENT NECESSARI DEL FOCUS D'ANÀLISI: EL VALOR DE LA SALUT.

Vull dedicar les pàgines següents a examinar el paper de l'assistència sanitària en la millora de la salut de les poblacions. Es tracta així que puguem comparar el valor de la millor salut assolida –en la part que pugui correspondre a l'assistència mèdica- amb els costos que els serveis sanitaris generen. Aquesta òptica ens permet contemplar el sector sanitari no tant sols, doncs, per la despesa que genera, sinó en relació a quin benestar crea. No em referesc a quina riquesa crea. Aquest és un altre tema, examinat a diferents llocs, que no analitzaré ara, en raó a la constatació empírica que la sanitat arrossega part de l'activitat econòmica, com a font inductora de renda que és de molts altres sectors –no debades els nostres *National Health Services* solen ser els més -o, si més no, uns dels més-grans empleadors de treball i capital a l'economia!

Voldria millor comentar la metodologia per a poder arribar a contemplar el sector sanitari en relació al mateix valor del 'capital humà' que genera, del 'patrimoni' salut que permet al si d'una societat desenvolupada, del benestar, del valor, monetari si s'escau, al qual contribueix, al llarg de la vida d'una persona durant tot el seu cicle vital.

Per açò, cal seguir un determinat *iter* metodològic per aplicar-lo a

la realitat analitzada : Voldrem així valorar els efectes de la despesa sanitària sobre (i) l'esperança de vida a cada edat, (ii) la prevalença de les condicions adverses per a aquells que 'sobreviuen' dintre de cada cohort i (iii) la qualitat de vida, condicionada a patir una determinada condició adversa, de la que la població disfruta[1].

Si fem aquest exercici a dos moments diferents en el temps, podem en conseqüència valorar si, en el període analitzat, el guany enregistrat supera amb escreix o no l'augment de costos associats a l'assistència sanitària, comptabilitzats en els seus diferents aspectes abans comentats.

Un exemple concret del que abans esmentava podria ser el següent: Imaginem la relació positiva, però a taxes decreixents, de la despesa sanitària amb els indicadors de salut. Els economistes, d'això, en deim la productivitat marginal decreixent de les despeses sanitàries. Així, en el tractament quirúrgic de *bypass* coronari, els beneficis augmenten quan més malalts són tractats, però estenent més i més els col·lectius a què es destina la intervenció, l' increment en els beneficis és de cada vegada més petit[2]. En aquest punt, limitar la intervenció quirúrgica, en el marge, pot tenir algunes conseqüències adverses per a la salut (atès que, malgrat que se'n beneficiassin més tost poc, els tractats, d'alguna manera sí que se'n beneficiaven). Tanmateix, però, fer això pot estalviar recursos de manera substancial (molt superiors als beneficis perduts) que es poden dedicar a

altres finalitats, ja sigui noves alternatives terapèutiques o nous col·lectius destinataris dels tractaments.

Anem a veure, a continuació, com canvia aquest quadre en el temps: Suposem ara que el sistema enregistra en una etapa determinada un augment de resultats, posem per cas, derivat de la millora en la intervenció quirúrgica esmentada. Per a malalts 'similars' als d'abans, el resultats de la intervenció s'incrementen, de manera que els metges poden decidir estendre la cirurgia (millorada) a més pacients. Com a conseqüència, més pacients seran tractats en total i registrarem de nou majors beneficis conjunts, però encara per al malalt 'marginal' (el darrer tractat per al qual el benefici, tot i ser positiu, ha estat escàs), els beneficis de salut continuaran essent baixos en relació als costos. Si açò passés, el canvi a la tecnologia mèdica hauria resultat valuós en total, però encara estaríem subministrant recursos mèdics en excés. Per tant, si limitàssim aquest tipus de pràctiques, perdríem menys beneficis que no recursos alliberaríem cap a altres àrees de tractament mèdic. Aquest és, possiblement, el repte permanent de la sanitat pública: pensar i actuar sempre, com hem vist, en termes de cost d'oportunitat, del que es podria fer i no es fa (perquè es fan altres coses menys adients), a igualtat de recursos, per a la millora de la salut de la comunitat. Clar que açò requereix una estratègia permanent de revisió i dubte raonable, almenys per aquelles coses que, en el marge, generen més

incertesa sobre els seus valors de cost-efectivitat: un esforç anti-rutina que, per poc agraït que sigui, no deixa de ser, tanmateix, necessari.

En conseqüència, la pregunta més rellevant per tal de definir una política sanitària pública coherent cara a la futura sostenibilitat dels sistemes sanitaris és: com podem dissenyar un sistema d'assistència que manté millores valuoses –en termes de salut -, com a resultat de la tecnologia mèdica disponible, i que alhora treballa per reduir l'assistència d'un menor valor. I açò sempre mantenint una visió ampla de les estratègies de salut (també intersectorials), de manera constant i independent dels problemes conjunturals de cost financer, els quals acostumen a afectar sovint perversament els costos de demà, atesos els pressuposts d'avui. Per tant, abans d'afirmar que la resposta als problemes d'organització, finançament i gestió dels recursos sanitaris és la correcta, ens haurem d'assegurar que ho és la pròpia pregunta formulada en primer lloc!

Les valoracions

La valoració que proposam parteix així de les següents premisses[3]. Hom pot considerar la despesa mèdica en un moment donat a partir de les dades sobre un determinat patró, tot i que específic per a grups d'edat i d'acord amb la tecnologia dominant. Sense canvi en pautes de consum sanitari, ni canvis en la incidència de les malalties, ni en el cost dels

serveis, la gent que visqui x anys addicionals en el futur, des del moment present, podem esperar que generarà unes necessitats de finançament z. Aquesta despesa futura és el producte de la despesa calculada sobre aquelles pautes, condicionada a la supervivència de la població, i donada la proporció d'aquesta que s'espera que sobrevisqui. Si aquesta despesa futura la comptam a valor present (és a dir, la descomptam), trobarem el valor actual del consum mèdic futur. Fet aquest càlcul en dos moments distints del temps, identificarem per aquesta via la variació en la despesa sanitària per a la resta de vida d'un individu d'ara i de fa x anys d'unes característiques similars. Notem en aquest càlcul la influència que representa la variació en l'esperança de vida, la prevalença de les condicions adverses per a aquells que sobreviuen i la qualitat de vida (i així les necessitats de tractament mèdic reparador) de què frueixen; variació sempre condicional a sofrir la condició mòrbida adversa en primer lloc.

En aquest context, la pregunta del *valor* que afegeix el sector podria il·lustrar-se de la manera següent: Si tenim avui un nét, quant estaríem preparats a valorar (a pagar) socialment (en conjunt) el fet de poder fruir de la tecnologia que aquest fillet disposarà, més enllà de la que vam fruir nosaltres en néixer, posem que ara en faci ja cinquanta anys? Les percepcions i valoracions són aquí remarcables. A casa nostra, el canvi produït a la frontera de possibilitats d'accedir a més i millor vida ha estat

espectacular. Així, el canvi en l'esperança de vida ha estat incessant en el decurs del temps: a Catalunya, la mortalitat infantil (morts per mil nascuts vius) era a principis de segle XX de 150'8, 46'5 a meitats de segle i de tant sols 4'1 a les acaballes de segle. Sigui dit de passada, xifres sempre per davall de la mitjana espanyola. De manera similar, l'esperança de vida dels catalans en néixer era de 35 anys l'any 1900. Avui es situa als voltants dels 80 anys. D'aquests anys, l'esperança de vida sense incapacitat representa el 84% del temps d'expectativa de viure.

Pel que fa a les capacitats mèdiques reparadores les xifres més recents són igualment impressionants, tot i l'existència d'algunes ombres: la taxa de mortalitat per 100 mil habitants a causa de malalties cardiovasculars, ajustada per edats, a Catalunya s'ha reduït des de 280'6 a 1980 fins a 193'9 a l'any 1995 i és de bell nou inferior a la mitjana espanyola (206'3); igualment, la prevalença de malalts amb infecció quirúrgica s'ha reduït a Catalunya des de 7'0% a 1990 fins al 3'9% a 1997, mentre que a Espanya la proporció és del 4'5% en aquest darrer any.

En qualsevol cas, és de sentit comú pensar que el valor que intentam calcular no pot considerar-se únicament per la major supervivència de què la societat avui disposa, sinó per la qualitat també amb què aquesta supervivència es viu. La qualitat es relaciona amb la reducció de l'angoixa que una espera, posem per cas, provoca; del temps que va entre l'aparició

d'un símptoma i l'accés al dispositiu assistencial, entre aquest i la sol·lució del problema. La qualitat es relaciona amb la preocupació per la disminució del sofriment, amb un tractament personal amb més caliu, amb la reducció del dany (també incomoditat) derivat d'una teràpia concreta gràcies a una determinada millora, amb el dolor disminuït per una cura pal·liativa sensible, amb la possibilitat de retornar a exercir les activitats normals de la vida amb prestesa, millorant un problema de mobilitat incapacitant, de dependència funcional, etc., tot i l'existència d'un context social, familiar i laboral determinat. Aquesta valoració, en tot o en part, es pot escalar en un índex sintètic. No entrarem ara en el detall, però el numerari 'anys de vida ajustats per qualitat' o *QALY*s en terminologia anglosaxona, o els indicadors de càrrega (personal i social) de la malaltia, poden servir d'il·lustració[4].

En concret, l'aproximació postulada als resultats de salut, pretén d'aquesta manera valorar com a capital o 'patrimoni' dels assoliments en salut, el valor present del valor del nombre esperat d'anys de vida ajustats per qualitat que fruïrà una persona al llarg de la seva vida avui, i dels que no disposaria amb les condicions sanitàries i de tota mena d'ahir. Si açò ho feim en dos moments diferents del temps, podrem comparar els guanys en salut i benestar del que es beneficia la societat en relació amb l'increment de despesa (recursos en sentit ample). En un símil limitat, es tractaria

d'una macro anàlisi cost-benefici, amb el detall dels tractaments concrets utilitzats com a referència[5]. Vull fer notar que en ambdós extrems (recursos i resultats) utilitzam el patró corrent en el moment present: per exemple, en la manera què valoram la qualitat de vida esperada a cada edat. Així, assumim que els infants d'avui, quan tenguin seixanta anys, tindran la mateixa vida, ajustada per qualitat, que la que tenen avui les persones de seixanta. I això, de manera similar a com en els càlculs anteriors assumíem que la despesa mèdica dels nens d'avui, quan tindran seixanta anys, serà equivalent a la que avui tenen els de seixanta. No es tracta, doncs, d'una predicció 'real' en cap dels casos (cosa altrament impossible de fer), sinó que són xifres que resumeixen i repliquen l'estat de salut i de despesa sanitària per a la població actual.

Finalment, les quantitats obtingudes amb els numeraris anteriors es poden valorar (monetàriament) respecte del que pot representar un any en perfecte estat de salut. Per a aquest propòsit, i sobre aquell valor, haurem de re-escalar els anys de vida ajustats per qualitat, tal com ho hem calculat (vegi's la llarga nota a peu de pàgina núm. 5 sobre aquesta qüestió). Altra vegada, el referent dels llindars per a ambdós moments del temps considerats poden ser suficients: fixem uns valors -per exemple, els que es deriven de les indemnitzacions judicials, del valor del *output* perdut o de les valoracions contingents[6]-, i treballem sobre els resultats derivats, si

s'escau, de les anàlisis de sensibilitat oportunes, de cara a garantir la validesa de les conclusions.

Sota l'estratègia anterior, alguns autors com Cutler, McClellan, Newhouse, Remler, Cockburn, Shapiro, Heidenrich, Cokburn, Berndt, Busch, Frank i altres[7], han iniciat ja la tasca a dalt assenyalada, de quantificar costos i beneficis de diferents tractaments. Es centren aquests bàsicament en aquells tractaments que mostren una notòria variació en el temps, ja en costos, ja en resultats, de manera que s'esdevé fonamental avaluar els beneficis nets d'aquests avenços. Així, en matèria de malalties cardiovasculars i del càncer, de la cirurgia de la cataracta, del tractament de l'artritis i de la fase aguda de la depressió greu, per assenyalar-ne unes quantes.

És clar que si aquí s'acabassin els nostres càlculs, ens equivocaríem. És ben sabut que, a més de la tecnologia mèdica, afecten la salut i la despesa sanitària els canvis en l'estil de vida, els hàbits alimentaris, la pràctica d'exercici físic, canvis ambientals i de conducta social i, per suposat, la irrupció de noves patologies, com la SIDA. Incorporar aquests factors a l'anàlisi és essencial per a identificar els beneficis nets de la tecnologia sanitària al llarg del temps. Cal valorar així el percentatge de la contribució concreta d'aquesta última. Com que la neutralització dels efectes anteriors resulta molt difícil, pot fer-se un camí indirecte: calcular

quin llindar mínim ha de representar aquest avenç tecnològic (altre que les condicions alienes que l'acompanyen) per tal de justificar la variació de la despesa en relació a la variació en els beneficis (estats de salut).

En els treballs esmentats, no resulta difícil derivar valors petits per aquella ratio, sobretot per intervals llargs en el temps, de manera que es justifiqui sobradament en valor el del que es 'compra' amb la despesa sanitària. Per exemple, aquests càlculs realitzats recentment per als EE.UU. demostren (D. Cutler i E. Richardson, op.cit.) que només que en els últims quaranta anys un 30% de la millora en el 'capital' salut de la població s'hagués degut a l'assistència sanitària, la despesa mèdica registrada als EE.UU.–el país que més gasta en sanitat del món- estaria més que justificada atesos els guanys assolits. Si aquest és el cas també a casa nostra (fet probable quan dedicam a la sanitat la meitat, en termes de PIB, del que ells gasten, i amb indicadors agregats de salut prou satisfactoris), l'excessiu focus que normalment enregistra l'anàlisi del sistema sanitari en les qüestions de despesa ens pot fer perdre la perspectiva de l'eficiència social. Per a aquest propòsit la pregunta rellevant no pot ser la tradicional: "què ha de fer l'Estat si vol limitar els costos sanitaris per tal que el sistema sigui 'sostenible' en el futur, amb el percentatge de renda que hi dedicam avui?". Altrament, es tractaria millor de 'com podem assolir els màxims resultats de la despesa sanitària que sí que afegeix valor, evitant la despesa que no

n'aporta?'. Això equival a reconèixer que el conjunt del sistema sanitari pot assolir un major valor eliminant els àmbits en què aquest és més deficient: ja sigui per utilització inadequada, infra o sobre utilització de tecnologies en sentit ample, que no guarden nivells de cost-efectivitat provats (i sovint ni tant sols l'efectivitat).

Voldria fer, abans d'acabar aquesta secció, un darrer comentari entorn de com els metges perceben la importància relativa del valor de les innovacions mèdiques abans esmentades.

El tema no és de poc gruix, ja que no tenim cap garantia que hi hagi 'ex ante' una adequació clara entre els tractaments que els ciutadans valoren i les percepcions que els professionals tenen de les innovacions que a aquest tractament s'hi associen. Un estudi recent[8] realitzat per un dels pares, emèrit ja, de l'Economia de la Salut, i professor meu a la Universitat de Stanford, Victor R. Fuchs, conjuntament amb el catedràtic de Medicina de gran prestigi de la Universitat de Darmouth i avui editor d'*Annals of Internal Medicine*, Harold C. Sox Jr., analitza aquelles percepcions. Els autors prenen en consideració una mostra seleccionada, no representativa, de la població general, extreta dels governadors dels seixanta-cinc Capítols del *American College of Physicians- American Society of Internal Medicine*, i una submostra de la compilació de la *Castle Connoly Medical Ltd.* dintre de la categoria dels millors metges de medicina primària-me-

dicina interna general, on els autors, com jo mateix, consideren que rau el millor del coneixement mèdic. D'entre les 30 innovacions més importants –a la vista de les citacions que, d'ella, se n'han efectuades a les millors revistes de medicina-, es demana als 387 entrevistats que considerin la importància (per com en serien, de negatius, els seus efectes en els malalts) de cada innovació seleccionada, en el cas que aquestes avui no fossin disponibles.

El focus és, en conseqüència, no tant sobre l'eficàcia o efectivitat de la innovació en abstracte, com en la percepció del benefici derivat en els malalts. No cal dir que s'observen algunes variants a les respostes, que depenen de l'edat (sembla que el valor dels tractaments de la depressió és considerat més pels metges joves que no pels vells, qui possiblement han diagnosticat menys aquestes patologies en el passat) i del tipus de malalts majorment visitats (les innovacions relatives a la SIDA les valoren més els metges que veuen pacients pobres de MEDICAID). Però es troben resultats, en general, bastants sòlids. Dominen entre els internistes les valoracions força elevades pel que fa a les innovacions diagnòstiques i en procediments quirúrgics. En general, els tractaments cardiovasculars 'guanyen'. D'aquí podríem interpretar que els avenços en enginyeria, física (la nanotecnologia avui) i camps relacionats amb aquestes disciplines es valoren més que la investigació mèdica més tradicional.

Un altre resultat és que les innovacions que afecten primàriament l'impacte en la durada de la vida es valoren per damunt d'aquelles que afecten la qualitat. Açò era esperable, vista la poca cultura de QALYs que avui encara hi ha entre la professió mèdica, malgrat que sorprèn fins i tot un resultat tan equilibrat: 0.558 per als primers *versus* 0.483 per als segons aspectes. Potser ha influït en aquest resultat el pes de la medicina privada als Estats Units, per a la qual la qualitat percebuda en té un rol destacat. He de reconèixer que al nostre país esperaria uns resultats més favorables encara per als primers aspectes de quantitat que no per als de qualitat. En qualsevol cas, tant el treball comentat com les valoracions efectuades són, tots ells, components complementaris a l'hora de valorar els resultats de les intervencions sanitàries més enllà dels simples indicadors convencionals de morbi-mortalitat.

Dit açò, remarquem ara, però, per finalitzar aquest apartat, la segona part de la resposta: l'exigència social d'un major cost-efectivitat. I és que l'anterior constatació sobre el valor de la salut no pot ser mai un pretext per baixar la guàrdia en la nostra tasca de 'brigada contra el malbaratament', ni per donar patent de cors a qualsevol avenç que se'ns presenti independentment del seu cost. Amb les paraules ja dites: el que ens ha de preocupar no és tant el fet de justificar una major despesa, com el de saber de quina manera podem assolir els màxims resultats de la despesa san-

itària que sí que afegeix valor, tot evitant la despesa que no n'hi aporta'; la qual cosa equival a reconèixer que el conjunt del sistema sanitari pot assolir sempre un major resultat si hom hi elimina els àmbits en què aquest és deficient. En aquesta tasca, metges i economistes estam a la mateixa vorera, ja que una sola és l'exigència social per fer el millor ús dels recursos disponibles en el nostre sistema sanitari de cara a assolir els objectius de millora de la salut.

LA SEGONA GRAN ÀREA DE PREOCUPACIÓ D'UN ECONOMISTA DE LA SALUT:

FER FRONT A LES NOVES NECESSITATS AMB LES CISTELLES O BEASSES VELLES DEL PASSAT.

Parafrasejant la frase de Brecht per explicar una situació de crisi, pot estar caracteritzant la sanitat en el moment present la imatge *d'allò nou que no acaba de néixer mentre roman allò vell que no acaba de morir.* Introduesc així la segona gran àrea de preocupació de qui vos parla com a economista de la salut: fer front a les noves necessitats socials amb les "beasses" velles del que tenim, consolidant el present *statu quo* en tost de redreçar-lo per als reptes que imposen els nous canvis (tecnològics, d'envelliment, ètics i socials). Dit amb altres paraules, demanem-nos si podem fer front a les qüestions que el futur ens comença ja a mostrar amb la dependència de solc del que estam fent avui, del que vam aprendre ahir, amb les actituds i aptituds del passat. En definitiva, podrem fer front a allò que requereix la sanitat del futur amb el dispositiu assistencial que tenim avui?

Allò global i allò local en els serveis sanitaris

No cal que els expliqui a vostès les transformacions en què es troba avui la sanitat. Un canvi en la frontera de les possibilitats de guarir i trac-

tar les poblacions, que és universal, com global és el seu coneixement: des de la lectura cada cop més estesa de les bones publicacions científiques al *e-health*, passant per l' 'evidència' de la medicina basada en l'evidència.

El fet que els recursos per apropar-nos a aquesta frontera de possibilitats tecnològiques siguin, però, 'locals' (allò que els recursos de cada país poden finançar), si més no, marca els límits entre el possible i el desitjable. Aquesta dicotomia fa aflorar a vegades un important grau de frustració a les expectatives dels ciutadans i més sovint en la dels professionals, inductors de la demanda per al millor exercici –pensen- de la seua pràctica clínica. Val a dir que, tal vegada, aquesta expectativa no és tampoc neutra. Està potser inflada per les pressions de la indústria i dels mitjans de comunicació, pressions amb les quals, a la sanitat, li toca conviure. Més encara: és previsible que molts dels avenços desitjats no tenguin un cost-eficiència clarament superior respecte de les alternatives existents. És probable que tenguin més a veure amb la qualitat-utilitat percebuda dels serveis que no amb una efectivitat clínica objectiva, car és ben sabut que, respecte de la millora de la salut, la despesa i els recursos sanitaris tenen, com tot a la vida, una productivitat marginal decreixent: no viurem sempre!

Si açò és així, i fet un reconeixement previ als bons nivells bàsics de benestar dels que avui frueix la població, en part sens dubte gràcies al sistema sanitari, del que podem acreditar una més que acceptable qualitat

assistencial, després de tants anys de planificació d'estructures –acceptem-ho- més que incidint a la gestió clínica, val la pena començar a pensar en els ingredients que ens aporta el nou canvi de paradigma. Part d'aquest debat pot tenir a veure amb el fet d' establir si el nou 'utilitarisme' en sanitat s'ha de finançar o no de la mateixa manera que les prestacions més bàsiques del passat, vista la diferent línea argumental per fonamentar una solidaritat comunitària. Té sentit, posem per cas, considerar a la prescripció co-finançada amb diners públics la píndola *del dia després*, les teràpies *anti-stress*, els tractaments de la calvície, alguns medicaments de baix cost-efectivitat (i fins i tot de la seva efectivitat atès el seu reduït valor terapèutic), els fàrmacs d'estil de vida, el confort hoteler, etc.?

El tabú de la 'gratuïtat'

La reflexió anterior pot tenir el seu interès en un context com el nostre de creixements passats molt importants en la despesa pública (entre el 1968 i el 2000 Espanya multiplica per dos la participació de la despesa pública a la renda, del 21'3% al 40'5%) i d'augments de la pressió fiscal, encara recents, coetanis a la democràcia i a la normalització social. Aquests increments s'han basat sobretot en la imposició indirecta, gravant el consum de béns i serveis, que no és cap exemple de progressivitat tributària; al contrari, la pressió fiscal la suporta en major mesura la població

de menor renda (tant en el cas de l'impost sobre el valor afegit, com, particularment, en el dels impostos especials). Aquestes constatacions ens poden ajudar a repensar vells tabús en els sistemes sanitaris públics, vist que res no és gratuït. Així, per exemple, finançar d'aquella manera despesa sanitària pública no clarament orientada a criteris d'equitat (amb puja indiscriminada de salaris, destinada a incentivar una malentesa productivitat a l'atenció especialitzada, d'adquisició d'equipaments sofisticats però de baix valor afegit, etc.) pot tenir conseqüències regressives tant per la banda dels impostos (suportats relativament més pels més pobres) com també de la despesa (amb atenció sanitària que beneficia els qui menys la necessiten).

Per tant, com a ciutadans, malgrat que l'argument dels increments de finançament públic vengui embolicat amb la litúrgia de les grans paraules, ens hem de interrogar sempre sobre el destí de la bona causa: els beneficiaris de la despesa finançada i els qui contribueixen al seu finançament, ja que, repetim-ho, res no és gratuit. També ens haurem d'interrogar pels que afavoreixen la despesa sense puja de impostos; és a dir, a través de la generació de més dèficit públic, igualment en etapes de prosperitat econòmica, per finançar despesa corrent. Fins i tot a vegades ho fan en nom de la solidaritat i malmetent la més bàsica de les solidaritats: la intergeneracional. En efecte, mantenir que ens preocupa el medi ambient i

l'herència social que deixam a les generacions futures, però no el fet de gastar avui per damunt dels nostres ingressos, generant deute públic, no deixa de ser una hipocresia.

Tot açò pot fer que, en alguns casos, el pagament dels serveis directament finançats per part de l'usuari o per la via intermèdia de l'assegurança complementària –a prima comunitària en direm, no discriminatòria a nivell individual- per part de l'assegurat, o dels co-pagaments vinculats a determinats consums d'efectivitat dubtosa, es puguin justificar, podent constituir un element de finançament no sols complementari, sinó àdhuc substitutiu dels creixements fiscals generals. Així ho procuren, per exemple, els nous preus de referència implantats a finals de l'any 2000 en el finançament de les medecines, o els decrets de finançament selectiu de medicaments, o la limitació imposada per un potencial catàleg de prestacions, que exclou de finançament públic prestacions de baix o nul valor afegit. Darrera totes i cadascuna d'aquestes mesures que impliquen una prestació exclosa no hi ha sinó l'equivalència a un co-pagament, tot i que evitable, del 100%!!

Cal remarcar que la prestació que no es reconeix en el finançament públic de fet no es prohibeix, sinó que l'Estat en limita el seu grau de protecció financera. En aquest sentit, com deim, els pagaments dels usuaris, ja per la via del pagament directe, ja per la via de l'assegurança comple-

mentària, no tenen per què ser sempre i en tot lloc més regressius que els impostos que financin la despesa pública. Açò depèn com a mínim de conèixer:

(i) sobre quins serveis s'apliquin (potser aquells que mostren, com veim, uns beneficis marginals inferiors als seus costos o una baixa efectivitat clínica);

(ii) a què es destina la seua recaptació (potser a finançar prestacions efectives avui excloses per manca de mitjans, o a millorar la utilització del serveis per a alguns grups-objectiu?) i, per suposat,

(iii) amb quina alternativa de finançament els comparem (tipus d'impost que s'incrementa per a aquell marge de despesa).

Una mentalitat oberta en aquest terreny sembla del tot necessària per a fer front a la sostenibilitat financera del nostre sistema de salut.

Anem, però, a la qüestió més important, que no és sempre per a un economista la del finançament. Al meu entendre, el problema clau per fer front al futur del nostre sistema sanitari rau a saber com "desenrocar" aquest, en el seu funcionament ordinari, de la idea d'*universalitat* de les prestacions, entesa com a uniforme i gratuïta. No interpretem amb això, necessàriament, cap canvi en l'obligatorietat de l'afiliació ni en el modus del finançament, la subsidiació del risc, que constitueix la base mateixa de la intervenció pública per a la millora del benestar social. M'estic referint al propòsit de trencar la fútil idea del 'tot per a tots de la millor qualitat'.

Allò que no acaba de néixer

Per a aquest propòsit, resulta extremadament difícil realitzar una prospecció del que serà la sanitat del demà; particularment, si el nostre sistema sanitari continua "enrocat" en la dinàmica que ofereixen avui els *serveis nacionals de salut. Serveis,* com si d'un servei administratiu més es tractés, *nacional,* amb pretensió uniformista, i *de salut*, com a postulat que no sempre es tradueix en la millor integració d'objectius finals i prestació de serveis, ni en una bona intersectorialitat entre les polítiques del sector sanitari i les de la resta de sectors econòmics i socials.

És probable que en el futur l'abordatge dels problemes de salut requeresqui una concepció més de *sistema d'assegurament social. Sistema*, perquè l'engranatge d'objectius finals i serveis assistencials, entre agents públics i privats, i entre diferents agents públics, legitimats políticament sobre el territori, hagi de ser més gran i el seu èxit, crucial. D'*assegurament*, perquè és indefugible la idea de concreció de cobertura assistencial i limitació selectiva de prestacions. *Social*, perquè continuarà previsiblement la solidaritat implícita al sistema de finançament, la tutela en la cobertura de tota o part de la població, i una integració més propera de les necessitats sociosanitàries de la població.

Deim que el sector sanitari pot quedar fàcilment enrocat, vistes les

mateixes arrels de l'universalisme (beneficis que s'acostumen a presentar com a necessaris per a tothom), la marca "a curt termini" de les polítiques sanitàries, que no afavoreix gens els grans canvis, el corporativisme normal dels interessos presents al *statu quo* actual, i la utilització sovint de la sanitat com a arma política electoral.

És possible, per tant, que la conceptualització d'un nou sistema d'assegurament social impregni molt lentament la sanitat del futur; substituesqui així la concepció anglesa del NHS (importat per la *Ley General de Sanidad* espanyola amb més de cinquanta anys de retard), d'un servei que, en definitiva, es va crear en una circumstància molt diferent a l'actual: en una etapa post bèl·lica d'extrema pobresa, dels governs conservadors "compassius" i amb forta preeminència de la responsabilitat social sobre la individual. Resulta difícil pensar que aquest instrument, que tants èxits ha tingut en el passat per millorar el benestar de la gent, sigui extrapolable per fer front a un futur marcat per possibilitats abans difícilment imaginables, així l'aparició de tests genètics i dels tractaments *a la carta*, la irrupció de nous i costosos medicaments d' "estil de vida", capacitats tecnològiques en què prima el fet de *cuidar* ('tenir cura') sobre el fet de *curar* ('guarir') i unes fortes expectatives per introduir elements de benestar individual -i no tan sols d'efectivitat clínica- a la prestació sanitària. I, per suposat, en consonància amb tot açò, una major acceptació social

d'una responsabilitat més gran de l'esfera individual front a l'acció estatal col·lectiva.

Allò que no acaba de morir

La universalitat és certament intrínseca al naixement dels serveis nacionals de salut de tall '*beveridgià*'. El context dels anys trenta, post bèl·lics, de reforçament necessari de la cohesió social, així ho obligava, i els seus beneficis han estat prou importants. Però a l'hora dels tractaments a la carta, del nou utilitarisme en els serveis sanitaris, etc., la universalitat és menys justificable que mai. Noti's, si més no, que la universalitat –entesa com a uniformitat- és políticament còmoda: no visualitza els costos de l'exclusió ni identifica els potencials beneficiaris d'una acció més selectiva en el serveis sanitaris. No cal prioritzar entre prestacions o grups destinataris, ni instrumentar "proves de mitjans" ('qui té dret a què') en el finançament. No cal precisar el destí dels recursos ni afectar el finançament a determinats programes de despesa ('a sac comú'), ni ajustar les condicions (removent obstacles socials) per tal d'assegurar determinades prestacions a col·lectius més necessitats.

La "igualtat d'accés" als serveis és suficient: no cal garantir-ne el bon consum o el millor resultat. A més, el *statu quo* sanitari sol agrair aquest prisma uniforme, ja que, a més de fer la vida més senzilla, li dóna

un marc estable dins el qual hom es sap moure com ningú. El *statu quo* esdevé, en conseqüència, impermeable i robust: qualsevol canvi que es planteja des de la universalitat permet, políticament, una lectura hostil. Resulta més tost fàcil mobilitzar a tots aquells que pensen que el canvi els afectarà negativament (en seran perjudicats), mentre que els beneficiaris potencials, que no s'hi reconeixen possiblement encara, no emergiran a efectes de donar suport a aquests canvis. Fins i tot, és probable que aquests beneficiaris possibles es corresponguin amb les classes menys influents socialment, de manera que no lluitin en igualtat de condicions per a les situacions que els poden beneficiar, amb la mateixa força que ben segur ho faran els potencials perjudicats! D'aquí que resulti senzill per als interessos instal·lats en el nostre sistema lluitar contra qualsevol canvi que pretengui *desenrocar*, en deim, el sistema sanitari de l'universalisme, ja sigui el *lobby* industrial, les corporacions professionals, algunes associacions específiques de malalts, etc. I és que aixecar el temor al canvi, a qualsevol canvi, als dubtes genuïns a tot canvi, en si mateixos evidents, resulta així molt senzill de cara a consolidar el nivell que ja es frueix.

En aquesta tasca ingent, la complicitat, el lideratge professional i acadèmic de tots vostès en el canvi d'actituds i aptituds esdevé fonamental. De l'economista de la salut també. El consens és difícil d'obtenir, però

és temps de posar-nos en marxa. Per a aquesta tasca, des d'ara poden estar segurs que trobaran en aquest nou acadèmic, economista de la salut, el seu col·laborador més entusiasta.

Moltes gràcies.

Barcelona / Ciutadella de Menorca, 1 de maig del 2002.

REFERÈNCIES:

[1] Seguim aquí la metodologia formulada per D. Cutler, J. Newhouse i altres. a *American Economic Review* Papers and Proceedings, 1999.

[2] No diguem ja quan aquesta productivitat marginal es fa decreixent, de manera que al valor mig de la prestació, l'extensió del col.lectius tractats en resta i no suma valor de salut i/o qualitat de vida.

[3] Una expressió recent d'aquesta metodologia la trobam a "Is Technological Change in Medicine Worth It?" A *Health Affairs*, vol 20, núm. 5 del 2001, de què en són autors D. Cutler i M. McClellan. L'apliquen a condicions tals com ataes de cor, nens de baix pes, depressió i cataractes, identificant per aquestes uns beneficis estimats molt superiors als costos, mentre que per al tractament del càncer de mama els costos i beneficis mostren magnituds similars.

[4] Vegi's en aquest sentit *Economic Evaluation From Theory to Practice*, JL Pinto, G. López i V. Ortún (eds.) Springer Verlag, 2001.

[5] Una manera d'aproximar aquesta valoració pot consistir en regressionar els valors dels estats de salut percebuda d'acord amb les enquestes disponibles, contra un conjunt de condicions que tenen un registre acceptable en els dos moments del temps que es comparen i que influencien decididament aquella, com és el cas de la malaltia cardiovascular, el càncer, els problemes de visió, la diabetis, les dificultats d'oïda, els problemes ortopèdics, paràlisi, artritis, amputació, etc. És probable que la regressió postulada requeresqui l'ajustament per les interaccions que es puguin produir entre condicions, multiplicant per una escala particular el seu impacte. Aquests factors òbviament s'hauran de considerar en la seva prevalència, previsiblement distinta en els dos períodes analitzats (per exemple, ajustada pels canvis en composició en l'edat i gènere de la població) i sobre aquesta diferència estimar els paràmetres que ponderin la qualitat amb la que es viuen les diferents condicions en cadascun dels dos moments del temps analitzats. Com a resultat, el factor estimat o regressor representaria la reducció a la qualitat de vida associable a cada condició en els respectius moments del temps –les enquestes de salut pertinents. Finalment, hom podria considerar una metodologia alternativa consistent a aplicar sobre aquelles diferències un QALY estimat específicament per a cadascun dels períodes.

[6] - Vegi's per a un resum de possibles quantificacions J Pinto i J Puig, Fundación BBVA-CRES, 2002.

[7] - Vegi's *Medical Care, Output and Productivity* D. Cutler i E Berndt (eds), Univ. de Chicago Press 2001

[8] - 'Physicians Views Of The Relative Importance Of Thirty Medical Innovations', V. Fuchs i H. Sox Jr a *Health Affairs*, vol 20, 5, 2001.

Discurs de benvinguda de l'acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Excel·lentíssim Senyor President,

Distingides autoritats,

Molt Il·lustres Senyores Acadèmiques i Senyors Acadèmics,

Senyores i Senyors,

És per a mi un motiu de profund agraïment a la Junta Directiva de la nostra Corporació que m'hagi encarregat, en nom de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, donar la benvinguda oficial al professor Guillem López i Casasnovas, economista de la salut.

Alguns de Vostès percebran una certa sensació d'estranyesa pel fet que un clínic contesti el discurs d'ingrés d'un economista i fins i tot podrien qüestionar la decisió de la Junta Directiva, d'haver-me seleccionat. Dels continguts de la meva resposta es formaran un judici definitiu sobre si l'elecció ha estat encertada. Si he acceptat la proposta de la Junta Directiva no és per què em consideri un expert en les matèries econòmiques. El que sí que sóc és una persona preocupada per la sostenibilitat del sistema sanitari i també plenament convençuda que, com diu textualment el nostre nou acadèmic, "economistes i professionals de la salut anam embarcats en la mateixa nau".

Vaig tenir el plaer de conèixer personalment el doctor López i

Casasnovas fa un any i escaig, al si del Consell Assessor de Sanitat que tinc l'honor de presidir, encara que per referències externes i per la lectura de les seves publicacions ja era ja sabedor del seu gran i merescut prestigi. No va ser per a mi cap sorpresa comprovar que les seves intervencions al si del Consell fossin sempre intel·ligents, mesurades i molt respectuoses amb els restants membres. Ulteriors contactes amb ell m'han permès copsar que es tracta d'una personalitat que fa compatible un gran rigor en del seu treball amb una notable dosi de simpatia i vitalisme.

El nostre nou acadèmic va néixer a Ciutadella de Menorca l'any 1955 i es va llicenciar a Barcelona en Ciències Econòmiques amb Premi extraordinari l'any 1978 i en Dret l'any següent. Va obtenir el seu doctorat (Ph.D.) en Economia Pública per la Universitat de York del Regne Unit l'any 1984. La seva formació Vla va completar la seva formació com a "visiting scholar a l'Institute of Social and Economic Research" a la Universitat de Sussex a Brighton, Regne Unit, i també a la "Graduate School of Business" de la Universitat de Stanford dels Estats Units.

Durant la seva trajectòria universitària va ocupar diferents esglaons a la Universitat de Barcelona, fins aconseguir, l'any 1992, la Càtedra d'Economia a la Universitat de Pompeu Fabra de la nostra ciutat. Actualment segueix ocupant la mateixa Càtedra i és, a la vegada, Degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials de la seva Universitat.

La ingent tasca del nostre nou acadèmic s'ha centrat de forma preferent en el camp de l'Economia de la Salut i es pot dividir en tres vessants principals: docència, recerca i participació en diferents organismes relacionats amb aquesta temàtica. A les tres vessants La seva activitat ha tingut lloc a l'àmbit autonòmic català, estatal i també als fòrums internacionals. Com que les seves contribucions han estat extraordinàriament nombroses, em veig obligat a referir-me solament a les més importants.

En el terreny de la docència ha estat particularment destacada la seva dedicació al postgrau, doncs ja que fa 15 anys creà el Mestratge en Economia de la Salut i Gestió dels Serveis Sanitaris, que ha tingut una extraordinària influència sobre el sector professional corresponent, doncs pel fet que nombrosos especialistes en aquestes matèries –alguns ocupant importants càrrecs institucionals— han estat alumnes seus. A la vegada és co-director del Mestratge de Gestió Pública que duen a terme la Universitat Pompeu Fabra juntament amb la Universitat Autònoma de Barcelona i ESADE.

La seva vessant investigadora ha estat extraordinàriament productiva. Cal destacar que l'any 1996 creà el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES) que segueix dirigint actualment. Ha contribuït amb nombroses aportacions, particularment en les tres àrees següents: *a*) mesura de l'eficiència en el sector públic; *b*) revisió del paper del sector

públic en general i a l'àmbit sanitari en particular; i *c*) finançament de la despesa social, en especial en el context de la descentralització fiscal. Durant els últims 10 anys ha gaudit de més de 20 ajuts per a projectes de recerca, atorgats per prestigiosos organismes nacionals (Ministeri de Sanitat, CYCIT, OCDE, Institut Català de la Salut, entre altres) i internacionals, com la Comissió Europea. Com a producte de la seva activitat investigadora ha publicat més de 130 articles, alguns apareguts en prestigioses revistes internacionals. Entre aquests últims i degut a la meva activitat universitària desenvolupada en un hospital, m'agradaria destacar sobre tot el publicat a la revista *"Health Economics*: "The impact of teaching status on average costs in Spanish Hospitals", on es demostra què disposar del sistema MIR augmenta els costos dels hospitals, fet que s'ha de tenir present a l'hora de la planificació sanitària. D'altra banda, els resultats de les seves recerques i els seus coneixements han estat extensament difosos en forma de més de 50 llibres, als quals ha contribuït com a autor, director o col·laborador, tant a l'àmbit nacional com internacional.

La seva participació en els organismes relacionats amb l'Economia de la Salut és particularment intensa. Només citaré alguns exemples. L'any 1999 fou nomenat un dels cincs membres del Consell Assessor de l'Administració Pública de Catalunya. És conseller de l'"Agencia Española del Medicamento" i del Consell Científic de l'Agència

d'Avaluació de Tecnologia Sanitària, del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. És membre del "Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo" i del Consell Assessor de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Forma part del Consell Editorial de vuit revistes de la seva especialitat, entre elles *"Eurohealth"* i *"Health Care Management Science"*. És membre de l' "Steering Committee of the European Health System Observatory (OMS)" i ha participat en l'organització de congressos internacionals sobre l'Economia de la Salut. L'any 2005 presidirà a Barcelona el Congrés de la "International Health Economics Association (IHEA)". L'any 2000 rebé el Premi de la Societat Catalana d'Economia per la seva recerca sobre el *Dèficit fiscal de Catalunya amb l'Estat*, i l'any 2001 el Premi Joan Sardà Dexeus al millor llibre d'Economia per la publicació *"La sanitat catalana i els seus referents en països desenvolupats"*.

Com es pot deduir de les meves paraules, es tracta d'un home que ha fet una molt important tasca acadèmica a l'àmbit regional, estatal i internacional. Malgrat tot, no ha perdut contactes amb el seu origen. Com ell mateix declarà, en una entrevista recent, el seu lema és "Els peus al born i el cap al món", és a dir, ben arrelat a la seva terra, però amb la necessària visió internacional. Dues demostracions de la seva estima pel seu origen són, d'una banda, la seva tasca com a membre de l'Institut

Menorquí d'Estudis i, de l'altra, el fet que el discurs ens ho l'hagi presentat en menorquí. Aquesta circumstància m'ha complagut de forma molt especial, doncs defenso enèrgicament la necessitat de que amb l'actual tendència globalitzadora no es perdi la diversitat cultural, ja que aquesta representa un gran tresor per a la humanitat.

Em sembla, finalment, de justícia retre en aquest moment el nostre homenatge més càlid a l'esposa del nostre nou acadèmic, Begoña, qui en un moment determinat de la seva vida va renunciar a l'activitat professional que exercia per tal de dedicar-se plenament a la família. El seu suport ha estat, sens dubte, decisiu per a la consecució dels èxits professionals del seu espòs.

L'excel·lent discurs que acabem de sentir mereixeria molts comentaris, encara que per la disponibilitat del temps em limitaré als que considero més essencials. Estic totalment d'acord amb la frase: "Igual que nosaltres els economistes de la salut, vostès també necessiten mirar-se en ambdós miralls quan fan el seu jurament hipocràtic: en el dels resultats de la salut i en els dels costos". Els espectaculars avenços en les ciències biomèdiques juntament amb una supervivència cada vegada més llarga de la població enfronten els sistemes sanitaris de tots els països del món, incloent-hi els que disposen de més recursos, al repte de la dimensió

econòmica. Tot el que és tècnicament possible, ja no és econòmicament assumible. S'imposa una utilització racional de recursos, i així neix la necessitat de la gestió sanitària. Durant molts anys, els metges hem estat educats en la idea de que qualsevol consideració econòmica davant un pacient concret era quasi un sacrilegi i, per descomptat, moralment condemnable. Per aquesta raó hem ofert una resistència massa perllongada a acceptar justament el contrari, és a dir, que és èticament inacceptable malbaratar recursos econòmics en l'acompliment de la nostra professió.

Els dos grans eixos del discurs són: 1r) el valor de la salut i 2n) com afrontar el futur del nostre sistema sanitari. A aquests dos eixos dedicaré alguns comentaris.

El primer es refereix al mateix concepte de *salut*. Si volem mesurar el valor de la salut, hem de saber què entenem sota aquest nom. Els conceptes de salut i malaltia han anat evolucionant al llarg de la història d'acord amb els corrents filosòfiques del moment. Durant molts anys s'ha considerat que estar sa és no patir cap malaltia. Però immediatament veurem que aquest procediment de definició no és del tot satisfactori. L'any 1948, l'Organització Mundial de la Salut llançà l'eslògan: "Salut per a tothom l'any 2000". I d'acord amb l'a OMS, salut significa l'estat de benestar físic, psíquic i social, i no exclusivament l'absència de la malaltia. Dit d'una altra manera, per a estar sa, no n'hi ha prou amb no estar

malalt, sinó que s'exigiria la presència d'un cert component de felicitat en forma de benestar físic, psíquic i social. Aquest aspecte, subratllat en la definició de la OMS, té el mèrit d'haver promogut una orientació social i preventiva de la salut, però és òbviament massa optimista. Contra aquesta visió s'ha contraposat amb un gran sentit de l'humor la definició de la salut a càrrec d'un pessimista que deia: "La salut és un estat transitori de benestar que no presagia res de bo.". És més, la proclamació de la OMS no és tan sols massa optimista, sinó que constitueix una autèntica utopia. D'una banda, tots coneixem que és consubstancial amb la naturalesa humana un component d'infelicitat que hom cerca de superar de molt diverses maneres. D'altra banda, quan analitzem succintament la realitat social del món actual, amb el divorci progressivament creixent entre les potències occidentals que acaparen la gran majoria de recursos econòmics i la resta del món, la realitat del qual és cada vegada més tràgica, ens adonem de fins a quin punt l'eslògan i la definició de la OMS són poc realistes. Només una reflexió a títol d'exemple: Estem més enllà de l' any 2000 i ¿podem dir realment que la gran majoria de la població del continent africà, amb una taxa esgarrifosa de 25 milions d'infectats pel VIH i de 5 milions de malalts amb sida, i amb un pobre accés als fàrmacs actuals per combatre-la, està en possessió del benestar bio-psico-social? El meu objectiu no és criticar la OMS, doncs ja que sóc conscient que els

seus objectius són lloables i en general positius. Però crec que la definició maximalista de la salut pot tenir una influència negativa sobre els usuaris del nostre sistema sanitari, doncs perquè aquests tendeixen a demanar del mateix més del que els hi pot donar. Més endavant incidiré de nou sobre aquest concepte.

Per tal d'il·lustrar la complexitat conceptual que relaciona entre si la salut i la malaltia, desitjo comentar breument encara un altre moviment que inicialment no procedeix del camp de la medicina, però a la que es va aplicant amb una freqüència creixent. Es tracta de l'anomenada lògica dels conjunts borrosos. Ideada als anys seixanta per Lofti Zadeh, està essent explorada actualment en molts terrenys científics com ara en matemàtiques, economia, química, enginyeria, informàtica, intel·ligència artificial i d'altres. Quan s'aplica a la medicina, la idea bàsica és acceptar que la salut i la malaltia no són dues situacions oposades i mútuament excloents, sinó que poden coexistir. I així mateix, que els límits entre tots dos estats no són precisos sinó borrosos. Tant la salut com la malaltia estan subjectes al principi del que és gradual i per aquest motiu, entre les dues situacions hi ha una àmplia zona de grisos.

Tots estem d'acord que la salut en qualsevol de les seves vessants és un gran bé i fins i tot un dret humà. Però com que hi pot haver notables variacions en la seva definició i en el seu concepte, s'ha arribat a proposar

la substitució d'aquest terme pels de benestar, qualitat de vida i semblants. Independentment de l'elecció terminològica, el que és important és precisar amb claredat què és el que es mesura quan es procedeix a la seva valoració. En aquest sentit, és evident que l'esperança de vida reflecteix de forma fidedigna l'aspecte objectiu de la salut d'una població. Si al principi del segle XX era només de 35 anys i ara es situa entorn dels 80, es pot afirmar que l'aspecte sanitari global ha experimentat objectivament un progrés espectacular. Però, ¿podem afirmar que els aspectes subjectius, és a dir, el benestar psíquic i social –o, si es vol, la felicitat dels individus– ha variat en la mateixa proporció? No tenim estudis al respecte però probablement la resposta fóra que no. Justament, per tal d'introduir en la valoració de la salut la percepció subjectiva de la població, s'ha desenvolupat el concepte de QALY que analitza el nostre nou acadèmic i que es refereix als "*Quality adjusted life years*", és a dir, anys de vida ajustats per la qualitat. Com queda exposat, aquesta tècnica mesura els canvis en benestar físic, psíquic i social per tal de valorar els costos i beneficis de nous programes i intervencions sanitàries. La bibliografia sobre aquest tema ha crescut de forma impressionant. L'any 1973, a la base de dades MEDLINE, només hi figuraven cinc treballs amb el concepte "*qualitat de vida*". Durant els subsegüents períodes de cinc anys subsegüents, el nombre va augmentar a 195, 273, 490 i 1552 articles amb aquest contingut. Ara apareixen cada any

més de 1000 treballs dedicats a aquesta temàtica. Encara que la importància de la qualitat de vida es reconeix de forma generalitzada, existeixen discrepàncies sobre les seves mesures i la seva utilitat en la recerca mèdica. Però fins i tot els autors més escèptics concedeixen que es tracta d'un camp sobre el qual cal aprofundir. S'accepta com un progrés important el fet de mesurar no tan sols el funcionament objectiu de la persona, determinat pel metge, sinó també la pròpia percepció que té l'individu, o, si es vol dir així, l'estat subjectiu de la salut.

El segon gran eix del discurs expressa la preocupació de com fer front a les noves necessitats amb les idees i l'organització actuals, o, si es vol expressar d'una altra forma, sobre la sostenibilitat futura del sistema sanitari. Estic d'acord amb el nou acadèmic que ja és urgent començar a trencar els vells tabús de la "gratuïtat" i de "tot per a tots de la millor qualitat". S'imposa encetar una important tasca pedagògica sobre els usuaris del sistema sanitari, respecte al que poden esperar realment del mateix. Cap sistema sanitari no és capaç de perllongar la supervivència de manera il·limitada ni tampoc de modificar l'essència de l'ésser humà, al qual és consubstancial un component d'insatisfacció i infelicitat. Per altra banda, després de que als anys setanta s'abandonés el paternalisme en la relació metge-malalt, s'ha arrelat amb molta força la cultura de l'autonomia del pacient. Aquesta té molts aspectes positius, però probablement ha creat en

l'ànim de l'usuari del sistema sanitari una excessiva èmfasi sobre els seus drets que tendeix a reclamar, massa sovint, fins i tot per mecanismes judicials. Un exemple d'això és la recent nova "Carta de drets i deures dels ciutadans, en relació amb la salut i l'atenció sanitària", publicada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Aquest document conté 29 pàgines de drets i tan sols 3 pàgines de deures. Sóc del parer que la tasca pedagògica sobre la població ha d'incloure molts aspectes com és la necessitat de contribuir a la sostenibilitat del sistema sanitari, a través de suportar aquelles mesures polítiques –malgrat no siguin populars– que facilitin una utilització racional dels serveis sanitaris. A mi em complau la idea del filòsof Salvador Giner, segons el qual la sostenibilitat del sistema sanitari forma part de quelcom més ampli, que és la sostenibilitat de la societat. Cal fugir de l'excés de consumisme i propugnar un major grau d'austeritat, per tal que puguem tenir una vida col·lectiva digna, sense pobresa, amb bones escoles, excel·lents transports públics, espais naturals protegits i, naturalment, una bona sanitat.

Les exigències econòmiques creixents del sistema sanitari requereixen dues aproximacions: un major grau de finançament i una despesa més racional i eficient. Pel que fa al primer punt, em semblen molt profundes les reflexions del nostre nou acadèmic respecte a la imposició directa o indirecta com a forma de créixer en el finançament, i valentes les

seves declaracions pel que fa a la necessitat de "desenrocar" els problemes com el de la "universalitat gratuïta", amb les que coincideixo plenament. Amb relació a un major grau d'eficiència, m'agradaria fer encara un comentari que em sembla especialment pertinent per als clínics. Considero absolutament imprescindible potenciar l'assistència primària i recuperar la troncalitat de la Medicina Interna. En molts països del món hi ha una crítica creixent contra el model actual d'assistència consistent en el fet que el malalt fa una peregrinació per les consultes de molts especialistes, sense rebre una atenció integral per part de ningú, en les tres vessants d'un ésser bio-psico-social. Hillary Clinton va fer un intent d'ordenar el sector sanitari dels Estats Units durant la primera legislatura del seu espòs. El fracàs va ser tan sonat que durant el segon mandat de Bill Clinton ni tan sols ho va intentar. Entre els seus nombrosos projectes em va cridar poderosament l'atenció que propugnés distribuir els recursos federals per a l'educació mèdica preferentment entre aquelles institucions que tinguessin forts programes de formació en Medicina Interna General i Medicina Familiar i Comunitària, en detriment de les que feien èmfasi en potenciar les especialitats. En la mateixa línia he defensat repetidament la necessitat de recuperar entre nosaltres el prestigi del metge de família i de l'internista general, així com la conveniència que els especialistes conservin la capacitat d'atenció integral, condicions bàsiques per a què l'assistència sa-

nitària sigui a la vegada més econòmica i, sobre tot, més satisfactòria per a la població.

Ha arribat el moment de cloure aquest parlament tot i que la densitat del discurs presentat justificaria encara molts més comentaris. Tots som conscients dels grans mereixements del Dr. Guillem López i Casasnovas per entrar a formar part d'aquesta corporació. De la seva presentació i dels meus comentaris hem pogut còpsar que es tracta d'una personalitat de referència en el terreny de l'Economia de la Salut, tant a l'àmbit autonòmic com estatal i internacional. El seu concurs a la nostra Acadèmia serà d'una vàlua innegable i, per tot això, Excel·lentíssim Senyor President, us prego que procediu a imposar al Dr. Guillem López i Casasnovas la medalla d'aquesta docta Corporació.

He dit.