

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS: “LA SOCIEDAD ESTÁ ALGO MAL ACOSTUMBRADA AL ESTADO DE BIENESTAR”

El presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud (IHEA) y miembro de la Comisión de la OMS para el Estudio de las Desigualdades en Salud fue reconocido como doctor Honoris Causa de la Universidad, donde expuso sobre “Estado de bienestar y financiamiento del sector salud frente a la crisis económica europea”

“Siempre he buscado aplicar los conceptos teóricos a los ámbitos donde la presencia pública es más relevante”, declara a modo de presentación y antes de que uno repase con la vista su hoja de vida que valoriza aún más su presente como catedrático en economía en la prestigiosa Universidad Pompeu Fabra. Guillem López Casasnovas es licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y licenciado en Derecho (1979) por la Universidad de Barcelona, obtuvo su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido, 1984), y ha sido profesor titular de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona.

Entre sus múltiples cargos destacan también el de Consejero de Gobierno del Banco de España, desde 2005 hasta 2017. Es colegiado de Mérito del Colegio de Economistas de Cataluña y académico numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Fue designado por el Parlamento español

como uno de los cinco técnicos para la revisión de la aplicación de la Ley de Dependencia y para el Estudio de las Balanzas Fiscales. “En 1984, regresando de la Universidad de York, en España, Barcelona, me asocié con un par de colegas y montamos el primer máster en Economía de la Salud, y al poco tiempo de estar en esta formación coincidimos con Ginés González García. Y desde entonces empezamos la colaboración, ellos vinieron a Barcelona, nosotros visitamos Buenos Aires varias veces y nos ayudamos mutuamente. Por eso esta distinción como doctor Honoris Causa de la Universidad ISALUD es para mí un verdadero honor”, señaló emocionado, antes de la entrevista.

—¿El crecimiento económico en algunas regiones se ha visto correspondido con una mejor salud?

—A través de la OMS se conformó una comisión para el estudio de las desigualdades en salud, que



Guillem López Casanovas muestra el título Honoris Causa junto a Eugenio Zanarini, Vicerector de Universidad ISALUD, y Arturo Schweiger, director de la maestría de Economía y Gestión de la Salud de Universidad ISALUD

No creo que el crecimiento económico se asocie invariablemente a buenas políticas de salud públicas. Lo que sí veo es una mayor elasticidad. En Europa hay países como Alemania, Austria, Holanda, Finlandia que tienen economías que funcionan, y un Estado de Bienestar más consolidado, con lo cual en temas de salud no tienen ellos peligros.



lideró Michael Marmot. Formé parte del equipo que durante dos años revisamos las desigualdades en salud. Con esa comisión de la OMS Europa, que no es la Unión Europea, visitamos países del Este y algunos asiáticos como Moldavia y Kirgizistán, repúblicas que son extremos en desigualdad en salud. También organizamos reuniones en Suecia y Noruega, siempre con la idea de que cuando realizamos una misión no vamos sólo a aquellos países donde todo se da, sino también a los periféricos que están con dificultades. Los problemas de desigualdad en estos momentos están muy focalizados en las ex repúblicas soviéticas, y parte de esa desigualdad que aflora tiene que ver con la mayor transparencia y su entrada en procesos más o menos democráticos. Parte de la tasa de mortalidad más elevada que tienen ahora se debe en cierta medida al crecimiento último que han tenido, pero también a que las estadísticas ahora son más fieles a la realidad.

–¿Dónde se manifiesta esa desigualdad?

–El punto más débil es lo que tiene que ver con la atención primaria, y segundo lo que en algún país centroamericano le llaman biombo, o sea lo que está detrás del biombo o lo que está pasando en la relación médico-paciente. Hay países que están haciendo relativamente bien las cosas, como Kirgizistán, porque con los escasos recursos que tienen en financiación los focalizan en la atención primaria y países que lo están haciendo peor porque mantienen la vieja herencia de los países del Este donde el médico es un asalariado mal retribuido y que complementa lo que no recibe del Estado con pagos colaterales.

¿Cómo preservar el Estado de Bienestar en tiempos de crisis?

–El Estado de Bienestar en el siglo XXI *chirría* un poco porque lo que tiene fundamentos teóricos es la Sociedad de Bienestar, porque no se considera que el Estado desde su

responsabilidad pública tenga que acabar sustituyendo cosas que son de responsabilidad privada. Por lo tanto es la Sociedad de Bienestar la que combina correctamente la responsabilidad pública con la privada. En el Estado de Bienestar tenemos una sociedad algo mal acostumbrada, en cierta medida caprichosa de tener todo gratis, la idea de que cualquier cosa que tenga que ver con protección social implica público-estatal. Es un sistema de protección social que está bastante *agarrotado*, es decir que tiene poco músculo para adaptarse a situaciones cambiantes.

–¿Cuánto afecta la crisis europea a la salud?

–Para mí, en general los problemas de los sistemas europeos tienen que ver más con la solvencia antes que la sostenibilidad financiera. En el sentido de solventar situaciones cambiantes. Uno puede ser financieramente sostenible, que no es hoy el caso de España, Portugal y

Grecia, pero ser sostenible y tener problemas de solvencia para afrontar retos, que no solo puede ser una crisis económica sino también en otros aspectos, como por ejemplo qué hacer frente al envejecimiento demográfico. En el caso español, después de muchos años nos hemos acostumbrado al todo para todos de la mejor calidad, y cuando tenemos un *choque*, demográfico por un lado y el financiero por otro, no sabes cómo reaccionar. Nadie se atreve a actuar por la vía del copago, porque esto le genera mucho ruido y de hecho algunas comunidades que lo introdujeron desde el consejo de Estado se les dijo que vulneraba la Constitución, por lo cual el tema ha quedado pendiente. No juega la política al copago, ni juega a la creación de una agencia de evaluación pura y dura, por el lado de la oferta. Entonces y en resumen, a los españoles nos está llegando la hora de que se nos aclare. Pero lo cierto es que la crisis castiga sobre todo a la población activa joven.

–La pregunta es ¿dónde racionalizar u optimizar el gasto?

–O se tiene que actuar por la vía de la oferta y la demanda, entonces esta decisión ya es política, porque las consecuencias de una cosa u otra son diferentes. Para el que tiene que responsabilizarse y dar la cara políticamente, y porque el tema del coste si actúas por el lugar de la demanda preocupa pero un poco menos, porque parte del coste se centrifuga a través de los copagos al usuario. Todo es gasto social lo que pasa es que uno viene a través de los impuestos y el otro viene a través de tasas, no es privatización porque al fin y al cabo son prestaciones que se financian con gasto público, pero el gasto público o se nutre de los ingresos impositivos o de otras tasas,



Si la crisis se resuelve por una bajada en el gasto sanitario de salud indiscriminada, los que primero van a saltar son los países que están en una situación de fragilidad. La preocupación europea es la recomendación de la Troika (del Fondo Monetario, del Banco Central Europeo y del Ecofin) para que las recetas de austeridad fiscal se hagan selectivamente.

copagos, precios públicos. Entonces, para los que optan por el lado de la demanda la composición es: la presión fiscal no puede subir, de hecho la recaudación está bajando con una crisis como la que tenemos. O se baja la oferta o se tienen que subir los copagos.

–¿Cuál es su visión de una América latina que crece y una Europa que se ajusta?

–Mi experiencia en esta región está limitada a México, Costa Rica, algo de Brasil, y Argentina por supuesto. En los países federales las cosas van por barrios, no me atrevo a hacer pronósticos duros pero en realidad quien articula mejor la atención pri-

maria, en la continuidad asistencial con la especializada, es la que consigue mejores resultados en salud. Los países que tienen una perspectiva de crecimiento mejor, de los que yo visité, son México, Chile y Argentina. Pero yo no creo que el crecimiento económico se asocie invariablemente a buenas políticas de salud públicas. Lo que sí veo es una mayor elasticidad. En Europa hay países como Alemania, Austria, Holanda, Finlandia que tienen economías que funcionan, y un Estado de Bienestar más consolidado, con lo cual en temas de salud no tienen en ellos peligros. Los riesgos están en Portugal, Grecia, España, y quizá en Italia.

–¿Qué podría pasar si el gasto en salud se sigue deteriorando?

–Si la crisis se resuelve por una bajada en el gasto sanitario de salud indiscriminada, los que primero van a saltar son los países que están en una situación de fragilidad. La preocupación europea es la recomendación de la Troika (del Fondo Monetario, del Banco Central Europeo y del Ecofin) para que las recetas de austeridad fiscal se hagan selectivamente. No basta con decir que baja un 3% el crecimiento del gasto sanitario de una año para el otro si no se orienta en qué tipo de gastos, por ejemplo, no tocar la atención primaria que es de primera línea, o sí postergar la inauguración de nuevos hospitales que están planificados. Para mí el tema intergeneracional en España es prioritario, hay una generación que está a punto de considerarse perdida. Y ya lo dijo el rey Juan Carlos en Cádiz ahora son ustedes los que nos tienen que ayudar, que el rescate venga de los que están bien, pero la apelación es interesante, es España la que pide ayuda.