

ADN

Boi Ruiz (UIC): “Hay un componente de miedo escénico con el coronavirus en España”

El exconseller de la Generalitat de Catalunya cree que la población y los medios están valorando erróneamente el alcance de la enfermedad comparándola con otras como el ébola o la gripe aviar, mucho más letales.

Juan Carlos Meneses
27 feb 2020 - 04:58



Boi Ruiz, ex consejero de Sanidad de la Generalitat de Catalunya en el gobierno de Artur Mas, es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Actualmente, Ruiz dirige el máster universitario en gestión sanitaria de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC). El expolítico cree que la coordinación entre comunidades autónomas en España va a ser suficiente para combatir el coronavirus.

PlantaDoce.

Pregunta: ¿Cómo valora usted la gestión que están haciendo los gobiernos con el coronavirus?

Respuesta: Se está haciendo la gestión adecuada, la que se puede hacer. No hay demasiada alternativa, de momento lo único que se puede hacer es ir detectando a las personas infectadas, ver cuáles son los entornos, aislarlos esos entornos y evitar la diseminación del contagio. No hay otra alternativa. Estamos hablando de una infección con un virus muy agresivo y de alto riesgo para aquellas personas que tienen una salud un poco resquebrajada.

P.: ¿Es posible tratar una pandemia global con soluciones locales?

R.: Aunque parezcan soluciones locales, son las mismas en todos los sitios. El criterio de detección y aislamiento deben ser generales, lo que pasa es que las aplicaciones tienen que ser locales, porque las realidades son muy diferentes. Quien aplica los protocolos lo debe hacer teniendo en cuenta los factores locales.

P.: ¿En España hay buena coordinación entre las comunidades autónomas para poder solucionar el problema de forma conjunta?

R.: Sí, el criterio general para tratar la enfermedad es universal y científico, no puede estar tamizado por la política. Y afortunadamente, porque si no estaríamos aquí discutiendo cosas que no debemos discutir. De todas formas, a quien le corresponde tomar la acción, por principio de subsidiariedad, en términos sanitarios, es el más próximo al problema, así que en España podemos estar tranquilos en ese sentido, porque la sanidad se controla a nivel local. Además, el sistema sanitario español tiene solvencia, es capaz de adaptarse a situaciones de cambio.

“El ébola mataba prácticamente a todos los que contraían la enfermedad, mientras que el coronavirus tiene un índice de letalidad bajo”

P.: Algunos datos indican que el coronavirus no es mucho más peligroso que una gripe común. Sin embargo, los gobiernos están tomando medidas contundentes. ¿A qué se debe?

R.: Aquí hay un componente de miedo escénico. Hay ciertas analogías equivocadas, con el ébola o la gripe aviar, que son agentes patógenos mucho más letales. Lo que sí que es cierto es que con la dimensión de personas infectadas que hemos conocido en China y otros lugares, se deben aplicar medidas de detección más intensas. La letalidad, aunque sea un poco más alta que con la gripe común, siempre incide en

PlantaDoce.

grupos de población con un estado de salud no pleno.

R.: ¿Tiene coste el establecer cuarentenas?

R.: Que uno se quede en su domicilio no supone cargo alguno para el sistema. Lo que sí que va a generar gasto son las pruebas de detección. A una persona que tenga una gripe normal, no se le hace ninguna prueba, pero con la aparición del coronavirus se están multiplicando los procesos de diagnóstico. Por otro lado, la alarma social hace que haya mucha presión en los servicios de atención primaria y de urgencias de pacientes con patologías leves que normalmente no acudirían a estos centros.

P.: ¿Un sistema sanitario público es más fuerte para afrontar este tipo de situaciones que uno privado?

R.: Yo creo que sí, pero también se deben tener en cuenta las realidades. Hay una mayor autoresponsabilidad sobre la salud en el sistema estadounidense que la que hay en los europeos. El ciudadano europeo deposita su confianza en el Estado y las administraciones para que le protejan la salud y el americano ya no tiene esa costumbre. De todas formas, a priori, estamos en una mejor situación en los países que tenemos sistemas públicos de salud que aquellos que están en un libre mercado. Los modelos liberales siempre conllevan mayor riesgo para el paciente.

“A priori, estamos en una mejor situación en los países que tenemos sistemas públicos de salud que aquellos que están en un libre mercado”

P.: Cuando llegó la crisis del ébola, usted era conseller. ¿Qué diferencias aprecia entre este caso y el coronavirus?

R.: Son diferentes desde el punto de vista de letalidad. El ébola mataba prácticamente a todos los que contraían la enfermedad, mientras que el coronavirus tiene un índice de letalidad bajo. Por otro lado, el ébola lo conocemos hace muchos años y están más controlados sus síntomas, mientras que el coronavirus es una enfermedad nueva y más imprevisible. Lo que sí que es verdad, es que, en términos de volumen, el coronavirus se ha descontrolado más. En España prácticamente no tuvimos ningún caso de ébola, y si tuvimos alguno fue importado. No se puede decir que fuese una epidemia. En cambio, por el número de pacientes que en estos momentos están afectados por el coronavirus, sí se puede decir que estamos en una fase de epidemia.

PlantaDoce.

P.: Dejando de lado el coronavirus, la Generalitat de Catalunya ha pactado unos presupuestos donde se aumenta el gasto en sanidad en 908,5 millones ¿Cree que es suficiente?

R.: Es una buena noticia, pero también puede ser mala en función de cuál haya sido el gasto real del año anterior, lo que se llama presupuesto liquidado. Es positivo que se ponga más dinero, pero se debería valorar la información en función de si el presupuesto del año anterior se cumplió o no.

P.: Fenin público un informe a finales de 2019 donde denunciaba la obsolescencia hospitalaria en España. ¿Cómo conseller recibió muchas quejas en este aspecto?

R.: La obsolescencia se produce por varios factores. El gasto sanitario depende de tres grandes variables: la primera es la población que tiene derecho a recibir el servicio, que es toda, es de cobertura universal. En segundo lugar, las prestaciones a las que los ciudadanos tienen derecho, que son todas. La tercera gran variable es el coste de las prestaciones. Entonces, si no puedes actuar sobre la cobertura ni reducir el número de pacientes, en caso de que falte dinero se debe recortar en los costes. Este coste depende de varios componentes: los sueldos que es un poco más del 60%, el segundo componente es el gasto farmacéutico, que es alrededor del 30%, y el resto es inversión. Por tanto, puedes bajar salarios hasta un límite, puedes contener el gasto farmacéutico hasta un límite, pero lo que sí se puede bajar con bastante margen es la inversión, es lo más fácil. Y el poco dinero que hay, es para reponer el equipamiento que se estropea, no para cambiarlo por máquinas más evolucionadas. La obsolescencia sale de ahí: de contener el gasto en sueldos y el de farmacia, lo que provoca que baje el de inversión.

P.: ¿Se dejó algo por hacer en su etapa de conseller? ¿Tiene alguna espina clavada?

R.: Yo creo que sobre lo que planteamos, pudimos hacer prácticamente todo. Lo que no pudimos hacer fue reducir las listas de espera. Lo que más nos dolió de esa época fue no poder compensar a los profesionales por el gran esfuerzo que realizaron para hacer más con menos. Ese reconocimiento no pudimos hacerlo por la vía retributiva y no se ha podido todavía compensar. Los salarios de los sanitarios en España están un poco por debajo de la media europea. Cuando decimos que España destina un poco menos del porcentaje del PIB que la media europea, esa cantidad repercute directamente en los sueldos. Tendríamos que pagar mejor a los profesionales.