

Enrique Paris, ex ministro de Salud

“Me gustaría que la doctora Paula Daza llegara a ser ministra de Salud”

El médico habla de los miles de pacientes borrados de listas de espera, llama al gobierno actual a “aclarar sus prioridades” y critica la Ley corta de isapres, porque a los afiliados “les van a dar dinero por un lado y les van a sacar por otro”.

Luciana Lechuga

El jueves de esta semana el ex ministro de Salud Enrique Paris viajó a Los Ángeles, en la Región del Biobío, para entregar su apoyo personalmente a la familia de Tomás Ross, un niño que padece distrofia muscular de Duchenne. Su madre, Camila Gómez, inició un viaje a pie desde Chiloé hasta Santiago para visibilizar la enfermedad y con el propósito principal de obtener los \$3.500 millones de pesos que vale un fármaco para detener la progresión de esta patología.

Como ministro, entre los años 2020 al 2022, el doctor Paris debió enfrentar casos similares, con el siempre desafiante problema de garantizar el acceso a salud, en especial de niños, con presupuestos acotados.

“Fui porque aquí hay un componente familiar, humano, muy importante. En estas enfermedades poco frecuentes cuesta mucho hacer el diagnóstico y si es tardío, la enfermedad avanza mucho más, son de difícil estudio y manejo y el costo de los tratamientos es altísimo. Fui porque antes había trabajado con este tipo de enfermedades, como la atrofia muscular espinal, donde conseguimos tratamientos para un grupo de niños. Para mí el tema de salud es un tema de Estado. Por lo tanto, tenemos que trabajar en conjunto, tiene que haber continuidad en este tipo de políticas con un apoyo importante del Estado”, dice Paris, hoy presidente del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián (IPSUSS).

-¿Cómo se ordena el tema del presupuesto y enfrentar enfermedades terribles, de niños,



que son pocos casos? ¿Cómo se puede cubrir?

-Mientras me desempeñé como ministro conformé una comisión especial para que se avanzara en la Ley de Fármacos 2, que justamente pretende que se atiendan las necesidades de patologías de alto costo e implementamos dentro de esta ley la evaluación de tecnologías en salud. Cuando hay alguna enfermedad de alto costo como esta -algunas están en la Ley Ricarte Soto, obviamente- esto tiene que pasar por una enti-

dad que está en el ministerio de Salud, y que hay que potenciarla mucho más, que se llama Evaluación de Tecnologías en Salud, Etesa. Cuando uno logra que la Etesa apruebe el tratamiento en base a evidencia científica, publicaciones, opiniones de expertos, el Estado tiene que aceptar el tratamiento y eso le quita la presión a la ministra o ministro de Salud.

-¿Qué le pareció el resultado de la Ley corta de isapres?

-Es un primer paso para tratar de solucionar tantos problemas

de salud, no es una reforma, como lo repitió la ministra (Ximena Aguilera). ¿Qué me llama la atención? La deuda, en vez de pagarse en 10 años se va a pagar en 13. Las personas que quieran que les paguen con rapidez inmediata van a tener un descuento del 35%. Las personas van a tener un reajuste que puede ser hasta 10% y además se mantuvo por tres años el cálculo del ICESA (Indicador de Costos de Salud), un IPC en salud. ¿Por qué es importante esto? Porque originalmente las

cortes -la Corte Suprema o la Tercera Sala de la Corte Suprema, las cortes de Apelaciones- aceptaban los requerimientos de los pacientes porque decían “es que las isapres no muestran cómo calcularon el reajuste”. El ICESA permite mostrar cómo calculan el aumento de los planes. Por lo tanto, los planes van a aumentar un 10% por lo menos de aquí a septiembre y después son tres años de reajuste del ICESA casi automático. La crítica mía -y hay parlamentarios de oposición que votaron en

contra y una gran cantidad de diputados del Partido Comunista se abstuvieron- es que (a los afiliados) les van a dar dinero por un lado y les van a sacar dinero por otro, para qué estamos con cosas. Eso hay que transparentarlo.

-Las personas entienden que el reembolso lo van a terminar pagando ellas mismas.

-Exactamente, se le saca de un bolsillo para ponerle en el otro. Creo que hubiese sido mejor aceptar la mutualización, porque es mucho más justo a que

solamente se le devuelva a aquellos que se les cobró de más en el pasado, que son fundamentalmente a adultos mayores. Una cosa positiva es que se devuelve el dinero de los niños menores de dos años y a los no nacidos.

El otro punto importante es la modalidad de cobertura complementaria que aparece en Fonasa y que ahora se hace llegar como un gran avance. Es un plan de isapre. Encuentro insólito que el director de Fonasa, que dijo que las isapres deberían desaparecer, ahora pone un plan de isapre dentro de Fonasa, que además de exigirte el 7% te exige tomar un seguro complementario, que según los especialistas va a tener un costo de entre 30 y 50 mil pesos por persona. Es decir, para una familia de cuatro personas van a ser 200 mil pesos mensuales, aparte del 7%. Y otra variación importante: todos los planes van a tener que pagar el 7%, ya no van a haber planes de 5%, 4% o el 6%. Según los expertos va a estimular más salida de la gente de la isapre, gente joven que no va a querer pagar eso.

-Hay mucho cálculo del valor de cotización, ¿pero cuánto de eso finalmente incide en que haya infraestructura y servicios?

-En el IPSUSS hemos hecho estudios variados. Sabemos que la infraestructura y los servicios del sistema público no son capaces de absorber todo y por eso existen las listas de espera. Todo el mundo sabe que el 60% de los pacientes Fonasa de libre elección se están atendiendo en centros privados de salud. Ese argumento que el Gobierno usa ahora y que antes no lo escucharon, fue utilizado por la oposición y por muchos expertos para decir "si cae el sistema privado también van a quebrar las clínicas; y esa gente de Fonasa, que usa libre elección y que ahora va a aumentar con la modalidad de cobertura complementaria, no va a tener dónde atenderse". Afortunadamente eso se escuchó. Se mantiene la integración público-privada, se asegura la viabilidad del sistema, como dijo la ministra, y eso permite que la gente de Fonasa se pueda seguir atendiendo en el sistema privado, porque en el sistema público desafortunadamente no tienen cabida.

-Usted dijo que este tema de las isapres se podría haber solucionado mucho antes, cuando usted era ministro, pero que la oposición bloqueó todo. Ahora que ustedes son oposición, ¿qué medidas que podrían hacer respecto a su actuación en este tema?

-Yo he hecho mi propio mea culpa, porque evidentemente las leyes no son resorte solo del Le-

gislativo. El Ejecutivo lanza la ley y el Legislativo la legisla y la aprueba. Y quiero hacer algunos recuerdos: la verdad es que este tema no es de ahora. Se viene discutiendo desde hace muchos años. Hubo dos comisiones presidenciales para la reforma de la isapres y el sistema público de salud, en 2010 y el 2014. Se presentaron al Parlamento tres proyectos de reforma el 2011, el 2016 y el 2019. Nosotros presentamos proyectos que incluían fondos de compensación de riesgo (para permitir la libre movilidad de los afiliados), un Plan de Salud Universal (PSU), un proyecto de seguro catastrófico para enfermedades graves: si el gasto sobrepasaba tres veces el sueldo mensual el Estado tenía que contribuir económicamente. Ninguna de esas cosas se aprobó. Ahora han prometido que a partir del 1 de octubre se van a enviar proyectos para el plan de salud universal, para el seguro catastrófico, para el fondo de compensación o fondo inter-isapre, que además debería involucrar al Fonasa. Si hubiésemos avanzado en esto y en una mejor supervisión a las isapres, quizás se habría evitado esta ley y habríamos obtenido mejores resultados antes.

-¿Existe algún sistema de salud que considere un buen ejemplo?

-Un buen ejemplo para mí es Bélgica. Hice allá una beca y en la Clínica Universitaria Saint-Luc de la Universidad Católica de Lovaina se hospitalizaba el obrero de la siderúrgica de Charleroi y el rey, sin ninguna discriminación ni diferencia. Y la persona que no podía pagar su seguro de salud, o si con su cotización no le alcanzaba para tener una atención de calidad, el Estado colocaba la diferencia. A eso tenemos que apuntar y lo dice Rawls, un filósofo social: la persona tiene derecho a atención de salud en relación a su enfermedad y no en relación a su capacidad de pago. En eso tenemos que estar de acuerdo todo el país y por eso también es que hay que aumentar la proporción del Producto Interno Bruto dedicado a salud. ¿Cuánto se perdió en los famosos convenios? Miles de millones de pesos. Si eso se hubiese invertido en salud obviamente que estaríamos en otra situación a lo mejor en algunas patologías.

-En Economía, desde el colegio explican que los recursos son finitos, usted lo vivió como ministro.
-Exacto, los recursos son finitos y las necesidades son infinitas. Es por eso que la evaluación de tecnologías en salud es tan importante, porque permite decir "mire, para esta patología sí tenemos que colocar dinero, por-

que el resultado si salvamos a esta persona o a este niño va a ser muy superior a si dejamos que avance su enfermedad".

-¿Cómo ve la marcha de la salud en el Gobierno y qué espera del tiempo le queda?

-Con este avance que se obtuvo en la Ley corta de isapres como que veo que el Gobierno está teniendo las ganas de avanzar en una reforma de la salud, porque le fue bien y la oposición contribuyó a que le fuera bien. En nuestro gobierno la oposición nunca contribuyó a que nos fuera bien en salud. Como ahora ven que hay un cierto apoyo de la oposición prometen enviar en octubre un proyecto de ley de reforma, porque ven que ni en pensiones ni en el aspecto tributario han logrado avanzar, entonces dicen "vámonos por este lado". Eso obviamente produce mucha inquietud a la ministra de Trabajo, al ministro de Hacienda, porque cambia la estrategia gubernamental hacia una reforma de salud que a mí, por supuesto, me parece estupendo, genial, pero también hay que pensar en que hay problemas tributarios, de pensiones, y ahora surge lo del CAE, que significa un 4% del Producto Interno Bruto para condonar la deuda. El Gobierno tiene que aclarar cuáles son sus prioridades. No puede estar disparando hacia todos lados.

-Si volviera al ministerio de Salud ¿qué haría mejor?

-Habría potenciado mucho más la atención primaria. En ese sentido el Gobierno lo está haciendo bien. Habría insistido mucho más también en aprobar el Código Sanitario para dar capacidad resolutoria a las enfermeras, matronas, kinesiólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas. El Colegio Médico se opuso. Cuando le das la posibilidad de hacer cosas al resto del equipo de salud le disminuyes la carga a los médicos, que justamente tienen una cantidad muy importante de trabajo que hacer y eso incide en la lista de espera. Lo otro que podríamos haber hecho y que ahora lo estudiamos en el IPSUSS es eficientar el uso del pabellón. Los pabellones habilitados en Chile son solo un 86%, pero se ocupa solo el 61% del tiempo. Deberíamos haber aprobado la Ley de Fármacos 2, porque eso contribuía a bajar el valor del medicamento, instaurar la Etesa. Desgraciadamente no lo pudimos hacer. Se requiere trabajar en conjunto del Ejecutivo y el Legislativo y todos estos proyectos fueron rechazados.

-Con Evelyn Matthei corriendo primera en las encuestas presidenciales, ¿ve como una opción

volver al ministerio? ¿Le gustaría?

-(Ríe) ¡No! Yo creo que tiene que renovarse la plana mayor. Obviamente que si Evelyn Matthei o alguien de derecha sigue liderando, le daría mi apoyo a la doctora (Paula) Daza. Me gustaría que ella llegara a ser ministra de Salud. Además que es mujer. En muchos países el ministerio de Salud y Desarrollo Social son lo mismo, creo que es bueno que haya una mujer ahí.

-Respecto del Hospital Sótero del Río, ¿cómo es posible que se eliminen 300 mil fichas y nadie dijo nada? ¿Había visto algo así?

-Aquí hay que reconocer que el director del hospital, que fue apartado de su cargo, fue el que destapó esta situación. Recordemos que hubo un reclamo en contra de funcionarios, de parientes de funcionarios, que se habían saltado las listas de espera en cirugía. De ahí hubo una investigación sumaria, que fue la que destapó esta falla. Según diferentes autoridades es una falla humana, computacional, se cometieron errores. Nadie quería sacar a la gente, pero desgraciadamente fueron más de 300 mil personas que salieron de la lista de espera y eso es gravísimo y hay que corregirlo. Después dijeron que eran solo 20 mil, no sé cómo lograron tan rápido calcular esa cifra, pero aquí como siempre, como el chiste del sillón de Don Otto, echaron al director del hospital, que fue el que descubrió el problema. Hoy día lei que los funcionarios del hospital están diciendo que no se vaya el director, porque aparentemente lo ha hecho muy bien.

-En su Gobierno se habló mucho de vacunación, además estábamos en pandemia. ¿Cómo ve las campañas actuales?

-En la campaña contra la influenza, el Gobierno había prometido que el 15 de mayo iban a tener vacunada el 85% de la población susceptible. Obviamente que no llegaron a eso y no van a llegar, porque hace pocos días iban en el 47%, 48%. Pero nos criticaron hasta que se cansaron. Vacunamos contra el coronavirus a más del 90% de la población, fuimos líderes mundiales. Sin embargo, el Colegio Médico y la misma señora que estaba a cargo de la vacunación, que le pidieron la renuncia, la señora (María Paz) Bertoglia, era de las críticas más feroces, y ahora no fue capaz de hacer lo que tenía que hacer. Y en coronavirus para qué hablar. La tasa de vacunación es bajísima y llevan seis meses, y nadie responde nada. Hablan de fatiga pandémica, cuando aquí lo que se necesita es una buena comunicación de riesgo, una buena campaña de vacunación. ☞