

MANUEL INOSTROZA PALMA:

El actual miembro del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y ex superintendente de Salud del gobierno de Chile participó de la Escuela de Verano 2015, donde disertó sobre la importancia de la regulación y el control en las reformas de salud en el país trasandino

“HACE FALTA MAYOR SOLIDARIDAD EN EL FINANCIAMIENTO”



Cuando Manuel Inostroza Palma era el líder de la Federación de Estudiantes Chilenos, movimiento que tuvo un fuerte protagonismo frente a la dictadura de Augusto Pinochet, no había imaginado nunca que a la figura del líder de la revolución cubana, Fidel Castro, la tendría alguna vez delante suyo. Como ante Ernesto Che Guevara, lo más próximo a su persona eran los libros de la época y los pósters que elevarían a ambos como figuras de la historia latinoamericana. Pero su función en la gestión pública lo puso en ese escenario impensado, cuando en 1995, Castro se enteró de que el economista que se había convertido en ministro de Salud de

Chile, durante la gestión de Eduardo Frei, estaba en La Habana y quiso conocerlo.

Ex superintendente de Salud en Chile, durante el período 2005-2010, y actual miembro del Instituto de Salud Pública en la Universidad Andrés Bello, participó del segundo ciclo de conferencias de la Escuela de Verano 2015 que organiza la Universidad ISALUD y habló sobre la importancia de la regulación y el control en las reformas de salud en Chile.

—¿Cómo ha sido el proceso de reformas en salud en Chile?

—El sistema de salud en Chile ha ido mutan-

do hacia un sistema mixto donde coexisten aunque no muy bien articulados distintos tipos o sistemas de salud. Por un lado, tenemos un sector privado que es fruto de las reformas de la dictadura, tanto en el aseguramiento como en la prestación que se fue consolidando en el ámbito de la prestación. Y tenemos un sistema público que tiene dos componentes, uno de seguridad social, en torno al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que recauda las cotizaciones de los trabajadores dependientes pero también un componente del modelo para los más pobres que no cotizan y no tienen ingresos, y que también son recogidos como indigentes en el sistema público de salud y financiados con impuestos generales de la Nación.

–¿Cuál fue la clave de ese proceso de reformas?

–De alguna manera Chile ha ido tratando de articular su sistema a través de reformas previas. La más importante es la que se hizo en 2003/2005 a través de un plan de salud o un seguro de salud específico que se llamó AUGE o Garantías Explícitas en Salud, que buscó resolver los problemas de las listas de espera y la falta de oportunidades de la atención, tanto para los más pobres, indigentes o sin recursos, como para los que cotizan en la seguridad social. También significó una disminución del copago o el gasto de bolsillo para los sectores de clase media o de más altos ingresos que están en el sector privado de Chile, llamado Isapre (Instituciones de Salud Previsional), que fue creado en 1981 y ayudó a descomprimir el sistema de salud público.

–¿Qué aspectos de las reformas quedan aún pendientes?

–A pesar de los avances, sigue pendiente la necesidad de articular mejor los sistemas a través de reformas pero ya no tanto en el aseguramiento sino en brindar una mejor protección financiera y en cuanto a *distribuir mayor solidaridad en el financiamiento*. Ese es el debate en el que Chile está metido hoy en día. Tanto el gobierno de Sebastián Piñera como el de Michelle Bachelet han constituido sendas comisiones de salud para discutir eventualmente una nueva reforma a casi

Tanto el gobierno de Sebastián Piñera como el de Michelle Bachelet han constituido sendas comisiones de salud para discutir eventualmente una nueva reforma a casi diez años de haber hecho la anterior, y éstas se vienen discutiendo hasta ahora pero no se ha llegado a un acuerdo.

diez años de haber hecho la anterior, y éstas se vienen discutiendo hasta ahora pero no se ha llegado a un acuerdo.

–¿Qué cabría hacer al respecto para lograr un consenso?

–Desde mi parecer como académico, esto debería venir por una línea de reformas más bien secuenciales y graduales, y esto se entiende porque es necesario que haya primero un financiamiento solidario hacia el interior de los afiliados del Isapre, cosa que hoy no existe, y que se vaya preparando el camino para que el sector público, sobre todo prestador, vaya teniendo paralelamente mejores estándares de calidad, y que puede competir mejor con los prestadores privados. Aún subsiste una diferencia en la calidad de atención, lo que obliga a los sectores más bajos a optar por un copago para atenderse en el sector privado y evitar así la lista de espera de los sectores públicos.

–Como todo sistema, le hace falta un ajuste...

–Hay una segunda etapa donde habría que articular mejor los sistemas y luego pasaríamos a un fondo solidario común entre la recaudación de la cotización de los que ya son solidarios para alcanzar un fondo solidario global que abarcaría a los cotizantes de Fonasa y ese fondo se redistribuiría solidariamente para la cobertura universal de un plan de salud que sería otorgado tanto por las entidades privadas de seguridad social como por el propio Fonasa. Recién en diez años, el país podría resolver si quiere, pasar a lo que sería un sistema único de salud, público o mantenerse en esta lógica de mixtura público privada en el aseguramiento y en la prestación pero con reglas más comunes y solidarias de las que hoy tiene el sistema de salud.

–¿En qué situación se encuentra Chile de alcanzar la cobertura universal?

–Chile ya está en un 98% de alcanzar la cobertura universal, ese no es nuestro problema. Nuestra dificultad está en lograr la cobertura efectiva, porque el sistema público del Fonasa adscribe según los últimos datos a 13,6 millones de personas, y a dicha cifra

hay que sumarle a las Fuerzas Armadas, que tienen su propio sistema de salud, con cerca de 500.000 personas, y de eso se deduce que las personas que no adscriben a un sistema de salud hoy en día en Chile no son más del 2%, por lo tanto todas estas reformas que estamos haciendo del AUGE es para pasar de un hecho difuso de acceso a la salud a un derecho más transparente, objetivo y exigible por parte de la ciudadanía, para entonces sí alcanzar la declamada cobertura universal.

—¿Es alto el índice de informalidad de la economía chilena?

—Chile tiene un índice bajo de economía informal y además en la última reforma previsional que hizo la presidenta Bachelet, en 2006, estableció la obligatoriedad de las cotizaciones tanto para pensiones como para salud y este proceso se ha ido haciendo gradualmente. Empezó en 2013 la obligatoriedad para las cotizaciones en pensiones, y para el 2018 está pensada la obligatoriedad de las cotizaciones en salud, esto quiere decir que a futuro en Chile aunque tú trabajes formal o informalmente, vas a estar obligado a adscribir y si no cumples con tu cotización en salud el sistema de impuestos internos te va a pasar a descontar de tu renta y lo depositará en el Fonasa. En lo inmediato, el principal desafío en salud sigue siendo la problemática epidemiológica relacionada al envejecimiento y a las enfermedades crónicas, porque en nuestro sistema del 100% de los enfermos crónicos solo llegamos a atender al 50%, y de esos controlamos solo al 25%.

—¿Cómo fue la anécdota que viviste al conocer a Fidel Castro?

—Fue por allá 1995, en ocasión de una visita de cinco días a Cuba y cuando yo era un *imberbe* jefe de gabinete del ministro de Salud de la época, Carlos Massad Abud (durante la presidencia de Eduardo Frei). Massad había sido el primer y único economista ministro de Salud que Chile tuvo en su historia y él tenía el enfoque de eficiencia, de gestión y de productividad de lo público. Eso “gatilló” el interés de Fidel Castro por conocerlo y cuando se concretó el encuen-

Las personas que no adscriben a un sistema de salud hoy en día en Chile no son más del 2% de la población, por lo tanto las reformas apuntan a pasar de un hecho difuso de acceso a la salud a un derecho más transparente, objetivo y exigible por parte de la ciudadanía, para entonces sí alcanzar la declamada cobertura universal



tro en el Palacio de la Revolución estuvimos como cinco horas conversando con él y nos planteó el siguiente dilema: Cuba tenía dos hospitales públicos en una localidad de la isla, separados a 15 minutos uno del otro, con buenas carreteras, y que gracias al éxito del médico de barrio la tasa ocupacional del hospital era de apenas un 35%.

—Cualquiera pensaría en cerrar uno de los dos...

—Claro, pero como nos contaba Fidel, “*ve tú a discutir con el comité de la revolución a cuál de las dos hospitales había que cerrar*”. A lo que agregó: “*Yo no puedo cerrar ninguno de los dos por una razón de política pública, de sustentabilidad del modelo revolucionario*”, nos dijo Fidel, ergo, tenía que tener el sistema de salud más eficiente del mundo, capaz de sostener a los dos hospitales con un 35% de ocupación. Si uno es estadista *lo que tiene que ofrecer es un Estado excelente, ágil y moderno en la gestión*, y acompañar los objetivos de políticas públicas. Por esta razón cuando asumí el rol en la superintendencia de la salud como regulador fiscalizador de lo público y privado pensé que tenía que ser de excelencia. 