

BASES PARA UNA NUEVA ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO Y SU FINANCIAMIENTO

Sr. HECTOR SANCHEZ RODRIGUEZ.

I.- ANTECEDENTES

Se me ha solicitado, que efectúe una contribución a la discusión e intercambio de ideas, para la formulación de un Programa de Gobierno de un segundo período de la Concertación ,básicamente en los aspectos de estructura organización y financiamiento del Sistema de Salud Chileno.

Al analizar la evolución del Sistema de Salud Chileno en los últimos años ,y enmarcado este análisis en la estrategia económico y social que el país ha adoptado para orientar su desarrollo y crecimiento , surgen algunas reflexiones sobre el futuro del Sistema de Salud en Chile, principalmente respecto a su organización, financiamiento y la actual mezcla público -privada que se da en el sector.

En la última década se ha profundizado en el desarrollo de un modelo de salud de tipo mixto, en que se ha generado un subsistema privado, con un marco legislativo muy flexible y con un conjunto de incentivos principalmente económicos, que han facilitado su crecimiento y en que las relaciones han

sido establecidas esencialmente por el mercado. Este sistema, desarrollado bajo estas condiciones, dispone en promedio de US\$200 per cápita al año, para otorgar salud a su población beneficiaria.

Paralelamente, se ha desarrollado un subsistema público, en el cual el Estado actúa como principal agente en su financiamiento, como administrador de dicho financiamiento y también como principal proveedor de servicios de salud.

El desarrollo del subsector público se ha realizado en un marco presupuestario restrictivo, llegándose en los últimos años a un gasto per -cápita anual de cerca de US\$70, lo que se ha visto agravado por una institucionalidad también restrictiva que ha afectado la eficiencia del sector, principalmente en la red de infraestructura pública de hospitales, en la cual se proveen los servicios de salud a los beneficiarios del sistema público de salud.

Respecto al financiamiento del Sistema de Salud Chileno, éste se basa en dos fuentes: las cotizaciones de los trabajadores y el aporte fiscal. Las cotizaciones están basadas en un porcentaje de la remuneración imponible del trabajador, el cual libremente dispone si será administrada por el sector privado o por el sector público a través de FONASA.

El financiamiento con cargo al aporte fiscal, se orienta fundamentalmente a financiar la oferta de servicios del sistema público de salud, y en una muy pequeña medida a

financiar la demanda a un grupo de mas o menos 250.000 trabajadores, que tienen la alternativa de usar subsidio del Estado para ingresar a una ISAPRE.

El resultado respecto de financiamiento del sector, es que los trabajadores de mayor ingreso relativo se encuentran en el subsistema privado de salud, y como contrapartida los de menor ingreso en el subsistema público, generando dos niveles sustancialmente diferentes en cuanto al gasto promedio de cada subsistema, toda vez que el aporte que efectúa el Estado no compensa las grandes desigualdades que se producen como efecto de lo anterior, provocando con esto una gran diferencia en el nivel de acceso de la población adscrita a cada subsistema a los servicios de salud, con lo que se afecta en forma relevante uno de los principios básicos de las políticas sociales: el de la equidad en el acceso a la salud de toda la población.

El resultado observado no satisface las expectativas de la población entre otras razones por lo siguiente:

a.- Se ha generado un sistema mixto de salud con grandes contrastes en cuanto al nivel de calidad y oportunidad de los servicios y acceso de la población a la atención de salud entre los dos subsistemas.

b.- La evaluación que los usuarios tienen del subsistema privado, a pesar de los recursos que posee, es regular y con fuertes críticas respecto de las restricciones al uso

y perspectiva de corto plazo del subsistema, como asimismo respecto de su transparencia y de su falta de equidad en la relación que se produce entre la oferta y la demanda.

c.- En relación al subsistema público, la evaluación es de regular a deficiente, ya que existe una insatisfacción de los usuarios respecto del acceso a la atención de salud y principalmente de la calidad de la atención recibida, medida ésta con los criterios de calidad de nuestros beneficiarios (tiempos de espera, relación médico-paciente y trato, entre otras).

d.- Los trabajadores del subsistema público de salud, también demuestran una disconformidad con el nivel de las condiciones de trabajo y de remuneraciones que este subsistema les ofrece, lo que se manifiesta, con mayor o menor énfasis, en las diferentes unidades de trabajo, dependiendo de las condiciones objetivas en que desarrollan su labor profesional.

El esfuerzo que el Gobierno ha hecho en orden a corregir las deficiencias anotadas anteriormente, es el mas importante efectuado a lo menos en los últimos 30 años, ya que por un lado se ha desarrollado un vasto plan para rescatar al subsector público de su atraso y postración, y por otro lado, se ha efectuado un importante esfuerzo para resolver las deficiencias del subsector privado.

que en el campo de los accidentes y enfermedades profesionales cubren actualmente un total cercano a los dos millones de trabajadores y que en el campo de la infraestructura de atención de salud ha desarrollado una amplia red de atención ambulatoria y hospitalaria, que en el área del trauma es la principal infraestructura que existe en Chile.

El sector privado ,que posee más del 30% de las camas hospitalarias del país, será capaz de satisfacer más del 40% del total de egresos hospitalarios del país, y duplicar su actual capacidad de entrega de prestaciones ambulatorias, pudiendo llegar con su actual infraestructura, a lo menos a ser capaz de otorgar sobre el 40% del total de prestaciones que se entregan en Chile.

Por otro lado, existe un sector público que ha demostrado su eficiencia en la definición de políticas y en la implementación de programas de salud preventivos y de salud pública, mediante campañas de vacunación, programas educativos y en general programas masivos de fomento y protección de salud de la población, que han permitido controlar en forma exitosa el sarampión, cólera, y hasta este momento el Sida. Este subsector posee además una vasta infraestructura de atención de salud a nivel primario secundario y terciario a lo largo de todo el país. Adicionalmente, posee recursos humanos altamente capacitados y con prestigio a nivel internacional.

En efecto, respecto del subsector público se ha formulado un importante plan de inversiones que supera los US\$550 millones de dolares para los próximos 4 años. Asimismo, se han propuesto un conjunto de reformas en su administración y en sus sistemas de financiamiento, que contribuirán a aumentar su eficiencia.

Por otro lado, el Estado ha generado un conjunto de iniciativas para avanzar en el perfeccionamiento del subsistema privado, a través de normativa, información al mercado privado de la salud y, principalmente mediante la elaboración de un nuevo marco jurídico para el sistema de ISAPRE.

Este conjunto de iniciativas y acciones desarrolladas, obviamente mejorarán la situación antes descrita, tanto en el subsistema de salud público como en el privado, y asimismo debería recuperarse en parte la imagen deteriorada del subsistema público de salud, y el nivel de satisfacción del sistema de salud en su conjunto.

Es necesario destacar que, en Chile, se da la particularidad de que por un lado existe un sector privado fuerte en salud , tanto en el área de provisión de servicios como también en el ámbito de la administración de financiamiento, el cual en un futuro cercano llegará a administrar una cantidad cercana al 50% del total de recursos que el país invierte en salud. Esta situación se ve reforzada por el desarrollo de otro subsector

Sin embargo, si uno analiza y reflexiona sobre el futuro del Sistema de Salud Chileno mirando hacia el 2000, necesariamente debe concluir que estamos frente a una coyuntura histórica que nos presenta un conjunto de desafíos que es necesario enfrentar para poder rediseñar un sistema de salud para Chile, que permita poder satisfacer las nuevas necesidades de la población, bajo una organización que garantice una mayor equidad dentro del sistema, una expresión realista de solidaridad, pero donde estén además claramente incorporados los incentivos necesarios para tener un sistema de salud eficiente.

II.- PRINCIPALES DESAFIOS A ENFRENTAR

1.- Reconocer que la persona es la principal responsable del cuidado de su salud.

Un hecho que se considera en los sistemas modernos de salud en el mundo, es el reconocer que la persona es el principal responsable del cuidado de su salud, toda vez que cada día el perfil epidemiológico de las poblaciones da cuenta de problemas de salud vinculados con los hábitos de vida y costumbre de las personas. Este reconocimiento, efectuado en forma explícita, permitirá replantearse un conjunto de estrategias respecto de como abordar los problemas de salud emergentes de la población, donde se

requiere una activa participación de ésta en su prevención control y solución.

Adicionalmente, este reconocimiento debe tener una manifestación concreta en relación con el origen del financiamiento del sistema de salud, ya que, bajo esta concepción, las personas deben contribuir en el financiamiento de sus necesidades de salud en proporción a su capacidad económica y nivel de riesgo.

2.- Perfeccionar el rol del Estado de garantizar el acceso a la salud de toda la población.

El perfeccionamiento debe partir por especificar cuál es el nivel básico de salud que se requiere garantizar por parte del Estado, y esto a diferentes niveles de resolución, con el objeto de proveer los recursos suficientes para cumplir con esta obligación que socialmente el país adopta. Asimismo, el Estado debe generar los sistemas públicos y privados de atención capaces de entregar esos servicios de salud al menor costo posible y al mejor nivel de calidad.

El rol subsidiario del Estado, en materia de financiamiento del sistema de salud, debe concretarse mediante la contribución de éste al financiamiento de la totalidad o de aquella parte, según sea el caso, de los costos necesarios a solventar, para satisfacer este nivel básico de salud, socialmente definido y económicamente factible para el país.

Por otro lado, el rol subsidiario del Estado debe concretarse mediante el financiamiento de aquellas prestaciones de salud con alto nivel de externalidad, principalmente en el campo del fomento y protección de la salud a través de acciones sobre el ambiente y las personas.

3.- Reconocer el incremento de los costos en salud, las necesidades crecientes y el marco económico limitado para su financiamiento.

Este reconocimiento parte de la base que, por la transición demográfica y el nuevo perfil epidemiológico, existen nuevas y crecientes necesidades de salud que satisfacer y de mayor costo, que aquellas patologías que afectaban a los grupos materno infantiles y de origen infeccioso.

Por otro lado, el desarrollo tecnológico en el campo de la medicina , en muchos casos está generando fuertes presiones hacia un alza de los costos en salud y que diversos países del mundo en estos precisos instantes están tratando de enfrentar.

Este tercer desafío dice relación con la capacidad real de generar un Sistema de Salud que contenga incentivos efectivos para, por un lado, lograr una adecuada asignación de recursos en el sector y por otro lado, una eficiente administración de los mismos, en que se estimule el control

de los costos y la mayor productividad dentro de las instituciones que conforman el sistema.

4.- Reconocer como elemento central del Sistema de Salud la obligación de satisfacer las necesidades "reales" de salud de las personas y no sólo las técnicamente definidas.

Este cuarto desafío pasa por reconocer que ya no es suficiente satisfacer las necesidades de las personas definidas técnicamente por expertos de la salud pública y con criterios clásicos de esa disciplina; es necesario tener presente que nuestras sociedades han efectuado una revalorización del individuo como sujeto activo y protagónico de su desarrollo y satisfacción de sus necesidades, de las que las personas perciben como tales, lo que en salud tiene su expresión en un concepto amplio de calidad de atención, en que además de los aspectos técnicos involucrados, la forma en que se efectúa la prestación de servicios de salud, la relación médico-paciente que se establece y la oportunidad con que se efectúan las prestaciones, pasan a ser aspectos cada vez más valorados por los beneficiarios, quienes desean que se les reconozcan mayores derechos que los actuales en la satisfacción de sus necesidades reales de salud.

5.- Reconocer que existen particularidades e imperfecciones en el mercado de la salud.

Es un hecho, de reconocimiento generalizado, que el mercado de la salud presenta un alto nivel de imperfecciones, producto de las asimetrías en la información de la oferta y la demanda, como asimismo producto de que es un tercero (el médico), que no tiene responsabilidad en el financiamiento, el que genera principalmente dicha demanda, lo que hace necesario evaluar las formas de participación del sector privado y el rol subsidiario del Estado, teniendo muy presente esta deficiencia del funcionamiento del mercado de la salud que afecta la asignación de los recursos, la eficiencia del mercado y el control de los costos en salud.

Por ésta razón, es necesario plantear un sistema de tipo mixto, que contemple en su diseño los incentivos correspondientes para corregir las imperfecciones del mercado, el control de los costos y las ineficiencias del sector público, principalmente el la provisión de servicios y las ineficiencias del mercado privado de la salud.

III.- ALGUNOS ELEMENTOS PARA UNA ORGANIZACION DEL SECTOR Y SU FINANCIAMIENTO QUE PERMITA ENFRENTAR LOS DESAFIOS ANTERIORMENTE DESCRITOS

1.- Dirección superior del sistema ,supervisión y control.

El Ministerio de Salud debería asumir plenamente la responsabilidad de la dirección superior del Sistema de Salud Chileno. Mediante su propia estructura nacional y regional debe volcarse totalmente hacia un rol de planificación, definición de políticas, supervisión y evaluación. Asimismo, debe efectuar la coordinación intersectorial de nivel nacional y regional.

Por otro lado, a través de sus instituciones autónomas (Superintendencia de ISAPRE, Instituto de Salud Pública) debe efectuar las tareas de supervisión, control y fiscalización del sistema privado de salud y del control biológico de laboratorios, entre otros.

2.- Origen destino y administración del financiamiento.

Respecto del origen del financiamiento en salud, es necesario señalar, que ésta es una de las variables más determinantes para que en un sistema de salud se den los principios de solidaridad y equidad.

En efecto, según como se conceptualice el aporte de las personas y del Estado al financiamiento del sector, se estará definiendo en gran parte al sistema de salud respecto de su nivel de solidaridad y equidad. Sin embargo, es necesario destacar también que según cómo se administre y cómo se distribuya ese financiamiento, se estará también afectando las variables antes referidas.

Por esta razón, es que un sistema de salud debe contemplar como parte importante el aporte de las personas en el financiamiento de la cobertura de sus necesidades, lo que debe hacerse en función de su nivel de ingreso, de su consumo y también de su mayor o menor riesgo relativo.

Como contrapartida, el Estado debe subsidiariamente financiar aquella parte del costo del nivel básico de salud que la sociedad como un todo resolvió cubrir a toda la población, y que, las personas no están en condiciones de satisfacer.

Por lo tanto, la primera tarea es definir cuál es el nivel básico de salud que la sociedad Chilena decide cubrir, definición que debe hacerse sobre la base de:

- a.- criterios técnicos que contemplen aspectos de costo efectividad .
- b.- criterios técnicos que contemplen aspectos de salud pública de la población y de su realidad epidemiológica.

c.- criterios que dicen relación con la capacidad económica del país, y

d.- criterios sociales y políticos que dicen relación con las características de la población, su realidad social, cultural y política.

El Estado también debe concurrir a financiar aquellas prestaciones de salud de tipo preventivo de la población, que tengan proporcionalmente alto nivel de externalidades. Las personas deben concurrir al financiamiento de aquellas acciones de fomento y protección de la salud cuyos beneficios sean de efecto principal sobre las personas que reciben esas prestaciones de salud de tipo preventivo.

Bajo el esquema descrito anteriormente, debería eliminarse la cotización obligatoria para salud que se calcula como un porcentaje de la renta imponible del trabajador, y que por lo tanto no dice relación con su consumo y riesgo en salud. Asimismo, debería revisarse el actual mecanismo de subsidio del Estado a las personas, para que éste se defina en función del nivel de ingreso y de otras variables relevantes en el sector.

El actual sistema de financiamiento debería reemplazarse progresivamente por un esquema en que, se definiera claramente el nivel básico de salud al cual toda la población

debería tener acceso por igual, respetándose las diferencias que se den sobre dicho nivel.

Para este nivel básico, debería definirse periódicamente su costo y cómo las personas en función de su nivel de ingreso, consumo de salud y nivel de riesgo, deberían contribuir, aportando el Estado, con cargo a los impuestos generales de la nación, el subsidio que las personas necesitan para satisfacer el nivel básico de salud antes referido.

Asimismo, el Estado debiera contribuir con un fondo especial para financiar los programas preventivos que técnicamente se definan sobre las personas, (programas con alto nivel de externalidad) y sobre el ambiente. Por su parte, las personas a través de su institución administradora de financiamiento, deberían responder, proporcionalmente a su capacidad económica, al financiamiento de las acciones preventivas cuyos beneficios directamente reciben.

Una vez definido el nivel básico de salud, su costo y el rol subsidiario del Estado, corresponde definir el nivel de gasto aproximado en salud y el nivel de aporte fiscal requerido para hacer realidad en forma efectiva el rol subsidiario y solidario del Estado. Sin embargo, es posible inicialmente definir como nivel básico de financiamiento del sector llegar a lo menos a los niveles históricos del orden del 5 al 6% del PGB.

Respecto de la administración del financiamiento, es necesario establecer algunas premisas fundamentales:

a.- Debe separarse en el Estado claramente el rol de administrador del financiamiento, del rol de prestador de atenciones de salud.

b.- El Estado y el sector privado de salud deberían competir por la administración de la cotización obligatoria de salud y del subsidio Estatal para financiar el plan de salud básico .

Bajo estas premisas , debería considerarse al FONASA como administrador del financiamiento por parte del Estado de las cotizaciones para salud y del subsidio Estatal, de aquellas personas que libremente escogieron a esta institución como su administradora. El FONASA debería, para estos efectos, comportarse como un Seguro Estatal que comprara libremente servicios de salud al sector privado o Estatal a través de los establecimientos del sistema público de salud del país.

El FONASA, para cumplir estos efectos, debería regionalizarse y actuar descentralizadamente en su labor.

Por otro lado, el sector privado , debería competir con el Estado y entre si, para administrar la cotización obligatoria para salud de cargo del trabajador y el aporte subsidiario del Estado, que se ha definido para cubrir lo faltante que

permita al trabajador pagar el costo del plan básico definido previamente. Para este efecto, es necesario ampliar el mercado privado de administradores de financiamiento de salud a las Mutuales, las que junto a las ISAPRE, podrían cubrir la "Canasta Básica" obligatoria de salud. Finalmente, respecto de este aspecto de financiamiento, es necesario señalar que, deberían establecerse criterios de estricta focalización del subsidio del Estado, de tal forma que éste se destine en forma proporcional a niveles socioeconómicos, nivel relativo de consumo y nivel de riesgo relativo; de tal forma que los grupos familiares más pobres de menor nivel de ingreso per cápita, y de mayor nivel de riesgo, sean los más favorecidos (pobres, de tamaños familiares más grandes, mayor edad, etc.)

3.- Provisión de servicios de salud.

La discusión de si el sistema de salud debe ser Estatal ó privado, no debe guiar el planteamiento de una política de salud, ya que debe ser la realidad la que defina si en este campo el sector privado ó el Estado, es más capaz de ofrecer a la población mejores servicios y a menor costo relativo. La mezcla público-privada que alcance la mayor efectividad y al menor costo, es la que al país más le conviene, en función del óptimo aprovechamiento de las ventajas comparativas tanto del sector público como del privado.

Para lograr lo anterior, es necesario romper la concepción de compartimentos estancos del subsistema público y del privado, lo cual se logra mediante una flexibilización en el acceso de la población a los servicios públicos como a los privados.

En efecto, los pacientes que hayan optado porque su financiamiento sea administrado por el FONASA, deberían poder satisfacer sus necesidades de salud alternativamente en infraestructura Estatal ó privada, actuando el FONASA en ambos casos como un comprador de la canasta de servicios básicos para su población, utilizando para estos efectos el mecanismo de per cápita por población adscrita voluntariamente en atención primaria, el pago por evento en algunos casos y con copagos significativos, y el de pago por patología resuelta en hospitalización.

A su vez, los trabajadores que optaron por entregar la administración del financiamiento de su plan básico, o más según sea el caso, al sector privado , deberían poder acceder a la infraestructura privada de salud, pero también a la del Estado, teniendo el cuidado éste último de cobrar precios reales para no pagar subsidios estatales no deseados.

Un esquema como el propuesto, requiere de una máxima flexibilidad, tanto del Estado como del sector privado. En efecto, el funcionamiento de un mercado privado de

proveedores de servicios de salud requiere a lo menos de las siguientes adecuaciones del sistema público de salud:

a.- Debe transformarse a los 27 Servicios de Salud en unidades económicas autónomas que actúen como verdaderos holding de Instituciones de Salud, cuyo rol fundamental sea mantener la coherencia e integralidad en el desarrollo del sistema de salud, mantener la calidad de los servicios de salud, la coordinación entre los diferentes establecimientos del sector público de salud y, por otro lado, todas aquellas otras responsabilidades que dicen relación con las acciones preventivas de salud sobre el ambiente y las responsabilidades del código sanitario, entre otras funciones.

b.- Debe orientarse el proceso de descentralización hacia el logro de la total autonomía de la gestión de los establecimientos del sector, la que podrá alcanzarse primero en aquellos establecimientos de mayor tamaño relativo y mayor complejidad (hospitales tipo 1 y 2). Respecto de los otros establecimientos (hospitales de tipo 3 ,4, consultorios aún dependientes de los S.S.) deberían diseñarse sistemas de mayor a menor descentralización, según cada caso en particular.

c.- Debería terminarse con el monopolio de las municipalidades en la atención primaria, permitiéndose

que, los Servicios de Salud, a través de terceros o el sector privado, pudieran competir con las Municipalidades por el per cápita, para satisfacer las atenciones de salud de las personas.

d.- Los establecimientos del sistema público de salud deberían financiarse sobre la base de lo que realmente pudieran ser capaces de producir, para lo cual deberían transformarse los actuales mecanismos de asignación de recursos financieros hacia el logro de este objetivo. La consecuencia lógica de la autonomía en la gestión y del cambio en los mecanismos de asignación de recursos financieros, traerá consigo la introducción acelerada de mecanismos modernos de gestión en el campo de los recursos humanos y en la de los establecimientos, con incorporación de incentivos por productividad, calidad y eficiencia.

4.- Del abastecimiento del sector .

Deberá transformarse la Central de Abastecimiento en una empresa autónoma del Estado, la que deberá financiarse mediante su propia capacidad de venta al sector público y privado, ya que el sector público podrá comprar insumos y servicios a esta Central en la medida que ésta sea capaz de ofrecer precios, calidad y condiciones competitivas con el mercado regular de proveedores del sistema.

5.- Integración Público-Privada.

Asimismo, para lograr que el sistema de salud funcione en forma integrada y con elementos que permitan que los principios de solidaridad y eficiencia se apliquen realmente en el Sistema de Salud Chileno, se requiere también que exista una nueva concepción de la tradicional mezcla público-privada que se dá en Chile desde hace una década.

En efecto, se requiere por un lado, que el Estado mediante el Fonasa y el sector privado a través de las Isapre y las Mutuales, compitan en igualdad de condiciones por la administración del financiamiento de las personas y del subsidio del Estado para garantizar el plan Básico de Salud que se defina.

Asimismo, se requiere que el sector público, mediante su red de servicios, y el sector privado, compitan a costos reales por otorgar la provisión de servicios a la población mediante la instalación de un MERCADO MIXTO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Es necesario asimismo, romper la barrera actual de que el 7% lo administran en el sector privado las Isapre y el 2% de accidentes lo administran las Mutuales, de tal forma que ambas instituciones puedan, indistintamente, asumir ambos financiamientos, con los consecuentes efectos en la eficiencia del oligopolio de las Mutuales y en el enfoque de

integralidad del sistema privado en su conjunto que aportarían estas Mutuales. Igualmente, esta eliminación de barreras permitiría una mejor racionalidad en las inversiones del sector privado, eliminando las inconsistencias que en este campo se dan y que se han traducido en la existencia de tres redes de infraestructura de salud en el país (la de las Mutuales, la de las Isapre y la del Estado).

Por otro lado y dada la restricción de recursos del sector salud para enfrentar las necesidades futuras de inversión, que permita el reemplazo de hospitales, reparaciones, ampliaciones, normalizaciones, entre otras, deberían generarse los mecanismos legales necesarios que permitieran al sector público de salud, mediante los servicios de salud, asociaciones con el sector privado para el desarrollo de proyectos de inversión en infraestructura de salud, especialmente orientada a los beneficiarios del sistema público de salud, pero también a los del sector privado (pensionados por ej.).

IV.- COMENTARIOS FINALES DE LA PROPUESTA

Es necesario resaltar, que la entrega de servicios de salud a las personas y el cuidado integral de sus necesidades es cada día más complejo y las poblaciones más exigentes en el respeto de sus derechos, lo que se da en un ambiente de recursos restrictivo, en que es fundamental lograr la eficiencia en la administración de los recursos y en la entrega de los servicios a las personas, para alcanzar los objetivos de salud que el país se plantee y los objetivos de tener un sistema de salud verdaderamente equitativo en el acceso y solidario en su financiamiento.

Asimismo, el planteamiento de las reformas propuestas debe partir reconociendo la realidad y los logros alcanzados por el país en el sistema de salud y por otro lado, reconocer que existen un conjunto de aspectos perfectibles que es necesario enfrentar en una segunda etapa de gobierno como una continuación de lo alcanzado en el primero y no como un rompimiento con lo desarrollado, toda vez que a mi juicio se están sentando las bases que permitirán una reforma más profunda en la concepción, organización y financiamiento del Sistema de Salud Chileno bajo principios de equidad solidaridad, eficiencia y respeto del individuo en sus derechos fundamentales.

Santiago 26 Octubre de 1992.