

REPUBLICA DE CHILE
Presidencia
Secretaría de Prensa

Improvisación

PALABRAS DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA,
D. RICARDO LAGOS ESCOBAR, EN INAUGURACIÓN DE XXII
JORNADA: "DEBERES Y DERECHOS CIUDADANOS:
IMPLICANCIAS EN LA REFORMA EN SECTOR SALUD"

SANTIAGO, 28 de Noviembre de 2002

Señoras y señores:

Quiero comenzar señalando que lo que quisiera compartir con ustedes esta mañana son algunas breves reflexiones que no alcanzan a configurar lo que se ha denominado "una conferencia", que normalmente cada vez se hace más difícil, creo, para los Presidentes dar "conferencias". A lo sumo lo que pueden hacer es algunas reflexiones mal hilvanadas tal vez, sobre algunos temas que me parece que son trascendentes.

Creo que en el ámbito de la salud, particularmente el concepto de salud pública, como muy bien ha dicho Giorgio Solimano, existe en este ámbito una larga tradición. Es una larga tradición que se remonta a finales del XIX, comienzos del XX, cuando de una u otra forma, como en otros ámbitos, se va haciendo una imbricación muy estrecha entre lo que es la evolución de la universidad, en aquellos años la Universidad de Chile, y lo que son la necesidad de generar políticas públicas en ese mismo ámbito.

Si usted hace un desarrollo en la evolución del ámbito de salud pública, haga usted un desarrollo de la evolución en el ámbito de la infraestructura, entre lo que es la Facultad de Ingeniería de la

Universidad de Chile, por una parte, y lo que es el Ministerio de Obras Públicas por la otra, usted ve que son desarrollos, yo no diría paralelos, pero sí convergentes, en tanto la investigación, la ciencia se hace en la universidad, la aplicación práctica de toda en alguna instancia pública, léase ministerio, léase servicio de salud.

Allí comienza la historia de este proceso de la salud pública en Chile. Es la historia que comienza también cuando a diferencia de hoy, se tendía a dar mucha más importancia a la prevención que a la curación, y se hablaba mucho más de medicina preventiva que curativa. Y entendíamos que era mucho más importante, en las políticas de salud, la prevención que la curación.

Es cierto, a partir de la prevención dábamos saltos de una magnitud que no estábamos en condiciones de prever si no fuere por el avance de la ciencia. El caso clásico es la II Guerra Mundial, el descubrimiento del DBT, y lo que significa en la India cuando se llega con el DBT. Usted llega a la India con el DBT y la India pasó automáticamente la esperanza de vida a aumentar en 10 años. Esos son los cambios que se generan y que son de otra envergadura. Era cuestión de echar un poquito de fleet no más en toda casa, en las modestas casas de las familias hindúes, y usted tuvo un aumento de diez años de esperanza de vida, de 31 a 32 años pasa a 42 años.

Es allí donde creo entonces que está en buena medida definido lo que son los desafíos del ámbito de salud pública, y es allí, entonces, donde hay también, así como en Chile, una larga evolución internacional. Es esa evolución internacional la que hace que respecto de la Organización Panamericana de la Salud y los 100 años que cumple en estos días sea también una relación entre Chile y la Organización centenaria, desde la participación de Chile, 100 años atrás, cuando se crea la Organización, hasta el largo desarrollo de profesionales chilenos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile con la OPS, y la forma en donde aquel salubrista que lleva el nombre de estas jornadas, Abraham Horwitz, jugó un rol tan fundamental.

Porque el doctor Horwitz está vinculado, en buena medida, a la historia de la salud pública en Chile. Es el profesor de salud pública

de los años 50 – 60, en el cual ejerció, dicho sea de paso, como subdirector normativo del Servicio Nacional de Salud. Y esa es la década de los 60, cuando es elegido director de la OPS y se desempeña en dos o tres períodos adicionales a su período original.

Y, por lo tanto, su contribución al campo de la salud pública, siendo muy importante, observen ustedes, su contribución en el campo de la nutrición, su contribución es fundamentalmente en el ámbito de la nutrición, esto es básicamente prevención.

Por eso me parece tan importante esta reunión, este seminario que ustedes hacen aquí, bajo el amparo de la Universidad de Chile, porque es el rol de la Universidad de Chile. ¿Dónde se crean los espacios de debate, los puntos de encuentros, dónde combina usted el desarrollo “científico” de la necesidad de la toma de decisiones en el ámbito público? ¿En qué medida la toma de decisiones en el ámbito público tiene que ver con el avance en el ámbito “científico”? Y para qué entrar en el viejo debate “estamos en condiciones de diferenciar dónde termina la definición del debate científico y comienza la definición de la toma de posiciones de políticas públicas”.

Lo que sí me parece importante es señalar que esta tradición de Chile, de la cual estamos orgullosos, de la cual entendemos que este pequeño país, lejos en el sur del mundo, ha sido capaz de hacer aportes significativos, requiere una puesta al día.

Entonces, en esa puesta al día es que me parece tan importante que estas jornadas de salud públicas se hagan en un momento tan clave del proceso de reforma a la salud en el cual estamos todos involucrados.

Aquí, en este momento de la historia, estamos definiendo los cimientos de un nuevo sistema de salud, igual como lo hicieron nuestros compatriotas a comienzos del siglo XX, e igual como lo hicieron nuestros compatriotas a mediados del siglo XX. Y también quisiera decir que, igual como lo hicieron nuestros compatriotas a mediados del siglo XX, la reforma de 1952 costó mucho, y hubo muchas huelgas. Nada nuevo bajo el Sol.

Por eso le he pedido también a la ciudadanía que no se confunda. Y hoy quisiera decírselo a ustedes. Como muy bien nos lo recordó la doctora, la salud ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud, y por la declaración universal de los derechos humanos, como un derecho inherente a las personas. Ese es el dilema. Nos atrevemos o no a poner a las personas como el eje central de un proceso de reforma. ¿Qué es lo esencial en un proceso de reforma? Y éste es el tema. Porque una cosa es definir cuál es el sujeto del proceso que queremos hacer, ¿cuál es el sujeto de un proceso de reforma de la educación: el alumno, la sala de clases, el profesor, el Ministerio? Creo que todos estaremos acordados que el eje central es el alumno. Ahí están los desvelos del proceso educativo.

Y la reforma de salud creo que es esencial, entonces, que coloca en el centro de su decisión lo que tiene que ser algo central, que son las personas. Y la salud de la población es tal vez de las mayores riquezas que tiene un país. Y la desigualdad en el acceso a la salud es la peor de las injusticias, y es lo que tenemos que mejorar.

En educación, durante años el gran debate fue cobertura, cómo garantizamos que cada niño en edad escolar acceda a una sala de clases. Ese fue el debate del siglo XX y triunfamos. Garantizada cobertura para todos. En el proceso de luchar por cobertura, se nos fue quedando atrás la calidad. Y hoy día tenemos cobertura para todos, pero calidad desigual. +

Y el centro, el nervio de la reforma educativa es garantizar calidad similar en cualquier escuela de Chile. Y eso significa, entonces, una política pública que nos obliga a discriminar y dar más recursos donde hay menos calidad. Y hay menos calidad donde sus padres tienen un nivel educativo más bajo, hay menos calidad donde hay más aislamiento, hay menos calidad donde hay más pobreza. Está claro.

En la salud, el tema de cobertura no está resuelto, y en la salud, en consecuencia, tenemos un tema de cobertura que obedece a dos razones: primera razón, los crecientes costos que demanda un sistema de medicina curativo, no preventivo, moderno, primer tema;

segundo tema, estos crecientes costos van directamente relacionados con los enormes adelantos tecnológicos que se generan día a día.

Y, por lo tanto, el dilema, mis amigos, en el ámbito de la salud, es cómo usted está en condiciones de garantizar coberturas respecto de la gran mayoría de la población, y cómo estas garantías de cobertura son compatibles con lo que son los niveles de desarrollo de un país.

Y aquí, entonces, es donde es tan importante esta jornada, porque esta jornada nos apunta, entonces, a cuáles son los deberes y derechos ciudadanos, y cuáles son los derechos y deberes ciudadanos cuando crecientemente el tema de cobertura entre lo que son las demandas que tiene cada ciudadano en materia de salud, y lo que esa sociedad, cualesquiera que sea el sistema que tiene en materia de salud, está en condiciones de otorgar. Y digo cualesquiera que sea, no me interesa por ahora si es público o privado, cuánto está dispuesto a dar.

Y, claro, si usted dice que lo que destina a Salud es el 10% del producto, Europa; 15% del producto Estados Unidos. Por Dios que es distinto, si es el 10% del producto y usted tiene 30 mil dólares por habitante. Y por Dios que es distinto si es 15% del producto, si usted tiene 35 mil dólares por habitante. ¿Cuánto a salud da usted en Chile cuando tiene 5 mil dólares por habitante, u 8 mil, si quiere medir por sistemas de paridad de poder de compra? Y esos 5 u 8 mil dólares por habitante ¿qué porcentaje en salud, quiere dar el 10%?, póngale. ¿Y cómo comparo esa oferta en materia de salud con la del país que tiene 30 mil? ¿Y cómo la hago con garantía lo suficientemente claras y explícitas como para que la población sienta que todos acceden a ella?

Entonces, ¿qué tenemos hoy? Hoy tenemos el sistema del 52, y el sistema del 52 tiene que ver con el Chile del 52. ¿Cuál era el Chile del 52? Ah, veníamos de una larga batalla contra la tuberculosis, una larga batalla, que la estábamos ganando. ¿Y cuáles eran las otras epidemiologías clásicas del Chile del 52? Muy distintas de las del Chile del 2002. Sólo en el tango "veinte años no es nada". Pero 50 años, son muchos años, en un período de tan rápido crecimiento, de

tan rápido aumento de ingreso por habitante, de tan rápido avance tecnológico, de tan rápido avance científico.

Y como les he recordado en más de una ocasión, el modelo que hicimos el 52, del Servicio Nacional de Salud, no fue sino la respuesta que en su momento dio la autoridad pública ante el terremoto del 39. Y dijo "todo lo que son los organismos en el ámbito público que tienen que ver con la salud, los voy a coordinar en las regiones donde llegó el terremoto". Y ese fue el origen del Servicio Nacional de Salud.

Pero hoy tenemos un cuadro distinto, distinto del punto de vista de cuáles son las principales enfermedades, distinto del punto de vista de las tecnologías. ¿Cuántos pacientes morían el 52 en Unidades de Tratamiento Intensivo? Ninguno. No existían las UTI. O sea, la forma de entender la operatoria era distinta.

¿Y cuánto cuesta un día cama en la UTI o en la UCI? ¿Cuánto cuesta antes, que la gente se moría en la cama del hospital? ¿Y cómo damos cuenta de eso? ¿Y cómo damos cuenta en un sistema de salud, en que usted está lidiando con la vida de la persona? ¿Y todos van a acceder, todos, a la última tecnología en la última UTI de última generación, como la de la Clínica Mayo? Me temo que no podemos. No sé por qué se me ocurre que no podemos. +

Entonces, acá tenemos una definición muy dura que hace a la ética de la profesión. Y yo entiendo el punto de vista de médico cuando me dice "Presidente, no le acepto ese debate". Pero es que ese debate existe. Cuando voy a una clínica y veo los temas en la neonatología, en los niñitos chicos recién nacidos, y tenemos tres, y tenemos dos incubadoras.

Entonces, aquí es donde me parece tan importante entender que hay hoy una desigualdad en el acceso. Y esa desigualdad en el acceso está determinada fundamentalmente por razones económicas. Y esa percepción la tiene hoy día quién quiera que va a un centro de salud. Y muchas veces cuando se va a sacar el bono de Fonasa, el bono de Fonasa, mis amigos, tiene mucho más que ver con el deseo de decir "yo me estoy pagando la consulta y usted me va a atender

bien aquí". Y democracia consiste en cómo tratamos a la gente con dignidad.

Y, entonces, esto es lo que me parece tan importante. Volvamos a las raíces. Para Hipócrates, "el médico no sólo debe estar preparado para hacer el bien él mismo, el médico, sino que el médico debe hacer que el paciente, los colaboradores y otras personas cooperen al mismo fin". Eso es muy importante. O sea, para Hipócrates era tan importante lo que hacía el médico, como la forma en que el médico hacía que el paciente cooperara también, porque el paciente era un sujeto.

Es cierto que a medida que avanza la ciencia, la asimetría que se produce en la información entre el profesional médico y el paciente, hizo que este principio Hipocrático se fuera perdiendo en el tiempo, y que el modelo de salud fuera crecientemente un modelo paternalista. El médico sabe, el paciente obedece.

Por eso me pareció tan importante lo que usted ha dicho, doctora, de la relación médico-paciente. ¿Por qué? Porque hoy el paciente ha dejado de ser un objeto para ser reconocido como un sujeto de derecho. Ese es el sentido de este seminario, ese es el gran cambio.

Y, por lo tanto, existe la asimetría de conocimientos, evidente, entre el profesional y el sujeto, el paciente, pero el paciente hoy es el sujeto fundamental. Y la reforma que hacemos tiene como centro eso.

Y este tema es el que a ratos me parece a mí no está puesto en el centro del debate. Y la reforma de salud que estamos haciendo tiene que ver también con una segunda vuelta a las raíces, que es el tema de la prevención y la medicina curativa. Buena parte de todo lo que usted haga en atención primaria es prevención, si lo que hace son controles. Pero más allá de la atención primaria, el tema de la prevención está determinado por qué capacidad tenemos desde el ámbito de la salud, en tener una cierta calidad de vida, un cierto estilo alimentario, un cierto tipo de ejercicios cotidianos, si sabemos que buena parte de nuestras epidemiologías tienen que ver con la forma en que nos alimentamos, por la cantidad de kilómetros que

caminamos, si es que caminamos, por los ejercicios que hacemos. Es decir, las cosas que ustedes conocen mucho mejor que yo.

Pero eso está en el centro de la reforma, pero no en el centro del debate, claro. Eso no interesa a nadie. Pero si la sociedad chilena cambia en ese sentido, entonces estamos mucho mejor, estamos volviendo, como ustedes me han escuchado decir un par de veces, a la misión de los emperadores con sus médicos en la China milenaria, ¿verdad? Que el emperador le pagaba el médico en tanto el emperador estuviera sano. Tan pronto se enfermaba el emperador, le dejaba de pagar al médico. Era una forma de entender la prevención, me parece bastante clara, ¿no?

Bueno, si eso lo sabemos entonces, primero, pero reforma de salud entonces significa qué es lo que usted enseña en el colegio. Claro, enseña en términos alimentarios, de cómo se alimenta sano, o cómo usted hace ejercicios cotidianamente, etc. Eso es lo que hemos planteado en la reforma.

Ahora, bien, el tema que más ha despertado “la inquietud ciudadana”, el Auge. El Auge no es sino, digámoslo francamente, la socialización a otra escala de lo que en la historia de la salud pública se ha hecho siempre. Referí que el doctor Horwitz planteó el tema de nutrición. Todo ese programa materno-infantil que se desarrolló durante un largo período de tiempo, y que tenía por objeto fundamental disminuir la mortalidad infantil, era un augesito chiquitito. Había un acceso universal con una garantía explícita de que en el ámbito de la madre embarazada iba a tener todo este conjunto de resguardos para que diera a luz bien, y producido el parto iba a haber todo este conjunto de elementos para el niño recién nacido. ¿No es eso? Y no porque hacía eso usted dejaba de hacer todo lo que tiene que hacer en materia de salud pública el país, pues.

¿Qué es lo que es el IRA? “Ah, es que tenemos determinados problemas en invierno, porque esta ciudad tan bonita, con tanto smog y nos tiene a todos los niños enfermos, y los mayores de 65 también”. Entonces, como usted sabe que eso le va a ocurrir, entonces usted hace un programa especial para atacar eso. ¿Ha habido una campaña diciendo, “oiga es que el IRA no comprende tal cosa”? “Oiga, es que

los programas materno-infantil no comprenden tal otra". No, pues, si está acotado.

¿Qué se está haciendo en el Auge? Lo más elemental. ¿Cuál es el conjunto, dado el conjunto del cambio epidemiológico del Chile de hoy? ¿Cuál es el conjunto de patologías, de enfermedades de mayor frecuencia, que dan origen a un 2 mil, 3 mil, no sé cuántos miles, ustedes lo saben muy bien, yo soy ignorante en esto, de prestaciones, pero que dan cuenta hoy del 80% de lo que es hoy, 80% del trabajo cotidiano de los hospitales de Chile, 80%. ¿Y le vamos a hacer un programa materno-infantil? ¿Se entiende lo que digo?

O sea, le vamos a decir al 80% de aquellos que necesitan esta atención, "señor, todo chileno, toda chilena va a tener acceso universal, cualesquiera que sean sus condiciones. Y le garantizo que en tal período de tiempo usted va a ser atendido". Nadie dijo que era puro cuento el programa materno-infantil. Y yo confío en los médicos de mi país para que esto no sea puro cuento, porque ellos son los que tienen que hacerlo.

Pero ésta es la esencia de una reforma muy profunda, porque tiene que ver con la dignidad. Aquí no hay canastitas básicas. Aquí hay prioridad respecto de un conjunto para ponernos a tono con las nuevas epidemiologías que tenemos en el Chile de hoy. Por Dios que es importante.

Entonces, es a partir de esto que yo digo "estamos en condiciones de poder dar un paso muy fundamental". Es cierto, ¿por qué el 80% y no el 100? Porque tenemos 5 mil dólares por habitante. ¿Y el otro 20%? El otro 20% va a tener el tratamiento que tiene hoy día. +

Cuando usted hizo un programa de medicina materno-infantil, ¿por qué fue sólo eso y no hizo las otras cosas? Porque la sociedad chilena, en términos de sus políticas de salud pública dijo "queremos disminuir la mortalidad infantil". Eso nos propusimos. Y aquí, entonces, yo digo: primero, quiero disminuir el conjunto de patologías que tengo producto de un cierto estilo de vida. No quiero tener tantas patologías derivadas de problemas cardíacos y, por lo tanto, quiero un

estilo de vida, un estilo alimenticio, que los adultos mayores tienen que hacer tales y cuales cosas. +

Pero aún eso, insuficiente, como voy a seguir teniendo cardiologías, enfermedades producto del corazón, entonces voy a hacer un programa especial y va a estar en el Auge. Y los cánceres de no sé qué tipo, van a estar; y las catastróficas, van a estar. ¿Por qué van a estar? Porque quiero una sociedad chilena en donde no exista el temor a una enfermedad catastrófica que implica la ruina económica de lo que esa familia acumuló. Porque cuando hay un ser querido que está en una enfermedad terminal, usted va a vender lo que no tiene o se va a encalillar hasta donde no pueda, para poder hacer algo por ese ser querido. Y Chile puede construir una sociedad donde exista un mundo distinto. Lo podemos ahora, no lo podíamos 50 años atrás.

Ah, ¿y lo que estamos haciendo ahora el 2002?, por Dios que se va a ver modesto, no me cabe la menor duda, cuando alguien esté acá hablando en la jornada número 72 de salud pública, en 50 años más.

Pero como ahora tenemos una percepción clara del dinamismo de este país, entonces decimos "claro, y estas 56 patologías que dan origen a 2 mil, 3 mil prestaciones, queremos entonces que haya un núcleo científico que defina, a medida que el país crece, qué esfuerzos financieros, de recursos humanos, de infraestructura hospitalaria, vamos entregando para poder avanzar". Es eso, ese es el centro de todo, ese es el centro de todo. +

Pero también aceptemos que a medida que se va avanzando, para poder poner números a estas garantías explícitas respecto de este 80% que es hoy día la atención hospitalaria, necesito avanzar en lo que hoy día ocurre en tantos lugares, que tiene que ver fundamentalmente con los protocolos de cada una de estas prestaciones, para poder hacer los cálculos pertinentes. Pero los protocolos obviamente lo ven las sociedades científicas de cada uno de los capítulos de los que tienen que ver con estas cosas. Porque si lo que tiene que hacerse son operaciones de vesícula, y la vesícula implica 1, 2, 3, y los rayos de no sé qué y los análisis de no sé cuánto, hay un protocolo, tengo que tener eso para poder calcular entonces,

porque si voy a dar una garantía explícita que nadie de vesícula se va a demorar más de 2 meses y se va a operar, etc., etc., tengo que hacer un costeo de cuánto me cuesta, etc. Ustedes lo saben mejor que yo.

Y eso, mis amigos, ¿atenta contra el médico? No, por cierto que no. El médico es el eje fundamental. Pero que tiene que tener usted algún tipo de protocolos para poder tener, si quiere avanzar en esto, claro.

Última reflexión. El 52 prácticamente no había medicina privada, lo que había era mínimo. Había, claro, mínimo. Cincuenta años después usted tiene todo un sistema importante que son las Isapres, que es un sistema de seguro privado, todo lo que conocemos, y en donde hoy tiene usted un 30%, 25%, lo que sea de chilenos, que están en ese sistema, y respecto de lo cual también tiene, en consecuencia, al hacer un sistema de reforma de salud, incorporar aquello que no existía hace 50 años atrás. Y, por lo tanto, los 5 proyectos que hemos enviado, son proyectos muy fundamentales en ese sentido.

Una reforma de esta envergadura, es una reforma que se hace a través de un intenso debate. No hay otra forma. Porque son muchos los elementos implícitos. El cambio es muy profundo respecto de lo que tenemos. Pero yo también sé, excúsenme que lo diga así, que hacerlo implica enfrentar dificultades. Pero he creído mi deber enfrentar las dificultades y no pasar estos 6 años, porque no me eligieron para administrar lo que recibí, me eligieron para mejorar lo que había. Y mejorar lo que había implica cambiarlo, y cambiarlo implica atreverse.

Excúsenme, también estoy convencido que lo que hemos hecho ha sido como pocas veces en la historia de Chile, colocar la salud en el centro del debate nacional, como colocamos la educación hace 10 años atrás en el centro del debate. Y yo no quisiera pensar que esta oportunidad se va a desaprovechar, y no quisiera pensar que esta oportunidad la vamos a dejar pasar.

Pero esta largo debate que lleva ya 3 años, también tiene que dar paso a la acción. ¿Cuántas reuniones he tenido con todos? Y seguiré teniendo, feliz. El tema me apasiona, me gusta y creo que hace a la esencia del país que vamos a construir.

Entonces, recojo de inmediato la propuesta que ha hecho Giorgio Solimano, de decir "aquí tiene usted, Presidente, un espacio para conversar, para dialogar". Espléndido, hagámoslo, cuándo quiera, cómo quiera, me invita, vamos con todos los actores habidos y por haber. Pero aceptemos una cosa, el debate termina y las instituciones funcionan. Y las instituciones funcionan, en Chile se llama el Parlamento es el que resuelve. Nadie habla por los 15 millones de chilenos sino las instituciones que los 15 millones tenemos.

Por eso lo que la gente quiere son soluciones y no conflictos, y toda acción, por muy legítima que sea, que atenta contra las personas más necesitadas del país, a la larga esa acción es un gran fracaso. Y lo de ayer fue un gran fracaso, porque lo de ayer afectó a los más modestos de Chile. Los que ayer tenían hora para operarse en la Clínica Alemana se operaron en la Clínica Alemana. Y eso no me parece que sea la forma de entender esto. Y no me parece la forma que sea decir "no quiero que siga el Parlamento discutiendo".

Y, en consecuencia, con el mayor respeto yo quiero decir: prefiero decirle a Chile que fracasé y que no hay reforma de salud. Estoy seguro que no va a llegar ese momento, pero éste es un tema que tiene que ver con el país y cómo lo construimos, pero lo que vimos ayer no es lo que nos gusta ver a Chile. +

Entonces, nuestra obligación es cuidar la salud de las personas ahora, y nuestra obligación es cuidar la salud de las personas mañana. Y para eso, entonces, lo único que quisiera decir es que me parece muy indispensable mantener el diálogo, mantener la forma que nosotros podemos seguir planteando esto, pero sí me parece muy importante también entender que la reforma tiene que estar aplicándose, espero, el año 2004, y eso quiere decir terminar los debates a mediados del 2003, para poder tener los presupuestos necesarios. +

Excúsenme si he tocado estos temas de la coyuntura, pero me pareció que no era realista de mi parte hablar como si no hubiera ocurrido nada, cuando han ocurrido cosas como lo de ayer, que me parece gravísimo, porque yo habría supuesto que era una etapa superada en la historia de Chile.

En todo caso, soy optimista, porque como me gusta ver la historia, sé también que hubo paros importantes el año 52, no es nuevo. Es más fácil mantenerse en la administración de lo que aprendí, que atreverme a dar un salto distinto. Pero las sociedades que no se atreven a dar el salto y se quedan administrando el presente, a la larga no son las que hacen historia. Y si este país tiene una tradición en el ámbito de la salud pública, fue porque hubo Abrahames Horwitz que se atrevieron a romper con lo que había. Y la larga tradición de salubristas de este país apuntaron a atreverse a romper con lo que había.

Yo estoy seguro que en estas jornadas, cuando ustedes quieren poner cuáles son los derechos y deberes de cada uno de ellos, ustedes están colocando el reflector donde corresponde, y estoy seguro que sus conclusiones van a ser, que si queremos hacer del paciente el sujeto de nuestros desvelos, eso nos obliga a cambiar el enfoque que tenemos.

Espero que el resultado de estas deliberaciones pueda ser útil al momento que vivimos, y espero también que podamos tener distintos lugares de encuentro, como éste u otros. Si algo me ha caracterizado toda mi vida ha sido de conversar con todos y con puertas abiertas. Comencé por abrir las puertas de La Moneda el primer día de mi mandato. Y, por cierto, que a nadie le digo que no puede entrar a conversar. Lo único, no más, que espero que las conversaciones sean tales que nadie crea que tiene la verdad absoluta, y que si no hace lo que él piensa que hay que hacer, entonces me salgo de la conversación y me voy a la huelga. Lo que ayer ocurrió fue exactamente eso. Conversamos 3 años, llegó el momento de mandar un proyecto de ley, las leyes están en el Parlamento de Chile. ¿Cuántas veces las autoridades, cuántas veces los representantes gremiales han sido citados al Parlamento? Acá está el presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. ¿Cuántas veces han

sido citados? No es por falta de diálogo. Es que hay un instante también en que hay que tomar definiciones. Y en democracia las definiciones se hacen en función de lo que diga donde se hacen las leyes, que es el Parlamento de Chile. +

Estos han sido días duros, porque alguien me dijo que en la década de los 80 yo también había propiciado paros. Y a mucha honra, pero que no me comparen la década de los 80 con lo que vivimos ahora, porque todos juntos luchamos por que hubiera democracia. Y los principios por los cuales luchamos para que hubiera democracia, era precisamente un sistema donde nos respetamos unos a otros, y no donde algunos creen que pueden imponer sus puntos de vista a otros, porque pueden ejercer actividades de fuerza, como la que vimos ayer. No, señor. No recuperamos la democracia para eso.

Y, con el mayor respeto, yo digo: espero que lo de ayer no lo volvamos a ver, porque así no nos entendemos en democracia.

Muchas gracias.

* * * * *

Santiago, 28 de noviembre de 2002.
Mls/ems.

Declaraciones de S.E.

S.E.:gesto lo tengo todos los días, las puertas de La Moneda están abiertas.

Pregunta:

S.E.: Pero si yo... con todos. Yo lo hago con todos, siempre. ¿No encuentra usted? ¿Ha visto que a alguien le haya dicho que no alguna vez?

Pregunta: ¿Va a haber alguna sanción, Presidente, con el paro...?

S.E.: Nada nuevo, nada nuevo...