

LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI

E. Moreno

*Cátedra de Salud Pública, Universidad de Tucumán (Argentina).
Organización Panamericana de la Salud (OPS).*

Correspondencia: Elsa M. Moreno. Correo electrónico: emoreno@cpsarg.com

(PUBLIC HEALTH IN THE 21ST CENTURY)

Resumen

Todo intento de predecir el futuro es complicado y en el caso específico de la Salud Pública la tarea se torna más difícil ya que los cambios en este área se producen en consonancia con los cambios en la situación de salud y esta situación de salud guarda, a su vez, relación con las características biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, de la estructura social y económica, la cultura, los estilos de vida imperantes en la sociedad, los procesos demográficos y macroecológicos y la oferta de servicios de salud.

A pesar de ello, en este texto abordaremos los dos siguientes puntos:

1. El final del siglo: el contexto sociopolítico y económico, los cambios en la situación de salud y del sector salud.
2. Tendencias de la medicina en el siglo XXI y las áreas y utopías para el futuro.

Palabras clave: Salud pública. Epidemiología. Gestión sanitaria. Factores socioeconómicos. Desigualdades en salud.

Abstract

Any aim to predict the future is rather complicated, even more so within Public Health since the changes in this field take place together with the health situation. This health situation, in turn, is related to the social, psychological and biological characteristics of each individual, social and economic structures, culture, the predominant social life-styles, demographic and macroecological processes, and health services availability.

Despite all the above, this paper analyses the following two aspects:

1. The end of the century: the socio-political and economic contexts, the changes in the health situation and in health care.
2. Medical tendencies in the 21st century and future fields and utopias.

Key words: Public health. Epidemiology. Health management. Socioeconomic factors. Inequalities in health.

Introducción

Para empezar, los invito a reflexionar un párrafo del libro *El Alquimista* de Paulo Coelho: “Cuando las personas me consultan, yo no estoy leyendo el futuro; estoy adivinando el futuro. Porque el futuro pertenece a Dios, y él sólo lo revela en circunstancias extraordinarias. ¿Y cómo consigo adivinar el futuro? Por las señales del presente. Es en el presente donde está el secreto; si prestas atención al presente, podrás mejorarlo. Y si mejoras el presente, lo que sucederá después también será mejor: Olvida el futuro y vive cada día de tu vida en las enseñanzas de la Ley y en la confianza de que Dios cuida de sus hijos. Cada día trae en sí la eternidad”. (Palabras del Adivino en *El Alquimista*, de Paulo Coelho).

Aquí hay tres ideas fuerza: la primera que el futuro no puede leerse sino adivinarse, la segunda es que el presente tiene el secreto del futuro y la tercera es que si analizamos el presente podremos mejorarlo.

Para hablar de la Salud Pública en el siglo XXI voy a seguir el consejo del Adivino del texto de Coelho, escudriñar el presente de la Salud Pública para poder adivinar el futuro y hacer algunas propuestas para mejorarlo en el próximo siglo.

Por lo expuesto me propongo, en esta oportunidad, abordar los dos siguientes puntos:

1. *El final del siglo: el contexto sociopolítico y económico, los cambios en la situación de salud y del sector salud.*
2. *Tendencias de la medicina en el siglo XXI y las áreas y utopías para el futuro.*

1.1. El contexto sociopolítico y económico del final del siglo

La situación sociopolítica y económica de este final de siglo se nos presenta con vertiginosos e insospechados cambios en las estructuras, los procesos y relaciones de los individuos, las instituciones y los países. Estos cambios tienen la virtud de afectar simultáneamente a todos los países en muchos aspectos, pero en especial en el acceso a la información y en la homogeneización de los estilos de vida, ambos de gran importancia para salud.

Uno de los signos de estos tiempos es, sin duda, la simultaneidad con que se presentan las corrientes de Globalización y Localización, procesos que ofrecen riesgos y oportunidades.

La globalización económica se traduce en la aparición de un nuevo orden económico que reorienta los sistemas de producción y comercio y acaba en un proceso de transnacionalización de la economía. Junto a esta globalización económica se genera un proceso de globalización política con experiencias de integración regional y subregional.

Las ventajas de la globalización son la ampliación de los mercados y la difusión de la tecnología, pudiendo aumentar la productividad y mejorar el nivel de vida. Los riesgos de la globalización son la inestabilidad y cambios no deseados, entre los cuales el más cruel es, sin duda, una inequitativa distribución de la riqueza, la desocupación por la pérdida de puestos de trabajo ante la entrada de productos importados, la inestabilidad financiera causada por los flujos irregulares de capitales extranjeros y peligros para el medio ambiente mundial.

Los procesos de localización cuentan entre sus ventajas la capacidad de preservar los espacios donde prevalecen las diferencias y heterogeneidades propias de los grupos de población, circunstancia ésta que se acompaña de una mayor participación popular en la política, de procesos de descentralización y delegación del poder en los niveles locales y, por ende, de gobiernos locales más sensibles a las necesidades de su gente y con mayor responsabilidad para satisfacerlas.

Entre los problemas que pueden acarrear los procesos de localización se mencionan algunos derivados de la transferencia de los servicios públicos a los niveles locales semiautónomos, entre los que se encuentran la salud y la educación. En estos casos, a menudo la transferencia sobrepasa su responsabilidad y se convierte en una carga difícil de soportar con el consiguiente endeudamiento y demanda de ayuda al gobierno central.

En nuestro país, las desventajas de estos procesos son por todos conocidas, contándose entre éstas el aumento de la desocupación y de la pobreza y el fuerte endeudamiento de los gobiernos provinciales.

Según el último Informe Mundial de Desarrollo Humano, “la globalización y la localización son inevitables y se asegura que el éxito de un país en el siglo XXI dependerá de su capacidad para manejar estas dos fuerzas simultáneamente, pudiendo prosperar o fracasar según la eficacia con que se aprovechen y encaucen su energía”¹.

Hasta el momento, los comentarios han girado en torno al avance de la globalización y se ha prestado mucha menos atención a las fuerzas de la localización. En ambos casos, sin embargo, lo más importante es trascender los conceptos tradicionales del crecimiento económico y hacer de la persona –sus oportunidades, salud, bienestar, educación e inclusión– la protagonista de los planes de desarrollo para el siglo XXI.

1.2. Los cambios en la situación de salud. El perfil epidemiológico

En la Argentina de las últimas décadas, el envejecimiento de la población, las transformaciones en los estilos de vida de los individuos, las familias, las comunidades y el trabajo, van configurando un nuevo perfil epidemiológico y modificando las formas de enfermar y morir de nuestras poblaciones.

Disminuyen o desaparecen las infecciones prevenibles por vacunación, persisten, aparecen o reaparecen algunas otras enfermedades infecciosas y adquieren cada vez mayor importancia, o por el aumento del número o por su importancia relativa, las afecciones del período perinatal, las enfermedades crónicas y degenerativas, las derivadas de la exposición a la contaminación ambiental y los problemas psicosociales derivados de un medio social desfavorable, que en muchos casos se traducirán en accidentes, violencias, suicidio, adicción a drogas, alcohol y tabaco. En resumen, coexisten entre nosotros las afecciones de la miseria con las del privilegio económico.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado un trabajo elaborado por un grupo de expertos, donde se analizan las previsiones de cambios en el orden de las 10 principales enfermedades en el mundo desde 1990 al 2020. Este estudio ordena los problemas de salud en términos de “carga de enfermedad”, medida como años ajustados por grado de discapacidad.

En 1990, las cuatro primeras causas fueron las infecciones respiratorias, seguidas de enfermedades diarreicas, perinatales y depresión.

Las cuatro primeras causas de discapacidad, en el año 2020, estarían ocupadas por las cardiopatías isquémicas, la depresión, los accidentes de tránsito y la enfermedad cerebrovascular.

Esta predicción de un grupo de expertos advierte a las claras que se avecinan nuevos cambios en el perfil epidemiológico, con alta prevalencia de discapacidades que resultan de causas derivadas de la prolongación de la vida, de las características del ambiente socioeconómico y cultural y de los estilos de vida, y que sólo pueden controlarse con una medicina anticipatoria, que promueva ambientes saludables y cambios en la manera de vivir y envejecer.

Se hace, pues, evidente que el bienestar o salud total no podrá conseguirse en el futuro sólo con la medicina. Será necesario avanzar no sólo en salud sino también en otras áreas tales como educación, trabajo, seguridad, justicia, prerrequisitos de la promoción, señalados por la Carta de Ottawa.

1.3. Situación del sector salud y su deuda pendiente

El sector salud no escapa a la influencia de la globalización y la localización, no sólo porque han dado origen a cambios en las condiciones de vida -en algunos casos aumento de la pobreza e inequidad- sino también en la organización y desempeño de los servicios de salud y en el rol de sus principales actores. Los cambios que se producen son el resultado no sólo de estos procesos y del nuevo perfil epidemiológico de necesidades en salud, sino también del agotamiento de algunos paradigmas que regían en el sector y su reemplazo por nuevos análisis de la realidad y nuevas propuestas de intervenciones.

Estos cambios de paradigmas durante las tres últimas décadas han originado procesos de reforma del sector en todos los sistemas de salud del mundo y la Argentina no ha sido una excepción.

En la reforma argentina pueden reconocerse tres capítulos², el primero de ellos corresponde a la década del 70 donde se trató de consolidar un modelo de sistema universal, el SNIS, en 1974, con un eje en los servicios del Estado. Perdió fuerzas al no conseguir incorporar a las Obras Sociales que desde 1970, con la Ley 18.610, se habían extendido en forma obligatoria a todos los trabajadores.

El segundo capítulo de reforma se ubica en 1985 con el proyecto de Seguro de Salud, que volvía a colocar el eje en el Estado, fortaleciendo el subsector público como prestador y su incorporación a un sistema donde las Obras Sociales y el subsector privado compartían las actividades. Este proyecto encontró fuerte

oposición sindical de manera que tampoco pudo concretarse.

La tercera etapa de la reforma corresponde a la pasada década del 90. Las reformas en este período no fueron discutidas en el ámbito parlamentario y se instrumentaron a través de decretos que siguen las orientaciones de organismos internacionales. Así se decretó la desregulación de las Obras Sociales, la descentralización de los hospitales para darles mayor autonomía de gestión y de recaudación de recursos, y se implementaron programas de reordenamiento de las Obras Sociales. Se abrió así un mercado competitivo con participación de las prepagas, cuyo número creció enormemente en este período, situación que ese mantiene hasta hoy.

Como producto de los procesos de reforma del sector, llevados a cabo en forma fraccionada, los servicios de salud de nuestro país en la década del 90 muestran las siguientes características:

- Fragmentación, derivada en buena parte por sus diversas fuentes de financiación, y dependencia con ausencia de complementación y coordinación.
- Ineficiencia, causada especialmente por el modelo de atención reparador y escasamente anticipatorio, con concentración de los recursos en los niveles de atención más complejos.
- Inequidad, como resultado de los factores ya enunciados que generan diferentes posibilidades de acceso y calidad.
- Falta de participación comunitaria, por mantenerse una perversa tradición de que el personal de salud decida la suerte del paciente y éste no reivindique el protagonismo a que tiene derecho, en las decisiones que le afectan.

También en el ejercicio profesional se verifican grandes diferencias que se han acentuado en la última década:

- Cambio de una modalidad autónoma y liberal que fuera tradicional, hacia una práctica colectiva e intermediada institucionalmente, intermediación que contribuye a mayor ineficiencia.
- Segmentación de la profesión médica, para atender a diferentes estratos de la sociedad que tienen diferentes posibilidades de consumir servicios.
- Reducción de la autonomía médica en la relación médico paciente, pasando a desempeñar un rol fundamental en las decisiones terceros, tales como los seguros sociales y los privados o prepagas, las mutualidades y las organizaciones intermediarias.

- Cambios en pacto social del médico y la sociedad con pérdida progresiva de derechos y privilegios otorgados por la sociedad a la clase médica.

Este último punto viene adquiriendo especial significación de manera que me parece necesario un comentario adicional ya que la profesión médica tradicionalmente parece haber establecido un pacto con la sociedad, basado en su acceso a un extraordinario conocimiento en asuntos de vida humana.

En ese *pacto*, la sociedad les ha concedido a los médicos un mandato sobre el control social en sus áreas de especialización, un alto grado de autonomía en la práctica y una licencia para asumir la autoridad profesional. Sin embargo, el clima actual muestra a menudo una crítica, controversia e insatisfacción lo que demuestra que el pacto se está rompiendo y la gente se pregunta por qué debemos continuar otorgándoles derechos y privilegios excepcionales.

Cada vez con más frecuencia el médico debe afrontar situaciones problemáticas en varios aspectos, algunas son situaciones de conflictos técnicos, pero también de conflictos de valores. Así por ejemplo, los trasplantes y algunos estudios de imágenes han producido tal demanda que exigen de los pueblos una mayor inversión en el área de servicios médicos. ¿Cómo deberían reaccionar los médicos ante situaciones tan conflictivas como la eficacia, la equidad y la calidad de la atención? Son estas situaciones de la práctica médica que los observadores críticos de las profesiones han comenzado a entender con claridad en las dos últimas décadas, como centrales en la práctica profesional.

Cuando un profesional es incapaz de satisfacer las expectativas respecto a una actuación competente, según los pares y los usuarios, o es incapaz de reconocer o de dar respuesta a un conflicto de valores violando los principios éticos, o no puede ver los problemas públicos que él ha creado, será sujeto de desaprobación o insatisfacción. Esta crítica tuvo en el 70 a su mejor exponente en Iván Illich, quien recriminó a los profesionales por monopolizar el conocimiento e ignorar las injusticias sociales y sobrestimar su conocimiento calificado.

Las nuevas condiciones en que se presenta este pacto social genera en el ámbito de la educación médica, tanto de grado como durante el ejercicio profesional, una necesidad impostergable de asegurar que el profesional sepa resolver estas situaciones conflictivas.

Este es el panorama general y muy sucinto de los servicios y de la profesión médica al finalizar este milenio, si a esta realidad se agrega la situación de los servicios estatales y el gasto en

salud, tendremos un panorama que es conocido por todos y que puede catalogarse como grave. Las condiciones de trabajo en el sector público del país muestran:

- Aumento significativo de la demanda en los servicios urbanos, que ha sobrepasado su capacidad de responder a una adecuada calidad de atención, debida a una significativa disminución de la cobertura por la seguridad social, actualmente estimada en sólo un 45% de la población.
- Disminución relativa de los presupuestos: déficit de personal, escasa incorporación de tecnología, insuficiente y discontinua provisión de insumos básicos, ausencia de supervisión y capacitación de personal.
- Falta de programación local y de la identificación de población a cargo.

La situación de los servicios de salud también se refleja en los resultados ya que en algunas áreas de nuestro país se muestra en desventaja con otros similares en su desarrollo y con un producto interno menor. Para ello bastan pocos ejemplos:

- Nuestro país tiene un gasto en salud de 650 dólares por año y por persona y un PBI de casi \$ 8000 por habitante, montos que no se correlacionan con sus indicadores de Mortalidad Infantil y en consecuencia con la Esperanza de Vida. Para 1998 Argentina tuvo una Mortalidad Infantil de 19 por mil nacidos vivos, Cuba presentó un valor de 9,4; Chile de 11,1; Costa Rica de 12; Uruguay 16. Si tuviéramos la tasa de mortalidad infantil de Chile se evitarían 6000 muertes de niños menores de un año.
- Cada año mueren 500 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de las cuales son evitables con los recursos disponibles.
- Los accidentes están cobrando un cuarto de millón de años de vida sin que se tengan programas específicos para disminuirlos.
- Los problemas cardiovasculares, al igual que los accidentes de automotor, originan cada año la misma cifra de años perdidos sin que se tenga en marcha políticas de prevención.

Esta lista sería por demás larga, y es por todos conocida, y señala el saldo rojo o deudas pendientes del sector salud al finalizar este milenio.

2.1. Tendencias de la medicina al final del siglo

A esta altura es bueno llevar nuestra mirada a las tendencias de la medicina y el estado de salud en este mundo globalizado.

El cuadro global de la salud ha mejorado en todo el mundo durante las últimas décadas. Pero es preciso reconocer que no solamente por acciones del sistema de salud sino también por las acciones extrasectoriales. Por ello han aumentado las desigualdades entre países industrializados y los poco desarrollados y entre los grupos más pobres en el interior de los países, ya que los países desarrollados se preocupan con mayor énfasis de los aspectos del agua, las excretas, el ambiente, la higiene del medio y la vivienda.

La medicina ha incorporado una enorme cantidad de tecnología que ha cambiado la forma de nacer, de vivir y de morir de la gente. Basta reflexionar acerca de las nuevas formas de procreación, los trasplantes de órganos, la biología molecular, la genética, entre otros desarrollos de la tecnología médica.

Hay otras tendencias de la medicina que es preciso destacar y que hace más a los aspectos relacionados con la forma de gestión de los servicios, entre estas deben destacarse las siguientes:

- Se estimula y jerarquiza una medicina cada vez más anticipatoria, que actúe cada vez más en individuos y poblaciones sanas y sobre los factores de riesgo, tales como el autocuidado, la creación de ambientes saludables, el estímulo los estilos de vida saludables.
- Se pone más énfasis en la incorporación tecnológica basada en la evidencia científica, con acortamiento entre la generación y la utilización de la tecnología.
- Hay una mayor participación del individuo y la familia en las decisiones sobre su salud.
- Hay una mayor participación de profesiones no médicas en los equipos de salud, conformando equipos multiprofesionales e interdisciplinarios.
- Se han multiplicado los nuevos modelos de gestión: atención ambulatoria, prehospitalaria, hospitalización abreviada, cirugía ambulatoria y de corta estancia, y unidades móviles para atención ambulatoria.
- Se han desarrollado sistemas informáticos que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios y garantizan la continuidad del cuidado, tales como el mejor control de la atención domiciliaria, el mantenimiento de la red asistencial y la formación y capacitación de recursos humanos (educación a distancia).

Estos cambios en la medicina del final de siglo son sólo una muestra de los avances logrados y que deben orgullecernos. La predicción es que seguirán creciendo en el futuro y sus costos nos seguirán dando dolores de cabeza ya que no siempre se traducen en las tasas, es decir en los

indicadores poblacionales pues los paquetes tecnológicos no se distribuyen equitativamente.

2.2. Tareas y utopías para el futuro

Entre las deudas que nos deja este final de siglo deben mencionarse, entre otras, la inequidad de la existencia de una salud para pobres y otra para ricos, la ineficiencia resultante de concentrar los recursos en algunos grupos poblacionales, la situación de una profesión médica a la que la sociedad ha dejado de brindarle los privilegios que venía gozando, la falta de compromiso de la gente frente a su salud a quien le hemos hecho creer que la salud es sinónimo de médicos y medicamentos, etc.

Todo esto abre un espacio, no sólo para adivinar el futuro como dice el Adivino de Coelho, sino también para reflexionar y elaborar las utopías que salden las deudas y nos proyecten a un futuro mejor, pues sino está situación seguirá teniendo luces y sombras.

El diccionario de la Real Academia dice que las utopías son planes, proyectos, doctrinas o sistemas optimistas que parecen irrealizables en el momento de la formulación. Creo que es preciso mirar el futuro y tener utopías que movilicen las voluntades y los recursos que tiene el país para mejorar, aunque al presente nos parezcan irrealizables, por ello propongo tres de ellas que me parecen destacadas:

Primera propuesta:

Después de diez años de transformaciones en el sistema de salud sin participación de la gente, es preciso que se debata a todo nivel el problema de la salud de los argentinos y la respuesta social del sistema de salud, sin abandonar el discurso presente que se refiere sólo a los problemas económicos y más precisamente financieros. No negamos que éstos son serios y deben seguir en la agenda nacional pero debemos tomar conciencia que la salud es también un derecho que debe garantizar el Estado.

Esta propuesta supone abrir espacios de reflexión, análisis y aplicación de innovaciones indispensables para repensar el sector de manera que sea una realidad la nueva salud pública de promoción de salud, con las políticas públicas saludables, los espacios saludables y la autodeterminación en salud, la continua mejoría de la calidad y la equidad en la atención de la salud.

Segunda propuesta:

Salud para Todos (SPT).

¿Porqué insistir en ella después de más de 20 años? La Salud para Todos fue un llamado moral a la equidad y la justicia, mucho más que un lema de escaso significado. Fue una doctrina de acción expresada en tres conceptos fundamentales:

- El concepto de equidad, la quimera y utopía que debemos seguir persiguiendo a pesar de todo.
- El concepto de eficacia y eficiencia, porque no es justo que continuemos desperdiciando los escasos recursos disponibles para salud mientras se mantiene una importante parte de la población privada de atención y los costos sociales se elevan en forma extraordinaria si se sigue priorizando la alta complejidad para sólo una parte de la población.
- La idea de que SPT exige la participación no sólo del personal de salud sino también la propia población, las comunidades, los gobiernos, las sociedades y las naciones, y que esta participación debe asumir una dimensión intersectorial.

La estrategia de SPT 2000 tuvo que enfrentarse durante las últimas décadas a presiones derivadas de una actividad económica concentradora y con un comportamiento de la sociedad y de los decisores del sector salud que no asumió la responsabilidad de entender acabadamente la SPT: no sólo como un conjunto de programas aislados destinados a atender poblaciones aisladas, sino como un imperativo de evaluación y revisión de todo el sistema de salud -en especial en sus niveles más complejos que absorben la mayor parte de los recursos- y provocar una renovación del sistema para ponerlo al servicio de toda la población. No se trataba de eliminar la tecnología más compleja que es absolutamente necesaria sino de ponerla al servicio más equitativo de la población.

Esta estrategia exigía también que la salud formara parte del desarrollo y no fuera marginal frente a las variables económicas. El fracaso fue no sólo técnico y administrativo sino también político.

Tercera propuesta:

Formar el médico que necesita el próximo siglo.

¿Cómo debe ser el médico del próximo siglo? Este punto es muy importante pues será necesario recuperar la confianza y el crédito de la sociedad para la profesión médica que, como vimos, está actualmente pasando por una etapa difícil.

Para la Organización Mundial de la Salud es el llamado médico cinco estrellas, que la Organización llama *médicos para la salud*. Las estrellas representan las características deseables:

- Prestador de atención de alta calidad, continua y personalizada.
- Decisor, mostrando capacidad ética en la selección y aplicación de las tecnologías.
- Comunicador, promoviendo una vida saludable.
- Líder comunitario, ganándose la confianza de las personas y de las comunidades.
- Gestor, haciendo uso adecuado de los recursos y coordinando con instituciones y recursos comunitarios.

A estas *estrellas* es preciso agregar la necesidad de un sólido posicionamiento ético del médico, característica válida para todo el personal de salud.

En el campo de la bioética de este siglo que se acaba, se ha dado más énfasis al análisis individualista de situaciones límites, como en los conflictos resultantes de las tecnologías de reproducción asistida, el respeto a la autonomía de los pacientes para decidir en situaciones que afectan su salud o el consentimiento informado en protocolos de investigación y tratamientos experimentales.

En el siglo venidero deberá ponerse énfasis también en temas como la definición de prioridades y la distribución de los recursos -no sólo del sector salud sino también de otros sectores-, decisiones éstas que muchas veces son fuente de injusticias y desigualdades de acceso a la salud. Esto significa pasar de los planteos éticos individuales a tratar también lo colectivo.

La formación del personal de salud en el siglo XXI tendrá también diferencias. Seguramente se irá abandonando progresivamente la idea dominante aún del conocimiento profesional riguroso, fundamentado en la racionalidad técnica y se irá tomando conciencia de la necesidad de una combinación de la enseñanza de la ciencia aplicada con una formación tutorizada en el arte que representa una reflexión en la acción.

Esto requerirá cambios metodológicos y además cambios en la conducta de los profesores que deberán convertirse en tutores que ayuden al alumno a la reflexión en la acción, propiciando un diálogo entre el tutor y el alumno capaz de generar una forma de reflexión recíproca.

Estos cambios revelarán que hemos entendido que cada caso médico es único y no figura en los libros, quedando en algunos aspectos fuera de las reglas guardadas en el cajón del conocimiento y la teoría existente. No puede ser tratado como si fuera sólo un problema instrumental y, si se quiere que esté bien tratado, deberá ser resuelto con estrategias de su propia cosecha.

En resumen:

El desafío es contribuir a cambiar el presente y proyectarnos al futuro aún sabiendo que la crisis política y social conduce a un deterioro de las relaciones sociales y de las costumbres y la cultura. Pareciera que esto crea impedimentos que tenemos que vencer. Esto no debe impedir que sigamos convencidos de que la meta que nos proponemos alcanzar y el cuerpo de doctrina de equidad, eficiencia, calidad y participación puedan alcanzarse.

Es preciso mantener una voluntad firme en estos compromisos aunque ello signifique creer -a pesar de lo que nos muestra la realidad y la propia razón- en el destino de la persona y su capacidad para forjar un mejor futuro. Hago votos para que podamos hacerlo.

Bibliografía

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe mundial de Desarrollo Humano*. PNUD, 1999.
2. González G, Tobar F. *Más salud por el mismo dinero*. Isalud / Nuevohacer, 1997.

Tendríamos que crear el '*efecto piedra en el estanque*':

"Si tiramos una piedra a un estanque
provocamos una serie de ondas concéntricas sobre su superficie
que se van ampliando y afectan poco a poco a toda la superficie,
y también a los objetos y obstáculos que encuentren a su paso
(una hierba, una barca, un sedal de pescar...),
movilizándolos y obligándolos a entrar en contacto unos con otros
o, cuando menos,
a oscilar al unísono,
y a salir de su soledad y quietud.
Otros movimientos invisibles
se propagan
hacia la profundidad y en todas direcciones.
Mientras la piedra sigue bajando,
remueve algas, asusta peces, agita moléculas...
y cuando por fin toca fondo,
remueve el limo, golpea otros objetos caídos anteriormente
y que reposaban olvidados,
tapando unos con la arenilla y destapando otros..."

Gianni Rodari