Problemas y retos de la Salud Pública contemporánea[1]

Problemas e desafios da saúde pública contemporânea

Problems and challenges of contemporary public health

Saúl Franco[2]

Introducción

La salud pública no es un archivo de conocimientos, ni un museo de prácticas. Es una búsqueda – siempre inacabada – de respuestas teóricas y prácticas a las preguntas, los problemas y las situaciones que desafían o ponen en riesgo la vida y el bienestar colectivos. En términos militares: es un campo de batalla permanente para defender lo logrado y conquistar lo que falta cada día para poder vivir bien y dignamente. Precisando, además, que tanto los problemas como las respuestas tienen al mismo tiempo dimensiones locales, regionales y globales. El hambre de los palestinos en Gaza lo padecen ellos, pero tiene responsables en muchas partes y nos interpela a todos. Los civiles muertos en cualquier rincón de Ucrania le duelen a sus familias y a su país, pero cuestionan el ordenamiento global y el (sin)sentido de la guerra. Las muertes por dengue en Cuba evidencian la extrema carencia de recursos y los problemas internos de la Isla, pero desnudan también la inhumanidad del bloqueo impuesto por los Estados Unidos y la impotencia de los organismos y agencias de cooperación internacional.

Ante la obvia imposibilidad de enunciar y abordar *todos los problemas de la salud pública* en la actualidad – todo listado es incompleto y toda selección tiene cierto margen de subjetividad – opto por enunciar *sólo seis de ellos* que considero tienen mayor significado e impacto hoy a nivel global y que constituyen, al mismo tiempo, grandes desafíos y oportunidades para el pensamiento y la acción sanitarias. Como he venido reflexionando y escribiendo sobre estos problemas hace varios años, es lógico que lo que aquí planteo esté animado y sea un desarrollo, en ocasiones crítico, de planteamientos anteriores.

Debo aclarar además que, si bien son claras las diferencias y trayectorias de la Salud Pública, la Medicina Social y la Salud Colectiva, los problemas que enuncio son comunes a las tres y cada una de ellas aporta elementos conceptuales y metodológicos para abordarlos y enfrentarlos. Por considerarlo de mayor capacidad comprensiva, analítica y transformadora, asumo en esta presentación el *enfoque médico social*, caracterizado por su *estructura dialéctica, su enfoque histórico-político-territorial, sus alcances teórico-prácticos y su perspectiva transformadora.*

1. Las guerras

Las guerras son confrontaciones armadas por la riqueza y el poder. Buscan en especial el control de la tierra y su subsuelo -petróleo, minerías, tierras raras - y el territorio, que expresa la

[1] Aula proferida en la XII Escuela Abierta de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Temuco (Chile), en 10 de abril de 2026.

[2] Médico social, PhD en Salud Pública; Excomisionado – Comisión de la Verdad de Colombia

relación entre la tierra y la cultura. Al anteponer estos intereses a los acuerdos, normas y ordenamientos establecidos, la vida, la tranquilidad y el bienestar de las personas y de los pueblos dejan de ser la prioridad de las sociedades y los Estados y quedan supeditas al juego de los intereses bélicos. Vienen entonces las pérdidas indiscriminadas de vidas humanas a diferentes escalas, según el tipo e intensidad de la confrontación; las heridas, amputaciones y discapacidades; las carencias de servicios básicos como agua, energía, alimentos, transporte, y suministro de medicamentos, con las consiguientes consecuencias en la expansión o el riesgo de diferentes enfermedades; la pérdida de la tranquilidad en la vida cotidiana y sus secuelas en la salud mental de las personas y los colectivos humanos; y las violaciones a los Derechos Humanos, a los Derechos de la Naturaleza y el desconocimiento del Derecho Internacional Humanitario y de la Misión Médica (el conjunto de normas, instituciones, personas y recursos destinados a la atención en salud). La guerra implica entonces la ruptura del orden y la negación de los valores básicos establecidos, y el imperio de la fuerza, la muerte, la enfermedad, la manipulación de la información, la inseguridad e intranquilidad existenciales, la incertidumbre y la desconfianza. Es decir: a más de un problema político-militar, cualquier guerra es también una tragedia cultural y un grave problema de salud pública.

Rusia y Ucrania/ Israel y Gaza/ Estados Unidos, Israel e Irán/ y la persistente confrontación armada en Colombia son ejemplos actuales de lo que significa la guerra como problema de salud pública. En la reciente escalada del viejo conflicto entre Israel y Palestina, Hamás cometió inicialmente actos de barbarie. Pero Israel lo superó con creces, cruzó líneas rojas ya establecidas para los conflictos armados y terminó cometiendo un genocidio que lo marcará por siempre. Según fuentes oficiales, van más de 72.000 palestinos muertos, 80% de ellos civiles, 70% mujeres y niños. Se estima que entre el total de muertos hay al menos 1.600 trabajadores de la salud. A los más de 150.000 heridos – algunos con graves secuelas permanentes – y más de 14.000 desaparecidos, se suman las víctimas de otras dos acciones, reconocidas como crímenes de guerra: el uso por parte del ejército israelí de armas no convencionales, como el fósforo blanco, y la utilización del hambre como arma de guerra. La Franja de Gaza fue privada, intencional y sistemáticamente, de alimentos, agua, luz y medicamentos, con consecuencias devastadoras para toda la población y un impacto aún mayor para la atención hospitalaria y las condiciones básicas de salubridad.

Tras más de cuatro años del ataque de Rusia a Ucrania y de hostilidades permanentes entre ambos países, según estimaciones del Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales -CSIS- de Washington, aproximadamente dos millones de soldados han resultado muertos, heridos o desaparecidos. De ellos, 1.3 millones rusos y 700.000 ucranianos. Según la Misión de Observación de los Derechos Humanos de Naciones Unidas para Ucrania -HRMMU- 15.000 civiles han muerto y 41.000 han resultado heridos en ese país durante la guerra. Por su parte, UNICEF estima que más de 3.200 niños ucranianos han muerto o quedado heridos por los bombardeos, los drones y los misiles rusos. ACNUR considera que 3.7 millones de personas en Ucrania han tenido que desplazarse internamente en el país, mientras que más de 5 millones han tenido que abandonarlo. Y casi la totalidad de la población ha tenido que vivir bajo amenazas e incertidumbres permanentes y padecer los rigores del frio o del calor por las afectaciones de la infraestructura eléctrica y el suministro de gas y electricidad en extensas regiones.

La guerra recientemente iniciada por Israel y los Estados Unidos contra Irán, bajo el pretexto de imponer por la fuerza un nuevo régimen que corte el apoyo a grupos terroristas de la región, controlar su inmensa riqueza de gas y petróleo y frenar su desarrollo nuclear, escala un nivel muy alto en la tecnología y la denominada “inteligencia” militar, implica directamente

varios bloques de países y puede tener consecuencias impredecibles en la geopolítica mundial, en costos humanos, culturales y económicos, y en la eventual y devastadora utilización de armas nucleares.

En Colombia, según el Informe Final de la Comisión de la Verdad divulgado en 2022, en seis décadas el conflicto armado interno ha producido más de 700.000 muertos, el 80% de ellos población civil, en especial hombres campesinos, jóvenes y adultos. Según el mismo Informe, 121.763 personas fueron víctimas de desaparición forzada, más de 50.000 fueron secuestradas, 8 millones desplazadas, cerca de un millón tuvieron que exiliarse, y más de 400.000 han quedado discapacitadas. El Informe señala también que se han cometido sistemáticamente infracciones contra la Misión Médica: un promedio de 45 por año durante más de medio siglo; que el personal de salud ha sido víctima de estigmatizaciones, amenazas y persecución; que los distintos actores armados tomaron en algunas regiones el control de las instituciones y los recursos sanitarios, y que la naturaleza ha sufrido graves daños y muchos de sus defensores han sido perseguidos, desaparecidos y asesinados.

En sus distintas modalidades, las guerras desafían a la salud pública. De entrada, exigen a los sistemas y servicios de salud atención adecuada e inmediata para las víctimas fatales y los heridos, lesionados y afectados física y psíquicamente. Pero, al mismo tiempo, el sector salud debe participar activamente en la exigencia y la garantía del suministro de insumos médicos, medicamentos, agua potable y alimentos. Debe, además, contribuir a un registro confiable de víctimas, tanto muertos como heridos y afectados, que permita tener y transmitir una idea clara de la magnitud de estos efectos de la guerra ante la presión de las partes enfrentadas que pretenden minimizar sus bajas o su responsabilidad en las del adversario, en especial cuando se trata de población civil, mujeres, niños y niñas. Otro gran desafío para la salud pública en condiciones de guerra es velar por el cumplimiento del conjunto de normas y acuerdos logrados a lo largo de la historia por el Derecho Internacional Humanitario y, en particular, la Misión Médica. Si bien han sido concebidos justamente para ponerle límites y tratar de reducir la barbarie de las guerras, en todas ellas y con múltiples pretextos se siguen violando o desconociendo. Denunciar estas violaciones y desconocimientos y reafirmar la validez e importancia de estas normas y los principios que las sustentan es una tarea a veces incómoda y riesgosa, pero siempre necesaria y muy valiosa. Finalmente, ante el imperio de la fuerza, la relativización del valor de la vida en general y de la vida humana, y el desconocimiento de los Derechos que implica la guerra, corresponde también a la salud pública y a sus trabajadores/as mantener firme la defensa de la vida, el respeto a los Derechos de las personas, la naturaleza y las sociedades, y el valor de las negociaciones y los acuerdos para evitar la guerra y mantener la paz. Como lo he venido repitiendo insistentemente: *sin paz no hay salud, y sin salud no hay paz*.

2. El hambre

El hambre ha acompañado a los sectores pobres y marginados de la sociedad a lo largo de la historia. Y las hambrunas, sociopolítica y ambientalmente producidas, han atacado periódicamente a regiones y países enteros. Las inequidades en la distribución y el uso de la tierra y en el acceso a los mercados nacionales e internacionales; los extractivismos mineros y agroindustriales; los desastres naturales, debidos con frecuencia a relaciones inadecuadas con la naturaleza, y las guerras siguen produciendo y manteniendo el hambre y las hambrunas.

Según el más reciente informe del Programa Mundial de Alimentos, 318 millones de personas en el mundo enfrentan en la actualidad niveles críticos de hambre, casi el doble de la población que padecía hambre al empezar la pandemia de Covid19. De ese total, 33 millones

(10.4%) viven en América Latina -AL-, región que, no obstante, ha logrado reducir el hambre, en especial América del Sur, en donde su prevalencia ha bajado al 3.8%. En términos de inseguridad alimentaria para el 2.024 aproximadamente una cuarta parte de la humanidad la padecía, pero su distribución es una expresión más del incremento de las inequidades y la concentración desmedida de la riqueza en el mundo.

Chile presenta una situación alimentaria mejor que la del promedio de AL. De hecho, está clasificado entre los países del mundo con un nivel bajo – menos del 5% - en el Índice Global de Hambre, que combina el porcentaje de población desnutrida y la situación de los menores de cinco años en términos de mortalidad, retraso del crecimiento y emaciación.

Como se anotó, las guerras siguen siendo una de las situaciones que con mayor frecuencia generan el hambre y las hambrunas, tal como lo evidencian en los últimos cuatro años los casos de Sudán, Sudán del Sur, Yemen y Gaza. En ésta última región, y en contra de las más elementales normas humanitarias, Israel no sólo utilizó el hambre como arma de guerra sino que convirtió la búsqueda desesperada de ayuda alimenticia humanitaria en una trampa mortal para los palestinos, tal como lo constataron e informaron los organismos de Naciones Unidas.

Frente al hambre y la desnutrición, la Salud Pública/Medicina Social/Salud Colectiva no pueden limitarse a crear y aplicar indicadores y a medir incidencias y prevalencias. Eso hay que hacerlo, obviamente. Pero hay que ir mucho más allá – como ya lo vienen haciendo algunos grupos – con el estudio de la determinación social del problema; la defensa del derecho a la soberanía alimentaria y a la alimentación adecuada; la formulación y aplicación de políticas y prácticas alimentarias; la denuncia del problema, sus raíces y responsables; el apoyo a los organismos y organizaciones sociales y populares que trabajan en este campo, y en el planteamiento de alternativas en los foros regionales y mundiales.

3. Las epidemias y pandemias

Periódicamente, y a lo largo de toda la historia, la humanidad ha padecido epidemias y pandemias que, en algunos casos, han marcado inclusive el rumbo de la historia. Constituyen uno de los riesgos clásicos y más antiguos de la salud de las poblaciones. La expansión rápida y masiva de determinadas enfermedades infecciosas no sólo han costado millones de muertes y enfermos, sino que han transformado las sociedades. La edad media, por ejemplo, se inició según algunos historiadores, con “la peste de Justiniano” en el año 543, con más de cuatro millones de personas muertas, y terminó en el siglo XIV con “la peste negra”, de origen animal (las ratas), y que produjo la muerte de más de 25 millones de europeos.

Por su parte la viruela, con una letalidad del 30%, fue traída a América por los conquistadores europeos y mató más de la mitad de la población indígena. A pesar de contar con la vacuna específica desde finales del siglo XVIII, produjo más de 300 millones de muertes en pleno siglo XX y sólo en 1.980 pudo la Organización Mundial de la Salud declarar su erradicación completa.

A pesar de que la transmisión de animales a humanos del VIH se estima que sucedió hace aproximadamente un siglo en Africa, la epidemia de SIDA sólo se registró a partir de los casos de la enfermedad observados en los Estados Unidos en 1981. Desde entonces y hasta 2024 un total de 91.4 millones de personas se han infectado con el VIH y 44.1 millones han muerte de SIDA según la Oficina de las Naciones Unidas para el SIDA -ONUSIDA-. Según la misma Oficina, sólo en 2024, 1.3 millones de personas contrajeron la enfermedad y 630.000 murieron de SIDA

(más de 1.700 personas por día). Desde finales de los ochenta del siglo pasado se dispone de los antirretrovirales para el tratamiento no curativo de la enfermedad, pero hasta hoy no se dispone de una vacuna preventiva. A más de la elevada mortalidad y morbilidad que ha producido, el VIH-SIDA plantea cuestionamientos muy serios en términos de las interacciones entre distintas especies de seres vivos; del estigma y la discriminación que han padecido las principales víctimas de la enfermedad – en especial los grupos de homosexuales – y de la inequidad entre continentes, países y grupos humanos en el acceso a los medicamentos.

Entre el 31 de enero de 2019 y el 4 de mayo de 2023, cuando la OMS declaró el fin de la emergencia sanitaria, la epidemia de COVID-19 (generada también al parecer en ciertas interacciones entre seres humanos y animales) produjo 765 millones de casos y 6.9 millones de muertes en todo el mundo. Sólo en Brasil, y como consecuencia del negacionismo de algunos sectores y de políticas y medidas sanitarias equivocadas por parte del gobierno federal, la pandemia causó 600.000 muertes, muchas de ellas evitables. A nivel global, la pandemia (considerada inclusive como una *sindemia)* desnudó y agudizó las mayores inequidades de la sociedad actual; cuestionó el ordenamiento económico y político y los fundamentos éticos de la humanidad; desafió la capacidad y la pertinencia de los servicios de salud; puso a prueba el conocimiento científico y la disponibilidad tecnológica; obligó al aislamiento y al distanciamiento sociales, e introdujo cambios de fondo en las formas de vivir y relacionarnos. Y es preciso reconocer también que la pandemia de Covid-19 terminó por colocar en el primer plano de la agenda global la cuestión del riesgo de las enfermedades, inducido por la manera de entenderlas y las formas de vivir, ejercer el poder, distribuir la riqueza y el conocimiento, y relacionarnos con la naturaleza. La pandemia puso también de presente la importancia de la Salud Pública y le planteó desafíos de fondo tanto en el campo conceptual como en el político y en el de sus prácticas. Enfrentar crítica, creativa y local y globalmente esos desafíos es parte importante de nuestras tareas actuales y futuras.

4. ***El cambio climático***

Mucho menos antiguo que el hambre y las epidemias, este fenómeno se viene incrementando aceleradamente y pone en riesgo la vida misma en el planeta. El aumento de la temperatura de los mares y de la tierra – que según investigaciones muy recientes ha incrementado su ritmo en la última década y parece que llegará a niveles inusuales en el quinquenio 2024-2028 - debido al incremento de gases de efecto invernadero, la tala de los bosques y los extractivismos, genera sequías, incendios, deshielo de los glaciares, inundaciones, aumento del nivel del mar, tormentas, huracanes y temperaturas extremas, con consecuencias devastadoras tanto sobre la vida, la salud y la calidad de vida de los seres humanos, en especial poblaciones pobres de países empobrecidos, como sobre diversas especies animales y vegetales, la agricultura y la producción de alimentos, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria, y el adecuado suministro de agua y servicios básicos.

Pero, como lo hemos aprendido con altísimos costos, el daño climático, no es producto de la fatalidad o sólo de "fenómenos naturales". La participación humana en términos de la manera como la sociedad se relaciona con la naturaleza: primacía de intereses económico-políticos trasnacionales, procesos productivos, patrones de consumo y modos de vida, es definitiva en la producción, la aceleración y el manejo del fenómeno. Mientras para algunas agencias internacionales y líderes mundiales este problema constituye el mayor desafío global actual, persiste y se expande el negacionismo de muchos otros, que siguen anteponiendo el enriquecimiento desbordado, el poderío militar, el consumismo y el individualismo a cualquier

otro valor, en especial, al cuidado de la vida – no sólo la humana -, el bienestar y el buen vivir de la humanidad.

América Latina padece en este campo lo que algunos han llamado una "doble asimetría", que se expresa también como un efecto en embudo: al tiempo que tiene una responsabilidad relativamente baja en la producción de emisiones de gases de efecto invernadero, tiene una alta vulnerabilidad a sus consecuencias, que en la región se traducen en especial en sequías, inundaciones, inseguridad y falta de soberanía alimentaria.

Desde la salud pública, y en particular desde el campo de la medicina social latinoamericana, se viene investigando, reflexionando, denunciando y formulando propuestas tanto para una comprensión de fondo del problema, como para la formulación de acciones y políticas públicas que apunten a sus raíces y a la reducción y el manejo de sus efectos negativos sobre la vida y la salud. De hecho, en el reciente congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES- en Brasil, se hizo un reconocimiento de los avances logrados por la Asociación en este tema en la última década y se reconoció como uno de los campos estratégicos para el futuro del pensamiento y la acción médico-social latinoamericana, dentro del lema sintetizado por la cumbre COP16 realizada en Colombia: *paz con la naturaleza.*

5. ***Los sistemas de salud***

El concepto, la conformación y el funcionamiento de sistemas de salud que logren responder adecuadamente a las necesidades de la atención y prevención de las enfermedades ha sido una de las principales preocupaciones de la sociedad, los Estados, el sector salud y la salud pública. Los grandes temas de fondo al respecto han sido: i) Si la salud se concibe efectivamente como un derecho humano fundamental -DHF- o como una mercancía y un negocio que permite alta rentabilidad, con la consiguiente acumulación de riqueza. ii) Si la orientación y el control del sistema deben estar en cabeza del Estado o de los sectores privados-productivos. Iii) Si el financiamiento debe ser estatal, individual o mixto. iv) Si la prestación de los servicios la debe realizar el Estado, el sector privado o ambos. v) Si la cobertura debe ser universal o es necesario priorizar grupos, regiones y/o tipos de problemas a atender? Y vi) En la práctica, ¿el sistema debe centrarse en la atención de las enfermedades o debe atender también su prevención, la promoción de la salud y el estímulo a las mejores condiciones para el buen vivir?

Las respuestas a los anteriores cuestionamientos no pertenecen sólo al campo de la racionalidad o de las tecnologías. Pasan por los valores, las cosmovisiones, las corrientes de pensamiento, las fuerzas políticas de cada país y, sobre todo, por los intereses económicos nacionales y trasnacionales, haciendo posible una amplia gama de alternativas. No obstante, con diferencias de matices y énfasis, pueden perfilarse en América Latina dos grandes tendencias. Una orientada por el criterio mercantil, que prioriza la atención individual de la enfermedad, el manejo por parte del sector privado del funcionamiento del sistema y de los fondos del sector -provenientes tanto del Estado como de las personas -, el acceso y el tipo de atención diferenciados en función de la capacidad económica individual, y la valoración de resultados más en términos de rentabilidad económica que de efectos positivos sobre la salud y las condiciones de bienestar colectivo. La otra, también con matices, parte de la comprensión de la salud como un DHF, se orienta no sólo a la atención de la enfermedad individual sino también a la transformación de las condiciones que la hacen posible, defendiendo el papel irrenunciable del Estado en la orientación, regulación y control del sistema, tratando de ofrecer una cobertura

universal y acceso sin barreras económicas, culturales o geográficas, permitiendo una participación del sector privado en la prestación de servicios asistenciales y administrativos bajo control público, con financiamiento mixto -estatal e individual -, pero con criterios de equidad y solidaridad, y sin exclusiones por motivos económicos, y valorando tanto la efectividad en los servicios como los resultados en salud y bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto.

La corriente médico-social latinoamericana le ha apostado teórica, política y prácticamente a impulsar y defender sistemas nacionales de salud que, dentro de las particularidades nacionales, concreten las orientaciones de la segunda tendencia. Pero los escenarios son muy difíciles ante el auge privatizador y de reducción del papel del Estado, el peso del gran capital trasnacional que viene invirtiendo y lucrando bimillonariamente en el sector, las inercias burocrático- administrativas, los intereses corporativos y, hay que reconocerlo, los errores políticos en la tramitación de algunas reformas o en el manejo del sector cuando se ha tenido la opción en gobiernos alternativos en la región. La tarea, por tanto, sigue en pié y demandará cada vez mayor maduración teórica, suficiente formación y experiencia técnico-operativa y, sobre todo, movilización social persistente y organizada, con adecuados canales y articulaciones para convertir sus proyectos en conciencia colectiva, mandatos constitucionales y ordenamientos legales e institucionales.

6. La formación e investigación en salud pública

Como todo campo de conocimiento, la salud pública/medicina social/salud colectiva requieren mantener y renovar procesos de formación e investigación para profundizar y ampliar el saber acumulado, explorar nuevos temas y contenidos y tratar de convertir el conocimiento en prácticas sociales y en aportes a la transformación de la realidad.

Un reciente mapeo de los programas de formación en salud pública en América Latina, publicado por la Revista Panamericana de Salud Pública en 2023, da cuenta de 2.296 programas activos en 29 de los 33 países de la región, sin precisar cuáles podrían catalogarse como pertenecientes al campo de la medicina social/salud colectiva. El estudio llama la atención sobre la necesidad de adecuar los programas a las demandas de la población y orientarlos “al enfrentamiento de los procesos de determinación socioambiental de la salud y de producción y reproducción de desigualdades”. Esta adecuación y reorientación debe pasar por los métodos de enseñanza y de producción del conocimiento, por la epistemología que los sustenta, por los temas que aborda y por las prácticas que utiliza para contribuir a transformar la realidad.

La medicina social y la salud colectiva han venido aumentando su presencia en los campos de la formación y la investigación en salud pública en la región y en el último medio siglo han creado sus propios programas en países como Brasil, México, Argentina, Ecuador y Colombia, con mayor énfasis en los niveles de posgrado – maestrías, doctorados y posdoctorados –, lo que indica también la importancia dada a la investigación. La comprensión dialéctica de la determinación social de los procesos de vida/muerte y salud/enfermedad, el enfoque crítico/socio-histórico/territorial, el enriquecimiento pluricultural y multidisciplinar con las denominadas ciencias sociales, y la progresiva ampliación temática - partiendo del proceso de trabajo y las relaciones Estado/salud, pasando por un nuevo enfoque de las enfermedades tropicales, los accidentes de tránsito, la violencia y las epidemias, hasta las relaciones de género y salud, ambiente y salud y el nuevo horizonte de la salud digital – han caracterizado esta búsqueda académico-política.

Con matices y énfasis distintos, tanto la formación como la investigación en estos campos han tenido – y ojalá fortalezcan cada vez más – una sólida fundamentación ética, anclada en valores como la equidad, la igual dignidad humana, la salud como Derecho Humano Fundamental, la solidaridad y el respeto a los Derechos Humanos. Y, coherente con estos principios, la meta también ha sido clara: contribuir en algo a la comprensión de fondo de los procesos y condiciones que alteran el bienestar humano y a impulsar las transformaciones que lo facilitan. La prueba de fuego del saber en salud pública/medicina social/salud colectiva no está sólo en su rigor académico-científico sino, y principalmente, en su potencialidad para transformar la realidad al servicio de la vida, el buen vivir y la vida en paz. A un nivel más amplio, y ya no sólo de la salud colectiva, lo he venido expresando así: *"Nuestro horizonte como humanidad debe ser la vida en paz".* Hoy lo repito desde aquí, en la frontera sur de nuestro continente y a contravía de lo que nos está tocando vivir en un mundo convulsionado en el que nos quieren imponer la teoría y la práctica de *la paz por medio de la fuerz**a***, devolviendo la historia casi dos mil años, cuando Tácito – el famoso historiador romano - definió la paz como "*la desolación que queda después de las operaciones arrasadoras realizadas por un poder inmisericorde".* No es esta la paz que queremos. Es la de la tranquilidad y el buen vivir, la del respeto a la dignidad del otro y la otra, la del reconocimiento de la soberanía de los países, de la igualdad y la democracia deliberativa, la de la vigencia de los Derechos Humanos y los Derechos de la Naturaleza, la que no nos imponen o regalan, sino que construimos entre todos. Porque, como lo escribí hace ya casi diez años en una columna periodística en Colombia: *"Las guerras las terminan los guerreros. La paz la construimos los ciudadanos"*. Ojalá sigamos empeñados cada día en el cumplimiento de esta meta y tarea humana y ciudadana: *lograr vivir en paz.*