

Entrevista a Mirta Roses* (por Leandro Filozof)

* Directora de la Organización Panamericana de la Salud

Segundo Foro de Pensamiento Social Estratégico – Entrevistas

Mirta Roses, primera mujer en dirigir la Organización Panamericana de la Salud y actual directora de esta institución, fue una de las conferencistas principales del Segundo Foro de Pensamiento Social Estratégico, organizado por el Fondo España PNUD en noviembre de 2008. El encuentro contó con 30 Ministros y altas autoridades sociales de 18 países. Fue inaugurado por el Premio Nobel de Economía Joseph Stiglitz; la Vicesecretaria General de Naciones Unidas, Asha-Rose Mgiro; el Administrador Asociado del PNUD, Ad Melkert; la Directora Regional del PNUD para América Latina y el Caribe, Rebeca Grynspan; el Secretario General de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Juan Pablo de Laiglesia, y el Asesor Jefe de la Dirección Regional del PNUD para América Latina y el Caribe (RBLAC) y Director del Fondo España-PNUD para América Latina y el Caribe, Bernardo Kliksberg. Fue clausurado por Rebeca Grynspan y la Directora General de Cooperación con Iberoamérica de la AECID, Consuelo Fernán.

Esta entrevista, realizada por el periodista Leandro Filozof y publicada en el número 553 de la revista Veintitrés (Buenos Aires, 12 de Febrero de 2009) se alinea con la presentación que hiciera la directora de la OPS en su presentación en el Foro y da una cabal muestra de su pensamiento en temas clave como la salud y el desarrollo. Nuestro boletín lleva a sus lectores una reproducción completa de la entrevista.

“En América la salud está signada por la desigualdad”

Por Leandro Filozof

Revista Veintitrés, Nº 553

Mirta Roses

Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Hay vocaciones que despiertan tardamente, como las que motivan a cientos de adultos a ingresar a la universidad, y otras que se muestran muy temprano, como en el caso de la sanitarista Mirta Roses Periago, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuando se desató en la Argentina la epidemia de polio, en 1955, tenía seis años, pero recuerda a la perfección las reacciones sociales, los cortes de rutas para impedir el paso de quienes provenían de zonas afectadas, el pánico generalizado. Ya en ese momento pensó que la salvación individual era imposible, que el camino era la solidaridad. Al crecer, estudió cirugía pero no bien se recibió comenzó una especialización en enfermedades infecciosas. Con ese saber estructuró una carrera que la llevó, en 2002 y con 53 años, a ser la primera mujer en ocupar la dirección de la OPS. Su mandato no fue sencillo: tuvo que afrontar la temporada de huracanes en el Caribe y los destrozos del Katrina en Estados Unidos, pero además colaboró con la emergencia de Medio Oriente y el tsunami asiático. Cinco años después recibió un respaldo masivo: los países integrantes la reeligieron para un nuevo período. Desde ese lugar, afirma que “la situación de la salud se ha vuelto un mosaico muy complejo en nuestro continente”.

En ese contexto, ¿cuál es el análisis que realiza de la salud en el país? La Argentina ha tenido históricamente buenos indicadores de salud dentro del conjunto. Tenemos una serie de países muy diversos en la región, pero el nuestro está entre los que tienen ingreso medio alto e indicadores de desarrollo socioeconómico también más altos. Sin embargo, comparte muchas de las características de la región que es, y va a continuar siéndolo por lo menos hasta el 2015, muy inequitativa en la distribución del ingreso, con grupos de población en extrema pobreza y alta vulnerabilidad. En las grandes ciudades, son muchos los que no acceden a los servicios de salud o son discriminados por su condición social, por su etnia, por su género. La Argentina podría estar mejor si no hubiera seguido las tendencias negativas de los '90 en cuanto a inversión social, pero a partir de la crisis del 2001 se fortalecieron los programas sociales dirigidos a las poblaciones más vulnerables en el campo de la salud, un área que contribuye a mucho gasto de bolsillo. **¿Por qué?** Porque la salud no se puede postergar, está en juego la vida. Desde el 2000 en adelante, comenzó a verse en la región, en particular en Brasil, Chile, Uruguay y Argentina, programas que destinan recursos a las poblaciones más vulnerables y ya se ve una reducción de la pobreza. Ahora estamos muy preocupados por la situación económica financiera mundial, pero esperamos que no se cometan los errores del pasado al reducir los gastos sociales, ya que los países del Sur, particularmente los productores de alimentos, están en mejores condiciones de resistir embates y crisis. Creo que ahora hay compromiso de los gobiernos, en particular de la Argentina, en alcanzar las metas de salud.

¿A qué obedece el cambio? A que es un tema de gran visibilidad política y mediática porque la población presiona, y eso es muy bueno. Los indicadores de salud se volvieron tan importantes, tan vigilados y tan demandados como los indicadores económicos, cosa que no se veía en el siglo pasado. Que las personas se entusiasmaran, se apasionaran y se pelearan por cómo están los indicadores de mortalidad materna, infantil, tuberculosis, sida, nutrición, y que sean titulares de los medios de comunicación, era impensable. Y los augurios son muy buenos, porque sin ese valor y sin esa vigilancia de la población, no se van a cumplir las metas para 2015. **¿Cuáles son?** Que los países rindan cuentas sobre los compromisos que asumieron en el 2000, en la declaración del milenio: reducción de la pobreza, del hambre, de la mortalidad materna e infantil, control de la tuberculosis, la malaria, el sida y otras enfermedades. Cobertura de agua potable y saneamiento, aseguramiento de insumos básicos, en nuestro caso de medicamentos esenciales, ayuda solidaria y cooperación entre los países para el desarrollo, términos justos en el intercambio comercial, fundamental en este momento de crisis financiera y recesión económica. Ese es el paquete fundamental de las metas al 2015, pero cinco años antes tenemos que mostrar qué hicimos y qué nos queda por hacer. Ojalá seamos más exigentes después del 2015 para seguir progresando, porque las metas de un milenio no pueden ser sólo un registro estadístico, tienen que ser una realidad para cada una de las comunidades que vive en condiciones inaceptables. Ese es el gran lastre que tenemos en las Américas, una región signada por la desigualdad, con una concentración pavorosa de la riqueza en manos de pocos y de la pobreza en manos de muchos. Es el momento de utilizar la inversión pública de una manera más inteligente para lograr una sociedad más justa. **¿Qué debe atenderse con urgencia?** El gobierno debe concertar y consensuar con las autoridades provinciales y creo que hay un compromiso serio en ese sentido. Hay que reanudar la tendencia de reducción de mortalidad infantil que el país se merece por su situación en el mundo; es un camino que requiere fortalecer el trabajo concertado, las acciones concretas y los recursos para las áreas más vulnerables. **¿A qué obedece el retorno de enfermedades como escarlatina o tuberculosis, que afectan también a la clase media?** A varias circunstancias. La Argentina no escapa a una combinación de elementos. Por ejemplo, una gran migración y urbanización interna que impide el seguimiento de la población, más aún en sistemas desintegrados. Ese es uno de los problemas del país: el sistema tiene muchos subsistemas, provinciales, de seguridad social, de obras sociales, privados, públicos, municipales, etcétera, que dificultan la continuidad de control. Otro tema pendiente es renovar una ley federal de salud que canalice los recursos en forma centralizada para dar continuidad a los programas de vacunación o de tratamiento de enfermedades como la tuberculosis o el sida. Por otro lado, continuamos con un alto porcentaje de empleo informal, de trabajadores familiares no remunerados que el sistema no logra captar. Es muy bueno el plan de formación de unas 45 mil enfermeras, porque tenemos un desbalance en los recursos humanos. El sector salud es muy complejo: hay que estar cerca de la gente no sólo con los problemas, sino con las soluciones, que se ampliaron con el avance científico y técnico; pero requieren de recursos humanos capacitados.

¿El Estado resigna su función en manos privadas? En la región tenemos todo tipo de modelos, incluso con sistemas únicos como el de Brasil, donde el sector privado juega un rol importante. La palabra privatización puede significar muchas cosas. En la Cumbre Iberoamericana que se desarrolló en El Salvador, los jefes de gobierno hicieron hincapié en el imprescindible rol del Estado, creo que por el clamor mundial en el mismo sentido. Y si ese reclamo ya llegó al campo económico, con más razón debe estar en el campo social. Vamos a ver un cambio en el paradigma. El debate a desarrollar es cuál es el rol y la responsabilidad en las tareas tendientes a lograr equidad e igualdad en la calidad, porque eso constituye hoy un sistema único, no quién es el dueño y quién el actor.

¿Qué acciones deben ser gubernamentales sí o sí?

Definitivamente la orientación de la política pública. Hay acciones normativas y otras operativas. En lo operativo, la formulación de la política pública, inclusive a través de las distintas ramas de los entes gubernamentales, es la función fundamental e imprescindible del Estado. Tiene que ser participativa, no se puede formular en aislamiento. La política pública tiene que ser el timón, el marco sobre el cual la sociedad llegue a su máxima posibilidad de consenso. La salud tiene que estar en todas las políticas públicas, incluso en las de infraestructura o seguridad, porque las causas externas como violencia o accidentes tienen gran impacto en la salud. Es importante abarcar tanto el estado de bienestar que define la salud, como los determinantes: agua potable, nutrición, educación, vivienda, empleo, seguridad pública. Si tiene todo eso, un 70 por ciento de su salud está bien.

¿Cómo se articulan las acciones intergubernamentales? Hay programas clave que sirven para mostrar cómo articular esas concertaciones, además de probar la importancia de una inversión continua. Por ejemplo, la vacunación. En la década del 70, cuando el continente vivía condiciones políticas y económicas desfavorables, los programas de inmunización crecieron y se consolidaron con una normativa consensuada de acceso universal y gratuidad. Del '70 para acá, prácticamente se duplicó el número de vacunas que se ofrecen a nivel nacional. Son buenas prácticas que podemos tomar como ejemplo para fortalecer el sistema y el nivel de atención primaria. Ese es el modelo sobre el cual queremos construir en otros temas críticos, como la atención de los ancianos, de los discapacitados, o los programas contra la tuberculosis o el sida. También es lo que hacemos entre los países, sobre todo en zonas fronterizas, donde hay más tránsito de personas y no es fácil identificar a los responsables de la atención.

¿Se puede hacer campañas generales a pesar de las diferencias existentes? Sí, hay ejemplos, como la convención del control de tabaco. Hay un marco general, los mensajes son los mismos, aunque se transmitan en distintos idiomas, con diferentes imágenes. Nosotros analizamos los riesgos de mensajes a veces amenazantes o negativos en comparación con los mensajes positivos, como la campaña de “mil gracias por no fumar” de Uruguay, que era muy bien recibida por los fumadores y dio buenos resultados. Queríamos usar este tipo de mensajes en otros temas controvertidos, como el alcohol. Otro ejemplo: levantamos la conciencia regional en cuanto a la obesidad, la diabetes, la alimentación saludable. Hace diez años eran temas de algunos núcleos de población, de altos ingresos. Ahora, hasta los jefes de Estado hablan de estos temas.

¿Los países aceptan el trabajo de la OPS? Tuvimos un punto de inflexión en la visibilidad de la salud con dos situaciones críticas: el sida y el cólera. El sida fue una epidemia y continúa siendo una enfermedad de gran repercusión pública, por su característica fatal y por su vinculación con el comportamiento sexual. La epidemia de cólera puso de manifiesto, en 1991, la deuda social en cuanto a la calidad de los alimentos y el saneamiento del agua. Y la extensión en la expectativa de vida con un imaginario colectivo de que casi, casi, somos eternos. Pasamos de una preocupación por la muerte o la enfermedad, a una preocupación por la salud y la vida. Se generalizó la idea de que es injusto morirse antes de tiempo y la gente se rebela contra la muerte en accidentes, en homicidios, la muerte de niños, la desnutrición, cuestiones que hace 20 o 25 años eran normales.

¿Cuál es el panorama a largo plazo? El desafío es cómo se responde a esas demandas sociales. Se tienen que generar diálogos y debates sobre temas conflictivos, como las campañas que promueven el uso de preservativos, la salud reproductiva o sexual. La sociedad tendrá que definir cómo y cuánto coloca en asegurar la salud. Nosotros todavía tenemos una inversión baja, no sólo la pública sino la privada y la personal. Estamos con un promedio del 6 por ciento, cuando otros países destinan un 10 o 12. Para aumentar esa inversión, tenemos que articular las acciones para lograr impacto. Seguramente habrá restricción fiscal y ajustes presupuestarios; deberemos analizar dónde se achica y dónde se direcciona de

manera eficiente el gasto social. Hay que lograr mayor inversión en la prevención, en el mantenimiento continuo para que no se produzcan daños fundamentales. Tenemos que aprender de la crisis del 2001 y dirigir las inversiones a los más vulnerables. **¿Es factible alcanzar las metas para 2015?** Sí, requiere de una gran patriada porque, es obvio, tendrá costos para los sectores privilegiados. Sobre todo, hay que trabajar en una muy buena alianza con los medios de comunicación para mostrar que esos beneficios son a corto plazo y se pueden perder en un minuto, ante crisis ambientales, climáticas, energéticas, alimenticias, la violencia y la inseguridad ciudadana.