



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA **64.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

CSP28/DIV/10
ORIGINAL: PORTUGUÉS

**PALABRAS DEL PROFESOR PAULO M. BUSS AL RECIBIR EL PREMIO ABRAHAM
HORWITZ A LA EXCELENCIA EN EL LIDERAZGO
EN LA SALUD PÚBLICA INTERAMERICANA**

**PALABRAS DEL PROFESOR PAULO M. BUSS AL RECIBIR EL PREMIO ABRAHAM
HORWITZ A LA EXCELENCIA EN EL LIDERAZGO
EN LA SALUD PÚBLICA INTERAMERICANA**

17 de septiembre del 2012

**28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
Washington, D.C.**

Honorable Señor Presidente de la Conferencia Sanitaria Panamericana,

Honorable Señora Directora de la Organización Panamericana de la Salud, querida amiga Mirta Roses, que al salir en los próximos meses de la Dirección de la OPS dejará una inmensa añoranza y un enorme séquito de admiradores por el extraordinario trabajo realizado en los últimos 10 años como Directora de esta centenaria Organización,

Honorables Ministros de Salud y delegados de los Estados Miembros de la OPS,

Distinguido Señor Presidente de la Junta Directiva de PAHEF,

Señores familiares y amigos del Dr. Abraham Horwitz,

Señoras y señores:

Con gran honor y profunda emoción, recibo en este día el Premio Abraham Horwitz a la Excelencia en Liderazgo en Salud Pública Interamericana, en primer lugar, por el significado de este hombre para mi generación y por su contribución a la institucionalidad de la Organización Panamericana de la Salud y, en segundo lugar, por el hecho de entregármelo ante la más importante asamblea de salud de las Américas, la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en este año 2012.

El Premio se creó en 1975 en reconocimiento del legado del Dr. Abraham Horwitz, exdirector de la OPS y, más tarde, presidente de PAHEF. El Dr. Horwitz, nacido en Santiago de Chile en 1910, pertenece a la notable estirpe de los sanitaristas chilenos. Por seis décadas, se dedicó a construir la salud pública, primero en su país y luego en las Américas a partir de 1958, al convertirse en el primer latinoamericano elegido para el cargo máximo de la salud del Continente. Además de meticuloso y dedicado organizador, fue notable en el campo que abrazó con especial dedicación, el de la salud y la nutrición. Todos los años, su recuerdo se aviva, con ecuanimidad y pasión, en la memoria de quienes, como yo, tienen el privilegio de recibir el Premio que lleva su nombre. Gracias, Dr. Horwitz, por la inspiración que legó a los profesionales de salud pública del Continente y por su dedicación y competencia en cuanto a la construcción de la salud pública panamericana.

Me siento muy orgulloso de ser parte del grupo de destacados ganadores del Premio, como mis compatriotas brasileños Ruth y Víctor Nussenzweig, Mario Chaves, Rui Laurenti, César Victora y Carlos Monteiro; todos ellos merecen mi reconocida y justa admiración.

Vivimos tiempos desafiantes en el mundo. El advenimiento del siglo XXI trajo consigo una de las mayores crisis socioeconómicas de la historia contemporánea, que se inició en el eje central de la economía de los países más desarrollados, por la irresponsabilidad del sector del capital financiero internacional privado, en los años 2007 a 2008. Lamentablemente, una crisis que era sectorial y privada, se generalizó y se transformó en una crisis mundial en todos los sectores, cuando algunos gobiernos conservadores asumieron tales déficit como deuda soberana de los Estados nacionales. En las épocas de bonanza, se privatizaba el lucro; con el surgimiento de la crisis, se socializaron las pérdidas entre todos nosotros.

Las consecuencias han sido terribles para la salud humana y la calidad de vida de millones de personas y familias en todo el mundo. Se perdieron más de 100 millones de empleos, se redujeron los sueldos, se destruyeron miles de hogares por la pérdida de las casas devueltas al sistema financiero y diversas conquistas de los sistemas de protección social arduamente construidas por la sociedad en los últimos decenios desaparecieron en pocos años por las políticas de recesión y austeridad fiscal. Se produjo toda esta tragedia social para garantizar que no se responsabilizara debidamente a unos pocos accionistas incógnitos de la banca internacional por los daños causados a los sueños de miles de millones de personas en todo el mundo.

Esta crisis mundial también es el resultado de la modalidad de producción y consumo vigentes en las sociedades contemporáneas. La podemos caracterizar como inequitativa, excluyente y ecológicamente perjudicial. *Inequitativa*, porque los frutos resultantes del crecimiento económico quedan concentrados en manos de muy pocos. En América Latina, por ejemplo, 10% de los más ricos poseen un 48% de los ingresos totales, mientras 10% de los más pobres se quedan con solo 1,6%. *Excluyente*, porque en el otro extremo, millones de personas pertenecientes a la población más pobre no tienen recursos ni siquiera para acceder a la alimentación mínima necesaria y carecen de servicios públicos. En nuestra subregión hay más de 72 millones de personas extremadamente pobres o indigentes. *Ecológicamente perjudicial*, porque por determinantes muy similares a los de la salud, es insostenible para el medio ambiente, ya sea que consideremos los procesos de desarrollo en las ciudades o en las zonas rurales.

La pobreza y las inequidades sociales y económicas continúan siendo las principales causas de los problemas de salud de nuestra Región, o “la causa de las causas”, como se denominan los “determinantes sociales de la salud”.

Como nos enseña la CEPAL (2011), aunque se observen algunas tendencias positivas, muchas de las mejoras son tímidas o solo relativas. Por ejemplo, la población total en condiciones de pobreza o indigencia (cerca de 180 millones de personas) en el 2010 era mayor que la de 1980.

Existe aún un elevado número de personas en situación de pobreza y mayor vulnerabilidad, al que se suman el acceso deficiente a los servicios básicos de salud, a la educación, al abastecimiento de agua y al saneamiento y a la vivienda adecuada, así como las brechas de género y la discriminación cruzada por razones de color, raza, origen étnico, edad y localización geográfica. Nuestras zonas urbanas muestran la presencia creciente de barrios pobres y condiciones de vida infrahumanas.

Por otro lado, con una economía basada en sectores de uso intensivo de recursos naturales, según afirma Milton Santos, geógrafo social brasileño, la Región vive, en las zonas rurales, un proceso de “modernidad incompleta”, que incluye conflictos violentos por la posesión de la tierra, la expulsión de la mano de obra del campo por la mecanización predatoria, la deforestación, el grave deterioro o la escasez de recursos naturales e hídricos, la utilización de sustancias agrotóxicas y otros productos nocivos para los trabajadores y la cadena alimentaria, además de la fragilidad en materia de mecanismos eficaces de gestión ambiental y un marco regulador que refleje el valor del medio ambiente en las decisiones económicas.

El hambre y la desnutrición están entre las expresiones más impresionantes de la pobreza. La alimentación y la nutrición fueron temas que recibieron la especial atención del Dr. Horwitz durante su larga y productiva vida profesional. En el 2010, el número de personas en estado de subnutrición alcanzó más de 52 millones en América Latina y el Caribe y las perspectivas no son favorables, dada la tendencia de alza de los precios internacionales de los alimentos. Además, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en estos países continúa elevada. Por otro lado, como resultado de la transición nutricional en diversos países, ya se observa un grado alarmante de obesidad que refleja la doble carga de la malnutrición.

La región de América Latina y el Caribe experimenta una carga doble y compleja de enfermedades, en la cual se juntan las enfermedades infecciosas parasitarias emergentes y reemergentes con las enfermedades crónicas no transmisibles, hoy predominantes en el cuadro epidemiológico, y las causas externas. Los países de América Latina y el Caribe han desplegado grandes esfuerzos para reformar y reestructurar sus sistemas de salud con el fin de enfrentar mejor los desafíos de este complejo cuadro epidemiológico. No obstante, millones de personas siguen careciendo de acceso a la atención y a otras condiciones esenciales para mejorar su salud. Los sistemas de salud de las Américas continúan fragmentados y tienen dificultades para adaptarse a los cambios de las tendencias epidemiológicas y demográficas.

Todas estas cuestiones producen efectos importantes sobre la salud humana. Entonces, cabe preguntar: ¿podemos tener confianza en la transformación de esta realidad en pro de la salud? Sí, por varias razones.

Sí, si nosotros, el 99%, los indignados del mundo entero mantenemos la firme posición de no aceptar más la manipulación de las economías en favor de las minorías.

Sí, si los gobiernos democráticos de América Latina y el Caribe se resisten a aceptar las prescripciones de las políticas fiscales contraccionistas y continúan conservando sus sistemas de protección social, incluso sus sistemas de salud, universales, integrales y de calidad.

Sí, porque en las Américas estamos construyendo un proceso de cooperación entre nuestros países en los campos económico, social y sanitario con carácter solidario, basado en nuestras competencias y capacidades, un modelo de cooperación Sur-Sur que hemos denominado **cooperación estructurante en salud** y que lleva a abandonar el antiguo esquema donante-receptor (*donor-recipient*) en los procesos de cooperación (u operación conjunta o compartida, como bien lo expresa ese nombre en su forma semántica), modelo en el cual las partes se transforman en asociados, que intercambian experiencias mutuamente, en la construcción de proyectos comunes para beneficio de todos.

Deseo citar aquí como ejemplos:

- 1) la **Agenda de Salud de las Américas 2008-2017**, cuya evolución a mitad del camino se revisa en esta Conferencia, que señala ocho campos de acción que, al cubrirse plenamente, contribuirán a una significativa mejora de la calidad de vida y de la salud de miles de habitantes del Continente;
- 2) la **UNASUR Salud** y su Plan Quinquenal 2010-2015, fruto de la activa cooperación entre Mercosur y la Comunidad Andina, reunidos en una nueva alianza desde el 2009;
- 3) la construcción conjunta, por CARICOM y la OPS, de la **Agencia Caribeña de Salud Pública**, que reúne a cinco organismos de salud pública ya establecidos y anuncia emblemáticamente que “la revolución del bienestar comienza aquí” (*“the wellness revolution starts here”*); y
- 4) la **Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC)**, establecida en la Riviera Maya, en México, en el 2010, que reúne al SICA, CARICOM, UNASUR y México, la cual, desde su inicio, estableció como meta la creación de una agenda social, por medio de su Plan de Acción para el Desarrollo Social y la Erradicación

del Hambre y de la Pobreza, en un proceso que busca evitar la fragmentación de los sectores sociales y que, por eso mismo, incluye la salud.

Sí, si profundizamos el proceso de reforma del Sistema de las Naciones Unidas y del propio Sistema Interamericano para que sean más democráticos y participativos y se abran a los cambios y a las reivindicaciones de los países que todavía se encuentran en fase de menor desarrollo.

Sí, si la reforma en curso en la OMS puede reforzarla como institución dirigente del proceso de salud mundial y le permite enfrentar las fuerzas contrarias a la salud que proliferan en entornos en los cuales el comercio y la ganancia superan los intereses de la salud.

Sí, si según el proceso indicado por Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Rio+20, las Naciones Unidas y los Estados Miembros adoptan y cumplen efectivamente la recomendación de construir **Objetivos de Desarrollo Sostenible después del 2015**.

Sí, si adoptamos y aplicamos las principales recomendaciones de la **Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud**, realizada en Rio de Janeiro, en octubre del 2011, en la cual los más de 130 Estados Miembros de la OMS asumieron un compromiso con respecto a lo siguiente: 1) la necesidad de tener una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo; 2) el fomento de la participación social en la implementación y aplicación de políticas intersectoriales; 3) la reducción de las inequidades producidas por el propio sector de salud; 4) el fortalecimiento de la cooperación en salud en todo el mundo; y 5) la vigilancia de los progresos y la actividad de rendición de cuentas del proceso.

En último análisis, no todo está perdido si nosotros, los Ministros de Salud, profesionales sanitarios, políticos responsables, académicos y movimientos sociales, comprometidos con el desarrollo equitativo, solidario y ecológicamente responsable y con el propio desarrollo de la salud, luchamos por la equidad social y en salud y contribuimos a la transformación de la modalidad de producción y consumo vigente y a la aplicación de políticas intersectoriales coordinadas que, además, permitan avanzar hacia la cobertura de salud universal e integral, de calidad y no discriminatoria, que asigne prioridad a los grupos vulnerables y tenga en cuenta los valores y principios de la estrategia de atención primaria de salud para orientar las políticas, la estructura y las funciones de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todas las personas.

¡Muchas gracias!