

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO
FEDERAL
V LEGISLATURA
ESTENOGRAFIA PARLAMENTARIA



PRIMER AÑO DE EJERCICIO

Comisión de Población y Desarrollo
Factores Demográficos para la
Asignación Presupuestal del Sector Salud
Foro

VERSIÓN ESTENOGRÁFICA

Auditorio "Benito Juárez"

8 de julio de 2010

EL C. PRESIDENTE DIPUTADO MAURICIO TABE ECHARTEA.- Buenos días a todos.

Agradezco la presencia del Subsecretario de Servicios Médicos e insumos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el doctor Ignacio Villaseñor Ruiz.

Agradezco también la presencia de la diputada Ana Estela Aguirre y Juárez, Vicepresidenta de la Comisión de Población y Desarrollo, y la presencia del diputado Jorge Palacios Arroyo, integrante de esta Comisión.

Por supuesto agradezco la presencia de todos ustedes que están interesados en este tema.

Nos parecía relevante a la Comisión de Población y Desarrollo llevar a cabo un foro que tocara un tema fundamental relativo pues al desarrollo, que es el tema de la salud.

Normalmente cuando se discuten en las comisiones de la Asamblea Legislativa los temas se abordan desde el punto de vista a veces teórico, a veces

prácticos, pero muy pocas veces se hace el análisis presupuestal de los temas que se impulsan, muy pocas veces se ve más allá de la propuesta lo básico, lo sustantivo, que a final de cuentas representa una restricción importante para desarrollar programas, para llevar a cabo ciertas reformas y en muchos casos todas las buenas propuestas y las buenas ideas solamente se quedan en eso porque las restricciones presupuestarias nos detienen y no se analiza este tema que es fundamental en cualquier acción de gobierno.

Para nosotros desde luego a la Comisión de Población y Desarrollo es fundamental que un estado garantice el derecho a la salud y no solamente se requieren postulados retóricos o una declaración de hechos para decir ahora sí el Estado va a garantizar el derecho a la salud, si no es un asunto de voluntad del Estado. Muchas veces la limitante para que el Estado pueda garantizar este derecho a la salud deriva de esta restricción presupuestal.

Desde la Comisión de Población y Desarrollo, siguiendo con uno de los foros que ya tuvimos, analizamos que el cambio demográfico iba a ser un factor determinante en el rediseño de las políticas de salud e iba a ser determinante también en las necesidades de recursos para el sector salud.

¿A qué nos referimos con esto? A que el cambio en la composición de la pirámide poblacional, el día de mañana, en poco tiempo, 10, 15 años va a estar representando una carga fiscal, una carga de recursos importante para poder sostener este sector salud.

Estamos viendo que en la medida en que pasa el tiempo la esperanza de vida va aumentando derivado del cambio tecnológico, de los avances de la ciencia médica, etcétera, y vamos viendo también que la población joven se va reduciendo también por políticas de población donde se va constriñendo el número de hijos y vamos teniendo una composición demográfica que desde luego va a presionar a la hacienda pública y va a presionar en uno de los sectores que vemos relevantes dentro de los derechos que tiene que garantizar un Estado, que es el derecho a la salud.

Entonces, por eso consideramos que este foro permite poner el dedo en el renglón de la agenda de políticas públicas y de la agenda de esta Asamblea

Legislativa para iniciar un trabajo y un esfuerzo por blindar el presupuesto de salud.

¿Qué queremos en el futuro, cuál es la intención de hacer estos análisis? Que podamos garantizar que el presupuesto de salud pueda tener incrementos sustantivos, que pueda tener incrementos además que puedan garantizar la cobertura tanto del déficit actual de infraestructura en salud como las necesidades futuras y que podamos blindar el presupuesto para evitar que las tentaciones, en muchos casos electorales o en las tentaciones de la coyuntura lleven a sacrificar el presupuesto de salud.

Es decir, queremos que desde una visión de largo plazo se establezcan ya criterios de ley para que el presupuesto de salud se incremente gradualmente y no sufra recortes por otras necesidades que no sean prioritarias o que sean prioritarias de acuerdo a una coyuntura.

No queremos que el presupuesto de salud se sacrifique por otros programas u otras políticas públicas, que a veces suenan muy tentadoras electoralmente, pero que no resuelven en el largo plazo una de las necesidades fundamentales del Estado.

Entonces, la apuesta aquí con este trabajo que venimos desarrollando tanto con el diputado Jorge Palacios, la diputada Ana Estela Aguirre y con la diputada Maricela Contreras, Presidenta de la Comisión de Salud, estamos buscando que este presupuesto esté blindado, que este presupuesto no sea vulnerable ante las tentaciones de cualquier funcionario público, de cualquier grupo político dentro de la Asamblea Legislativa y con eso realmente estaremos realizando una gran apuesta para el Distrito Federal.

Ha sido un trabajo, el desarrollar este foro, así como los foros anteriores, un trabajo que además yo quiero reconocer el esfuerzo de los otros compañeros, de los compañeros diputados del PT, la diputada Ana Estela Aguirre; del PRD, del PRI, igualmente con la diputada Maricela Contreras, Presidenta de la Comisión de Salud, con la cual también hemos ya platicado y hemos estado tratando este tema para que sea un trabajo conjunto.

Queremos generar una propuesta bien hecha, bien analizada, bien estudiada, una propuesta que no salga a las carreras sino una propuesta que salga con el

consenso y que responda a las necesidades que tiene el sector salud y que tiene sobre todo la población del Distrito Federal.

Queremos que esta propuesta lleve un trabajo de análisis detenido, entonces no hay prisa para sacar esta propuesta. Queremos que esta propuesta se pueda formular durante este año y por lo mismo valoramos mucho el esfuerzo que hace también la Secretaría de Salud en nutrir y enriquecer esta propuesta.

Consideramos que la labor que hace el Secretario de Salud para enriquecer esta propuesta es muy valiosa, la reconocemos y agradecemos todo el esfuerzo que ha habido para poder trabajar y orientar este proyecto.

Yo quisiera nuevamente agradecer la presencia del Subsecretario y le cedería el uso de la palabra al diputado Jorge Palacios Arroyo, así como a la diputada Ana Estela Aguirre, si quieren hacer uso de la palabra.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Únicamente de manera muy breve darles la más cordial bienvenida a este foro, y estamos seguramente con el interés de escuchar la ponencia del doctor Ignacio Villaseñor respecto a la planeación presupuestal que va a ejercer o está ejerciendo la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, así como las demás ponencias que seguramente resultarán muy interesantes.

Yo no quiero extenderme más, sino ya para dar paso a la ponencia. No sé si la diputada desea hacer uso de la palabra.

LA C. DIPUTADA ANA ESTELA AGUIRRE Y JUÁREZ.- Sí, muchísimas gracias. Buenos días a todos los presentes.

A mí me complace mucho estar en esta Comisión y en este foro porque ciertamente vamos a hablar de un ser fascinante: los seres humanos, y sobre todo cuando estos seres humanos crecen en un lugar, se dedican a cierto tipo de actividades y que obviamente producto de esto adquieren también enfermedades.

Es muy importante, yo comparto la misma preocupación del diputado Mauricio Tabe Echartea, Presidente de esta Comisión de Población y Desarrollo, en relación ciertamente a la salud de los capitalinos, de los seres humanos que nacimos aquí en el Distrito Federal.

También darle la bienvenida al doctor Ignacio Villaseñor Ruiz. Sin más le cedo la palabra al diputado Tabe Echartea para que si no más se dé inicio a este importante Foro de Población y Desarrollo.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias. Le cedo el uso de la palabra al diputado Jorge Palacios para que haga la presentación del doctor Ignacio Villaseñor. Muchas gracias.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Con mucho gusto.

El doctor Ignacio Villaseñor Ruiz es médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con estudios de postgrado como Maestría en Salud Pública y el Diplomado en Alta Dirección por parte del Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas.

En el campo de la salud el doctor Villaseñor ha ocupado diversos puestos, inició en la década de los 80 en la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar de la Secretaría de Salud; fue Jefe del Departamento de Áreas Marginadas, también fue Secretario Particular y asesor del Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud Federal.

Destaca en su trayectoria laboral en 1993 haber sido Director Técnico de los Laboratorios de Fomento Industrial y más adelante en el 2003 fue el Director General del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de la Secretaría de Salud.

A principios del mes de abril de 1989 fue invitado a trabajar como Subjefe de los Servicios de Salud de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de Michoacán; también fue Director General de la Coordinación de Programas de Salud SEDESOL y Director de Participación Ciudadana de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales de la Secretaría de Salud.

En agosto de 2008 fue invitado a desempeñar la Dirección Ejecutiva de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Actualmente desempeña el cargo de Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal desde febrero de 2009.

El doctor Villaseñor también ha realizado actividades de docencia en instituciones de educación superior como profesor de la asignatura de

administración pública en la Escuela de Ciencias Administrativas de la Universidad La Salle; fue Coordinador de Servicio Social en la Facultad de Medicina de la UNAM; Jefe de la Unidad de Medicina del Programa de Medicina General Integral en la Facultad de Medicina de la UNAM y profesor de la Asignatura A en la misma Facultad de Medicina; Jefe del Departamento de Evaluación en la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional Autónoma de Nayarit.

De igual forma, ha sido autor de artículos de divulgación científica nacionales e internacionales. Vamos a ofrecer un caluroso aplauso y bienvenida al doctor Villaseñor.

EL C. PRESIDENTE.- Adelante doctor.

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- Gracias.

Primero, agradecer al diputado Tabe la invitación, a los compañeros diputados Ana Estela Aguirre y Jorge Palacios por darnos la oportunidad de presentar cómo se trabaja en la Secretaría de Salud en lo relacionado a aspectos presupuestales, y también poder intercambiar algunas experiencias y algunas impresiones sobre la programación, presupuestación y factores que deben ser considerados para poder avanzar en los presupuestos de una manera equitativa y que permitan obtener resultados alentadores.

La presentación tiene dos factores, lo van a ir ustedes viendo a mis espaldas, tienen un guión, que es como está repartida. Esto es lo que tenemos, esto es la realidad lo que voy a presentar y después platicaremos sobre las ideas y las propuestas que pueden surgir de la Secretaría de Salud o pueden surgir de los diversos profesionales que integramos los sistemas de salud y que pueden favorecer una adecuada programación, presupuestación para los sistemas de salud de los mexicanos y en especial de la ciudad capital.

Ustedes ven en la parte de atrás, en demografía, tenemos alrededor de 9 millones de habitantes en el Distrito Federal, con una pirámide poblacional que ya no es tan ancha en la base, parece un rombo y tiende a ser más ancha en la parte superior conforme van a ir avanzando los años.

Tenemos todavía lo que los especialistas en demografía han llamado un bono demográfico, en donde tenemos gran cantidad de jóvenes en edad productiva y

reproductiva que deberíamos aprovechar para poder generar riqueza en México y riqueza en la Ciudad de México.

Tenemos alrededor de 4 millones de personas que no tienen un acceso formal a los servicios de salud. En la siguiente lámina, que es la evolución de la población, podrán ustedes observar cómo se ha ido incrementando, cómo ha ido variando la población que no tiene acceso formal a los servicios de salud o seguridad social.

Ésta es la población que el Gobierno de la Ciudad de México atiende, la responsabilidad del gobierno es proporcionar los servicios de salud a estos habitantes de la Ciudad de México. Estos son los habitantes que viven en la Ciudad de México registrados con domicilio, faltan todos aquellos que en la conurbación de la metrópoli se desplazan y pasan por la Ciudad de México, que se calculan que llegan a ser alrededor de 20 millones en total.

La cobertura de población, ustedes lo ven, estamos a través de los programas sociales del Gobierno de la Ciudad, como el Programa de Gratuidad y los servicios de Red Ángel, se incrementan las coberturas pero en los últimos meses hemos tenido un poco más de 600 mil personas que se han ido incorporando a la demanda de estos servicios, esto es de acuerdo a diversos factores, producto de las pérdidas de empleo que se dieron en meses pasados y que apenas inician recuperaciones.

Para atender esto en infraestructura la Secretaría de Salud cuenta en general con 343 unidades de atención, divididas entre centros de salud, que es el primer nivel de atención; clínicas llamadas de especialidades, en donde tienen como VIH SIDA, en donde se dedican específicamente a factores muy particulares y proporcionan una atención integral; damos el servicio de medicina legal en las agencias del Ministerio Público y atendemos también la atención en las comunidades para los menores infractores, para los adolescentes y para los reclusorios.

En el segundo nivel de atención ustedes van a observar tenemos 30 hospitales funcionando, esa es la división, más los reclusorios y está por ser entregada en el mes de agosto ó septiembre una clínica-hospital más que está situada en Iztapalapa, con lo cual tendremos 31 hospitales operados en la red.

Estos 31 hospitales se encuentran distribuidos en diversos puntos de la Ciudad de México y atienden diversas especialidades, desde los hospitales generales, los materno-infantiles y los específicamente que atienden a la infancia, que son los pediátricos.

En la capacidad instalada ustedes van a ver adelante, los consultorios médicos que tenemos, los odontológicos, el número de camas que son responsabilidad del Gobierno de la Ciudad, que son 2,521, los laboratorios, los bancos de sangre, que se ubican fundamentalmente en los hospitales.

¿Qué tenemos? Pues más de 30 años de antigüedad en promedio de la red hospitalaria, algunos hospitales tienen 45 ó 50 años y ha crecido poco en comparación con el crecimiento de la población, pero además ha crecido en función de necesidades a demanda de población y no necesariamente por una planeación de apoyos entre todos los sistemas de salud que existen en el Distrito Federal.

La demanda en los servicios de salud, ustedes pueden verla ahí, desde 2006 a 2009 vean ustedes cómo se ha venido incrementando en consulta externa, 300 mil consultas más, y pueden observar de 2007 a 2009 el incremento también en los diferentes servicios de apoyo.

Tienen adelante las principales causas de morbilidad, esto es de qué se enferma la gente o por qué demanda la consulta, y sigue siendo la atención del parto la principal causa de atención en nuestros hospitales, las causas obstétricas es el número uno, después tenemos la atención de traumatismos, accidentes y después de eso ya empiezan las diferentes demandas en cuanto a las enfermedades no transmisibles, como lo ven ustedes.

Lo que les comentaba al inicio, la Secretaría de Salud atiende a pacientes o a habitantes de otros estados, en especial el Estado de México. En el año de 2009 el 12%, poco más del 12% del total de las atenciones brindadas se brindaron a habitantes del Estado de México y en algunos hospitales en especial es todavía más fuerte. En Moctezuma llega a haber meses en que le 60% de la atención se la damos a habitantes del Estado de México.

En seguida ven ustedes las principales causas de mortalidad, y las principales causas de mortalidad que hay en el Distrito Federal concuerdan con las

principales causas de mortalidad nacionales, como son enfermedades del corazón, enfermedades isquémicas y diabetes mellitus, tumores, enfermedades del hígado, cerebro-vasculares, y si ustedes ven poco aparece de enfermedades infecciosas, ése panorama cambió en 20 años, donde hace 20, 25 años las principales causas de la mortalidad eran infecciones respiratorias o infecciones intestinales y ahora no aparecen, no aparecen en las primeras causas.

Los programas. Tenemos una diversidad de programas y en los últimos dos años se han abierto entre 15 y 20 programas nuevos, la mayoría de ellos han sido por mandato de la Asamblea Legislativa, sin embargo ninguno de estos programas llegó con presupuesto, entonces con el mismo techo presupuestal con el que nosotros contamos hubo necesidad de armar los presupuestos para poder atender la demanda que ocasiona el ofertar servicios.

Tienen ustedes también la evolución del presupuesto, así es como se ha comportado, cómo ha venido creciendo, sin embargo continúa siendo insuficiente, adelante cómo se gasta, ustedes ven que un buen porcentaje del presupuesto se gasta para el pago del personal, que son médicos, que son enfermeras, que técnicos, que son paramédicos, y también de ahí pagamos todo lo que se refiere a la prestación de servicios como son luz, como es agua, como son prediales, como son teléfonos, etcétera.

Adelante ven ustedes, de acuerdo a la apertura programática existente, qué es lo que tenemos, cuánto dinero tenemos para cada una de las actividades institucionales, esto incluye tanto el pago de personal como el pago de servicios, como la adquisición de insumos.

Adelante verán ustedes para 2011 las solicitudes de inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura, que estamos solicitando a la Secretaría de Salud Federal en lo que compete a su ámbito de responsabilidad y lo que sería solicitado a la Asamblea Legislativa también en el ámbito de su competencia, son fortalecimiento de unidades de primer nivel de atención, ampliaciones en unidades de primer nivel de atención para ampliar turnos de prestación de servicios, hay que sustituir algunas unidades por nuevas dada la edad que tienen de construcción, tendremos también la posibilidad de construir unidades

de primer nivel nuevas, hospitales en los cuales necesitamos ampliar, crecer, hacer.

Finalmente con esto creo que llegamos al final de la presentación, finalmente esto es lo que existe en la actualidad, esto es lo que tenemos, esto es lo que se maneja, éste es el presupuesto de la Secretaría de Salud.

La segunda parte de la presentación es directamente relacionada con el título del foro, y es factores demográficos. Estamos construyendo, la Comisión de Población y Desarrollo está trabajando y nos han invitado a colaborar para buscar tener una iniciativa bien consensuada y trabajada que permitiera tomar en consideración los factores demográficos para hacer asignación presupuestal, hacer programación, presupuestación y poder tener una mejor distribución de los recursos para poder atender a la población, que es responsabilidad del Gobierno de la Ciudad.

Sí es verdad que tenemos que considerar tres aspectos fundamentales para poder planear y programar. Un punto central es sí el número de personas a las cuales tenemos que atender, que en números redondos es entre 3.8 y 4 millones y los demandantes reales contabilizados serán entre 2.4 y 3 en forma rutinaria millones de habitantes.

Otro es la infraestructura, o sea la capacidad instalada, a la cual tenemos que darle mantenimiento y a la cual tenemos que darle los apoyos de reequipamiento y sustitución de equipo conforme va terminando la vida útil de éste.

El tercero será el capital humano, en el cual también hay jubilaciones, tiene que hacerse una renovación de la planta laboral conforme va avanzando la edad de los trabajadores de la salud, y la actualización constante de ellos para tener una atención de avanzada.

Tiene que tener también cuatro enfoques, uno son todos los aspectos éticos de todos los que trabajamos en un gobierno, de todos aquellos que proporcionamos servicios; un compromiso como servidores públicos para hacer un eficiente uso y adecuado uso de los recursos que se asignan; los aspectos profesionales que implican la mejora continua y la adquisición de conocimientos y las actualizaciones constantes de todos nosotros; y el sentido

humanístico, que refiere aquel compromiso personal que uno adquiere cuando llega a servir a favor de los habitantes de nuestros pueblos y en especial de nuestra ciudad.

Reto importante es la infraestructura en salud, parte de lo que maneja en los primeros borradores de la iniciativa es la utilización de un 25% para infraestructura. Ésta cifra está en la mesa de análisis, que está en la mesa de discusión, habría que considerar que del presupuesto ya asignado no puede ser tomado ese 25% toda vez que dejaríamos descobijadas al resto de las acciones, sino tendría que buscarse que fuese de recursos producto de una ampliación, de otra manera la operación se podría ver comprometida porque de por sí nace con un déficit en infraestructura y operación los presupuestos de la Secretaría de Salud.

Cuatro o cinco puntos generales tienen que ser considerados en factores demográficos:

Primero.- La población está creciendo a edad más avanzada, es decir dentro de 15 años vamos a ser varios los que vamos a tener más de 70 años, quizá en esta mesa seremos uno o dos en este foro, pero nada más, los demás todavía no van a alcanzar por lo que veo, porque es una población muy joven la que tenemos, muy pocos de nosotros alcanzaremos los 70 años en 15 años, sin embargo esto es un factor de compromiso personal, lo que les decía, lo que yo no haga ahorita que tengo la posibilidad de influir, que tengo la posibilidad de incidir no lo voy a poder hacer a los 70 años, pero sí lo puedo padecer.

Entonces, más nos vale que empecemos a trabajar para que podamos atender a la población que va a crecer sobre esas edades, entonces habría que pensar en ese factor y habría que cuidar también a los niños y a los adolescentes para que no tengan y desarrollen los padecimientos que actualmente estamos desarrollando, como obesidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión, etcétera. Entonces, desde el punto de vista demográfico se mueven así las poblaciones blanco y atender todos los componentes relacionados con el proceso materno para abatir mortalidad materna y mortalidad infantil.

Los retos son muchos, pero cuatro pueden ser considerados ahorita como torales para el inicio: obesidad y sobrepeso. Hay que enfrentar el reto de la

obesidad y el sobrepeso, hay que enfrentarlo desde el punto de vista preventivo, habrá que atenderlo también, pero desde el punto de vista preventivo será mucho más fácil y menos oneroso para todos.

Habría que promover la actividad física entre los pobladores para que puedan contribuir a la disminución de esta obesidad y sobrepeso, y adecuados estilos de vida, incluida la nutrición en la ingesta de alimentos, y esto va muy relacionado con las condiciones sociales en las que se encuentra la población.

El otro aspecto es la salud reproductiva, esto implica también dentro de salud reproductiva la salud sexual, el respeto a las preferencias de todo mundo, pero adicionalmente la oportunidad, el acercar los servicios para que tengan una vida sexual y reproductiva plena y sana, libre de infecciones de transmisión sexual, con un adecuado control de los embarazos o del espaciamiento de los embarazos, con una adecuada responsabilidad del ejercicio de su sexualidad.

La atención a las personas de edad avanzada, que va estrechamente relacionada con los trastornos no transmisibles, enfermedades como es diabetes mellitus, hipertensión arterial, que de utilizar estrategias preventivas agresivas podemos disminuir la incidencia y la prevalencia de estos padecimientos.

Finalmente, los apoyos a la salud mental que deben tener todas las poblaciones en diversos ámbitos, como es desde la prevención y atención de las adicciones, así como factores que contribuyen a tener padecimientos como diabetes y como hipertensión, que serían todos aquellos relacionados con ansiedad, depresión y estrés.

Creo que en términos generales esto nos da un contexto para poder tener un intercambio de experiencias y de impresiones.

Cerraría yo la intervención diciendo que nadie tiene aquí la solución inmediata, es una solución que tenemos que manejar. Lo dicho aquí está a discusión, está a análisis y creo que juntos, como se está planteando, podemos tener un crecimiento adecuado y una asignación de recursos más equitativa para atender a la población, que es nuestra responsabilidad.

Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Agradecemos la generosidad y de verdad la colaboración que ha tenido el Subsecretario para enriquecer esta propuesta.

Los datos que nos dio son muy relevantes, en dónde estamos parados en materia de infraestructura de salud, cuáles son las necesidades. Cuando hablamos del presupuesto a futuro tenemos que pensar primero en cuál es el déficit que hoy día hay de infraestructura y de recursos en materia de salud.

Para ponerlo en un ejemplo muy sencillo es como las deudas que pudiera tener una familia, entonces pensando en un ejemplo a lo mejor sencillo, si queremos el día de mañana tener hijos, darles educación, darles universidades, pensando en cómo presupuesta una familia, primero tienen que ver cómo le va a hacer para librar sus créditos hipotecarios, a lo mejor sus deudas que tiene y también ir previendo cómo va a crecer y cómo va a evolucionar igualmente las necesidades de gasto de su hijo.

Entonces, hoy día hay un déficit de infraestructura de salud reconocido, que además se está tratando de atender, que tenemos que cubrirlo y que tenemos que de verdad hacer un gran esfuerzo para que se dé prioridad a cubrir ese déficit de infraestructura de salud, y ese déficit lo vemos, es el déficit que existe en los hospitales, son las carencias que existen en las unidades médicas y que no son atribuibles ni a una administración ni a una persona, sino son atribuibles en general a una falta a lo mejor de priorización de lo que debe de hacer el Estado, y si alguna prioridad debe tener el Estado es garantizar el derecho a la salud.

Primero empecemos por pensar cómo vamos a cubrir el déficit de salud, que no va a ser en el corto plazo, no va a ser en un año, y lo que queremos es que la propuesta tenga un plan de cómo vamos a cubrir este déficit de salud, aunado a cómo vamos a prever los nuevos gastos en que va a incurrir el sector salud derivado del cambio demográfico, derivado del envejecimiento de la población, derivado del crecimiento de la población de adultos mayores.

Entonces, pensamos en una planeación de largo plazo que permita cubrir lo actual, a lo mejor en un plazo de 5 ó 10 años, 15 años y que permita también tomar previsiones para el futuro, porque si no tomamos esas previsiones para el futuro en temas presupuestales lo que va a suceder es que va a quebrar el

sistema de salud y al rato prácticamente no va a poder cubrir la atención médica o si quiere cubrir la atención médica tendrá que aumentar drásticamente el Estado los impuestos para poder afrontar estas necesidades.

Haciendo ya nada más esta explicación, desde luego la presentación fue mucho más detallada y mucho más rica, yo quisiera dar lectura a dos preguntas de Patricia Grégori, dice: “¿Para los minusválidos hay programas para que sean útiles, capacitados, autosuficientes, etcétera?”. Pregunta que si hay programas para los minusválidos para que sean útiles, capacitados y autosuficientes.

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- Sí, los programas de atención, que son la responsabilidad de atención médica, de atención a la salud, que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, sí los hay, hay atención para buscar rehabilitarlos, para poder hacerles fácil la vida en su reincorporación, su rehabilitación, en ese sentido sí hay y otras dependencias del gobierno se encargan de facilitar programas sociales, que también conllevan a hacerles fácil la vida, como es el DIF, como son los programas sociales que tiene el Gobierno del D.F.

EL C. PRESIDENTE.- Pregunta Rocío Camargo sobre los programas que la Asamblea le ha impuesto a la Secretaría de Salud, pregunta que si no sería conveniente primero estudiar la viabilidad financiera y luego autorizarlos, manifestando esta preocupación de que se autorizan aquí programas, se le imponen a las Secretaría programas y evidentemente luego no están sustentado financieramente.

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- Gracias.

Efectivamente es muy conveniente que cuando nos envía para operar un programa, para ejecutarlo también nos acompañen de los recursos para poder tener una adecuada operación.

Cuando nace un programa requiere los recursos humanos para operarlos, requiere de los insumos para poder llevarlo a cabo y necesita también de todos los procesos de apoyo de los servicios, necesitarán teléfono, necesitarán luz, necesitarán agua, necesitarán todos los servicios que se requieren, necesitarán instalaciones, entonces sí, sí es conveniente tener todo eso.

EL C. PRESIDENTE.- Una pregunta de la diputada Ana Estela Aguirre: “¿Usted considera que la materia relacionada con la salud será impartida en el próximo ciclo escolar? ¿Qué información nos tiene al respecto?”

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- La materia de salud, todo lo relacionado con salud que se imparta en unidades escolares es indudablemente de una importancia trascendental, es indudable que tendría un impacto desde los primeros meses en el actuar de la gente.

Se está trabajando conjuntamente con la Secretaría de Educación Federal, la Secretaría de Educación del Distrito Federal y nosotros en los tópicos relacionados con la salud que deberán ser contemplados para ser enseñados en las escuelas, esto es aspectos relacionados seguramente con la prevención de la obesidad, con la prevención de accidentes, con el entorno de la salud reproductiva y hasta el momento continuamos trabajando en conjunto con esas dependencias.

LA C. DIPUTADA ANA ESTELA AGUIRRE Y JUÁREZ.- ¿Se impartiría ya en el próximo ciclo?

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- No podría emitir una opinión si el próximo ciclo, sé que estamos trabajando, en eso sí estamos y la idea de todos es iniciar lo más pronto posible con estos tópicos.

EL C. PRESIDENTE.- Aquí no anotó el nombre, pero la pregunta es: ¿A qué velocidad crece la población en el D.F y a qué velocidad crece la red hospitalaria del GDF y la misma población sin seguridad social en el Distrito Federal?

Voy a leer tres, si le parece que lea las tres preguntas que faltan para que nos vayamos ya en un solo bloque, a lo mejor ahí podemos dar respuesta a varias.

La otra pregunta es de Julieta San Luis que dice: “¿Consideraría que el presupuesto a la atención de la salud debería ser 50% problemas actuales de salud y 50% para prevención de problemas de salud?”.

La última es: ¿Cómo podemos dar prioridad a largo plazo si el déficit es muy reducido para poder cubrir el presupuesto de salud? A lo mejor ahí habría que replantear.

EL C. DR. IGNACIO VILLASEÑOR RUIZ.- El déficit es bastante amplio, bastante alto para que pudiéramos cubrir todas las necesidades de la población, yo supongo que esto es lo que tratan de preguntarme aquí en ese sentido.

La velocidad en la que crece la población. La velocidad no se la puedo decir yo, lo que se puede manejar son los índices de crecimiento poblacional que tiene INEGI y que también estima CONAPO, pero el sentido de la pregunta asumo yo se refiere a que como va creciendo la población tengo o no tengo infraestructura para atender.

Entonces, sí la población en los últimos dos años en especial ha crecido más para la demanda de los servicios de personas que no tienen seguridad social, población abierta que se llama también, que lo que tenemos en capacidad instalada por recursos que nos han sido asignados. Entonces, hemos tenido que hacer una serie de ajustes en la planeación para poder proporcionar los servicios a todos aquellos que la demanda.

El presupuesto que fuera 50% para los problemas actuales y 50% para los problemas de prevención. No considero que sea un asunto de porcentajes, sino un asunto de una asignación mayor y una planeación mayor empatada para usar los recursos con los cuales tenemos o con los cuales podemos contar.

Los problemas actuales hay que atenderlos y hay que seguir trabajando en paralelo con los problemas que se nos van a presentar a futuro con aspectos de prevención o crecimiento de la atención.

Con justa razón la gente que tiene un problema si no la atendemos ahorita o le destino porcentajes, y le digo esto es para que dentro de 5 años no tengas problemas, la gente lo que quiere es la solución del problema que tiene en ese momento.

Entonces, yo creo que es en dos ámbitos, en dos caminos lo que hay que hacer: atención a los problemas existentes, pero trabajo continuo desde la niñez, con los niños, para poder prevenir el crecimiento de los padecimientos.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias, doctor. Estamos agradecidos con su participación. Ya cerraríamos esta mesa.

Le pediríamos al siguiente ponente, al doctor Víctor Manuel García, que pasara al frente.

Ya nada más agradecer la presencia del Subsecretario y entregarle un pequeño reconocimiento de aquí de la Comisión.

LA C. DIPUTADA ANA ESTELA AGUIRRE Y JUÁREZ.- Le damos la más cordial bienvenida al doctor Víctor Manuel García Guerrero, nuestro segundo ponente.

El doctor Víctor Manuel García Guerrero estudió la carrera de actuaría en la Facultad de Ciencias de la UNAM, tiene una maestría en investigación de operaciones en la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ingeniería de la misma institución y un Diplomado en Econometría Avanzada de la Facultad de Economía de la UNAM.

Es candidato a doctor en estudios de población por el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales del Colegio de México. También ha realizado estancias de investigación en el World Population Program, en Luxemburgo, Austria. También ha tomado cursos en el Instituto para la Demografía en Alemania.

Sus temas de investigación son: demografía matemática, métodos estadísticos aplicados a la demografía y proyecciones de población. Ha sido profesor de la Facultad de Ciencias de la UNAM y actualmente dirige la Unidad de Estudios Sobre la Opinión, del Instituto de Investigaciones Sociales y es consultor en métodos demográficos.

Muchas gracias, doctor Víctor Manuel nuevamente por estar aquí. Le cedemos la palabra.

EL C. DR. VÍCTOR MANUEL GARCÍA GUERRERO.- Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer a título personal y a nombre del doctor Carlos Echarri a la Comisión de Población y Desarrollo de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal por su invitación a este importante evento, foro de intercambio y enriquecimiento de ideas.

Considero importante enfatizar que respecto a los retos relacionados con el sector salud, las autoridades que hoy nos acompañan pueden dar un

panorama más preciso al respecto, por lo que yo les expondré algunos de los posibles retos que serán propiciados por la dinámica demográfica de la población mexicana en general y del Distrito Federal en particular.

Los factores demográficos son imprescindibles para la formulación de políticas públicas en el sentido de que ofrecen un marco de referencia sobre la situación actual y futura de la población y orientan acerca de los retos que la misma dinámica demográfica va originando.

Existen tres componentes de demográficas básicas que deben ser consideradas al momento de generar dichas políticas públicas, en virtud de que éstas son las que dan forma a la dinámica demográfica de un país, una región o una entidad federativa, ésta son: la natalidad, la mortalidad y la migración interna e internacional.

En el tema que nos reúne en este foro es necesario considerar la interrelación de estas variables, aunque es prioritario centrarnos en la natalidad y en la morbi-mortalidad.

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población, se espera que el Censo de Población de 2010 cuente a poco más de 108 millones de habitantes en todo el país, de los cuales cerca de 9 millones, o sea el 8.3% se van a encontrar concentrados en el Distrito Federal.

El grueso de la población podría estar concentrado alrededor de los 30 años en el 2010. Es por eso que el doctor Ignacio Villaseñor se sorprende de que haya mucha gente joven, es que es parte del fenómeno demográfico que estamos viviendo en nuestra entidad y que la mayoría nos encontramos alrededor de los 30 años. Hacia el 2012 se espera que se concentre alrededor de los 35 años y hacia el 2030 se espera que se concentra entre los 50 y 55 años. Esto da muestra del proceso de envejecimiento en el que está situado el Distrito Federal.

Asimismo, de acuerdo a las proyecciones de dicha institución, el CONAPO, en el Distrito Federal fallecen 6 personas por cada mil habitantes y 11 recién nacidos por cada mil nacimientos. La tendencia del número de personas que mueren por cada mil habitantes es creciente en el tiempo, esto no se debe a que exista alguna mala atención en los servicios de salud o cualquier

circunstancia ajena a eso, sino más que nada se debe a que se está llegando a un estado de la demografía del Distrito Federal en que la población envejecida se está incrementando, entonces esta población es la que obviamente muere más.

Por otro lado, la esperanza de vida al nacimiento se estima en 76.3 años al 2010 y se espera que lleguemos a los 79 años en promedio hombres y mujeres al año 2030.

Es importante señalar, considero muy importante señalar que las proyecciones de población oficiales contienen una serie de supuestos que pueden no reflejar la tendencia histórica de las variables demográficas de cada entidad federativa, o sea se establecen supuestos en torno a la evolución futura de la fecundidad, de la mortalidad y de la migración, supuestos que están muy de la mano con los programas nacionales de desarrollo, con el Plan Nacional de Desarrollo y que puede ser que no esté muy vinculado con la evolución histórica de la demografía de cada entidad federativa, como puede ser el caso del Distrito Federal.

Así hablando en primer lugar de la cuestión de la morbi-mortalidad, la heterogeneidad misma del Distrito Federal, la amplia gama de realidades que alberga constituyen un reto para el sector salud. Se puede decir que en el D.F. convergen tanto las problemáticas propias de un país desarrollado como de uno en vías de desarrollo.

Problemas relacionados tanto con las enfermedades crónico-degenerativas propias de una población con estructura por edades envejecida, que crecerá 7% entre el 2010 y el 2012 y más del 95% entre el 2012 y el 2030, así como de enfermedades infecto-contagiosas propias de una población con una estructura por edades joven, centrada principalmente en los grupos infantiles. Aquí hay que hacer énfasis en que esta heterogeneidad se encuentra muy distribuida a lo largo del territorio del Distrito Federal. Podemos ver que hay población envejecida en delegaciones como Benito Juárez, en delegaciones más céntricas y una población muy joven y con poco acceso a los servicios sanitarios básicos, como son las delegaciones Tláhuac e Iztapalapa.

A lo anterior se le agregan los problemas propiciados a la falta de oportunidades de empleo, que inciden en el incremento del crimen organizado y el consecuente incremento de defunciones por crímenes violentos, una situación muy coyuntural en nuestros días, además del constante incremento de las defunciones y consecuencias discapacitantes propiciadas por accidentes, cuyo riesgo se incrementa conforme se incrementa el grado de hacinamiento de una población.

Diversos estudios muestran que también el suicidio comienza a figurar dentro de las causas de muerte de esta gran urbe, por ello es necesario realizar análisis más específicos sobre la evolución de la variable de mortalidad, así como las distintas causas de muerte por delegación, que señalen el estado específico de la mortalidad del Distrito Federal.

Para esto se requiere de un incremento en la calidad de información relacionada, principalmente de aquella proveniente de los registros administrativos. Con lo anterior será posible establecer de una forma más eficiente los recursos necesarios en materia de salud pública.

Como bien señalaba el doctor Villaseñor, otro reto se encuentra relacionado con las muertes maternas, que afecta principalmente a las mujeres entre 15 y 50 años de edad.

Por otro lado, las estadísticas de nacimientos carecen de exactitud a nivel nacional. Uno de los principales problemas es el subregistro de los nacimientos, es decir no toda la gente obtiene su acta de nacimiento inmediatamente después de haber nacido, sino que inclusive tardan más de 30 años en registrarse. Muchos adultos mayores obtienen su acta de nacimiento para acceder a los beneficios de diversos programas sociales.

Otro problema es la forma en que se estiman los nacimientos, ya que usualmente se utiliza la cantidad de nacimientos ocurridos por entidad federativa en municipio, como veremos más adelante en la presentación que nos envía el doctor Echarri, se va a ver que hay un problema al respecto. En el caso del Distrito Federal esto puede ocasionar un sobrerregistro de los nacimientos en aquellas delegaciones en donde obviamente se ubican los hospitales de tercer nivel.

De acuerdo con las proyecciones de población, en este año habrá poco más de 129 mil nacimientos en el Distrito Federal, dentro de dos años habrá cerca de 127 mil y para el 2030 ésta cifra disminuirá a poco más de 99 mil nacimientos anuales, sin embargo las estimaciones de esta variable demográfica es un tema no concluido y al igual que en el caso de la mortalidad se requiere de un incremento en la calidad de la información y estudios más localizados al respecto que capten las distintas realidades de esta compleja urbe.

Así en la presentación que está aquí atrás de mí, en primer lugar les voy a mostrar la evolución de la pirámide poblacional, creo que ya la habían visto en la primera presentación. Ésta es la pirámide población del Distrito Federal en el año 2030, ésta es en el 2012 y ésta es en el 2030.

Este emparejamiento de la base de la pirámide poblacional es lo que les señalaba como el problema de los supuestos alrededor de las proyecciones de población. Usualmente la población no se comporta de esa manera, no hay una evolución muy armoniosa entre las variables demográficas, entre la natalidad, mortalidad y migración.

Entonces, sería muy importante que el mismo Consejo Poblacional del Distrito Federal realizara sus propias proyecciones de población, existen muchos métodos, no solamente el propuesto por el Consejo Nacional de Población, sino existen muchos métodos matemáticos que son muy útiles para estimar la evolución de la dinámica demográfica.

A continuación les voy a mostrar, yo he realizado investigaciones en torno a las proyecciones de población, sobre todo a nivel nacional porque es de donde se obtienen series históricas más largas. Ésta es la probabilidad de fallecer de las mujeres a nivel nacional proyectada desde el año 2000 al año 2050. Se observa que las mujeres entre las edades de 15 y 20 años tienen un riesgo mayor de morir que aquellas entre 20 y 35 años, o sea la intuición nos puede decir que entre más viejos nos volvemos mayor riesgo de morir tenemos, mayor probabilidad de fallecer tenemos, pero aquí hay un proceso muy curioso, que obviamente en el Distrito Federal puede tener un impacto mayor, y es algo que hemos llamado la masculinización de las mujeres, es un proceso en el que las mujeres, en lugar de que los hombres estemos convergiendo hacia un proceso de feminización a una menor propensión de riesgos, las mujeres se

están volviendo más propensas a riesgos y a ejercer violencia, sobre todo en edades jóvenes. Esto está por verse, esto es a nivel nacional, sería motivo de diversos estudios en el futuro.

A continuación les voy a presentar parte del estudio que nos envía el doctor Carlos Echarri, que se refiere a la estimación de los nacimientos por lugar de ocurrencia, condición de seguridad social y sexo según entidad federativa o municipio del año 2005 al año 2050.

Como antecedentes se encuentran distintos programas como el Seguro Médico para una Nueva Generación y el Programa de Acción Específico del Sistema Nacional de Información de Salud 2008-2012.

Los objetivos de éste estudio es contar con una estimación para el periodo 2005-2012 de los nacimientos por condición de seguridad social y sexo de acuerdo al lugar de residencia de la madre.

Entonces, el doctor Echarri lo que realizó fue un análisis de las diversas fuentes de información con que contamos los demógrafos, que son las estadísticas vitales o los registros administrativos, los conteos, los censos de población y las encuestas, principalmente las encuestas. Aquí nosotros contamos con diversas encuestas relacionadas con la fecundidad, tenemos la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, que ya tiene una larga data y que la última se liberó en el año 2009; tenemos la Encuesta Nacional de Salud; tenemos la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, las cuales no tienen representatividad a nivel estatal.

Entonces, las variables, aquí se muestran las variables de interés para el proyecto del doctor Echarri, pero más allá de eso lo que les quiero mostrar son los resultados que él obtiene. Él realiza una función de acuerdo al lugar de residencia de la madre y el lugar de ocurrencia del nacimiento, observa disparidades muy importantes.

En ésta gráfica se muestran los nacimientos acumulados según el año de registro, y aquí se puede ver el problema de subregistro de los nacimientos. Por ejemplo, la línea referente al año 2005 se puede ver cómo hay nacimientos ocurridos en 1995, 1996, 97 y van creciendo con el tiempo.

El año 2005, se puede ver cómo hay nacimientos ocurridos en 1995, 1996, 97 y van creciendo con el tiempo, principalmente la gran mayoría se concentran en dos y tres años hacia el pasado, por ejemplo los nacimientos que están registrando en el año 2010 ocurrieron principalmente en el año 2009, en el 2008, en el 2007 y se va diluyendo hacia el pasado, tenemos gente inclusive en las estadísticas vitales, gente de más de 100 años que se va a registrar por primera vez, saca un acta de nacimiento con el fin de obtener diversos beneficios.

Aquí se puede ver la diferencia de los nacimientos estimados por el CONAPO en sus proyecciones, las estadísticas vitales y aquel obtenido en el certificado de nacimiento en el 2008.

Aquí se ve el problema este de los supuestos en las proyecciones de población, se supone que hay una convergencia hacia una cuota preestablecida sobre el nivel de nacimientos, cuando en realidad es posible que se está disminuyendo, esto es a nivel nacional, cuando es posible que estemos disminuyendo la cantidad de nacimientos; sin embargo, el certificado de nacimientos nos muestra un coyuntural incremento, entonces hay disparidades en nuestras fuentes de información, por lo tanto va a haber disparidades en los análisis y en las conclusiones que nosotros obtengamos. Por eso es imperativo nosotros contar con una mejor calidad de información para que podamos ofrecerles a los tomadores de decisiones o alternativas más puntuales, más eficientes y que ellos puedan colocar los recursos de una mejor manera y distribuirlos de una mejor manera.

Esta gráfica muestra la distribución de los nacimientos según el lugar de ocurrencia y lugar de residencia habitual de la madre, podemos ver que más del 60% de los nacimientos ocurren en el mismo lugar de residencia de la madre, pero esta es una tendencia que va a la baja, en cambio aquellos que ocurren en otro municipio pero dentro de la misma entidad van a la alza.

Aquí se muestra el porcentaje de nacimientos ocurridos en el mismo municipio de residencia habitual de la madre, en donde en el caso del Distrito Federal menos del 49% ocurren en la misma delegación en donde vive la madre y esto es por la ubicación de los hospitales principalmente.

Aquí también se muestra la proporción de nacimientos ocurridos en el mismo municipio de residencia habitual de la madre según su grado de marginación y en el caso del Distrito Federal se encuentra en los niveles muy bajos de marginación.

La infraestructura de atención de partos, según la entidad federativa, en el Distrito Federal se encuentra concentrada principalmente en hospitales privados, en segundo lugar se encuentra en los hospitales públicos, en tercer lugar en los hospitales privados del CIEM.

Aquí se encuentra la proporción de nacimientos ocurridos en el mismo municipio de residencia habitual de la madre según la condición de derechohabiencia a la seguridad social y se ve que la mayor parte de los nacimientos ocurren con madres que sí tienen derechohabiencia.

Aquí son cuestiones muy técnicas sobre cómo el profesor Icharri construyó el indicador y aquí se muestran básicamente algunos de los resultados y este es un gráfico que va a ser muy interesante para el foro en el que nos encontramos.

Este es el índice de atracción y expulsión de nacimientos de aquellas mujeres que no tienen seguridad social de acuerdo a las distintas delegaciones del Distrito Federal y podemos ver cómo la Delegación Tlalpan, la Gustavo A. Madero, todas las delegaciones del norte son delegaciones de alta atracción de nacimientos, es a dónde van las mujeres del resto de las delegaciones a tener a sus hijos y eso es por la concentración de los hospitales que se encuentran ahí.

Un hecho curioso es que la Delegación Magdalena Contreras presenta una alta expulsión de nacimientos, o sea que muy pocas mujeres tienen sus nacimientos ahí y hay un área de oportunidad en la construcción de infraestructura hospitalaria.

En la misma situación se encuentra la Delegación Cuajimalpa, Milpa Alta, Xochimilco y Tláhuac, no es casual que son las delegaciones que representan mayores índices de marginación en el Distrito Federal.

El profesor Icharri lo hizo a nivel nacional y aquí pone ejemplos de Oaxaca y de otras entidades federativas, pero considero que el caso que aquí nos interesa

es el caso del Distrito Federal y ojalá y este foro sirva para poder generar inquietud y para que se mueva el trabajo conjunto, interdisciplinario entre demógrafos, tomadores de decisiones, sobre todo con el afán de mejorar nuestras estadísticas vitales y que nosotros podamos ofrecer estudios más precisos al respecto.

Muchas gracias.

LA MODERADORA.- Pasaríamos a la ronda de preguntas y respuestas.

Aquí la maestra Maribel Bello Mejía le pregunta, doctor: ¿A qué atañe a que los factores demográficos se trunquen en nuestra Ciudad?

LA C. Quiero saber la problemática que se enfrenta la Ciudad de México deslindando el presupuesto para que se trunquen todo lo que son los factores demográficos y no se conozca realmente cuándo se asigna cierto presupuesto.

EL DOCTOR VÍCTOR MANUEL GARCÍA GUERRERO.- Esa respuesta yo creo que la puede contestar la gente que está a cargo de los presupuestos en el Distrito Federal. Por lo que entiendo, el proceso de urbanización y el proceso de crecimiento de la población del Distrito Federal es muy complejo y convergen distintas problemáticas. En primer lugar se encuentra una disminución del nivel de nacimientos, pero eso no es igual en todas las delegaciones.

Si sumamos problemas de agua, el acceso a servicios de salud, de hacinamiento, tenemos una problemática muy importante respecto a las enfermedades infectocontagiosas principalmente en los niños menores, entre cero y un año. Aunado a esto tenemos el problema de los hospitales particulares que no están registrados, en donde muchas de las mujeres que no tienen servicio de derechohabiente, van a tener ese tipo de unidades médicas y solamente Dios sabe cómo las atienden y qué tipo de enfermedades son las que se llegan a contagiar ahí y que después se van a atender en algunas de las unidades del sistema de salud.

Otra cuestión es el proceso de envejecimiento al que estamos expuestos en el Distrito Federal, este proceso de envejecimiento, junto con el proceso de disminución de la fecundidad, es un producto de que el Distrito Federal es una

entidad expulsora de población, no solamente hacia el resto de los estados, sino también hacia Estados Unidos. Entonces si metemos todo eso en la licuadora de nuestra ecuación demográfica básica en donde se suman nacimientos, inmigrantes y en donde se restan muertes y emigrantes, se ve que el panorama no es muy alentador porque el proceso de migración al que está sujeto el Distrito Federal está acelerando el proceso de envejecimiento en la misma población y nos está enfrentando a dos retos: por un lado tenemos que terminar de atender las enfermedades infectocontagiosas y, por otro, tenemos que estar comenzando a atender las enfermedades crónico degenerativas y eso aunado a los otros procesos, a las otras demandas de una población envejecida.

Por ejemplo, en muchas ciudades europeas que ya tienen una población envejecida y que se han ido adelantando a esta población envejecida, cuentan con puentes peatonales que van hacia abajo y con elevadores, por ejemplo.

Entonces el proceso de urbanización y el proceso demográfico convergen de una manera muy compleja, y es por eso que yo llamo la atención a que se requiere más información, se requieren de estudios más profundos al respecto.

Actualmente los demógrafos nos ubicamos en tendencias a nivel nacional, en algunas cuestiones relacionadas con pobreza, en cuestiones relacionadas con la migración internacional, con la migración interna, con la cuestión de la fecundidad a nivel nacional, con la cuestión de la mortalidad, hacia dónde nos vamos dirigiendo, cuál es el estado del sistema demográfico del país, pero hace falta estudios más específicos sobre el Distrito Federal y es ahí en donde la capacidad técnica del Consejo de Población del Distrito Federal debería de estar saliendo a la luz, ahí es en donde los consejos estatales deben de estar haciendo su trabajo. La academia es una formadora de recursos humanos de los cuales se tiene que alimentar esos consejos estatales de población, de lo contrario todo se está quedando en el aire y los temas que podemos abordar como estos terminan siendo generalidades en muchos de los casos.

LA MODERADORA.- Gracias, doctor.

Vamos a formular bajo el mismo método todas las preguntas que han llegado aquí a esta mesa.

La señora Briseida pregunta: ¿Cuáles son los supuestos para proyectar a la población sin seguridad social de CONAPO? ¿Es confiable la estadística de población sobre seguridad social?

De Rocío Camargo: En concreto, independientemente de la brecha generacional, ¿qué aportación se da como un criterio para la asignación presupuestal?

Y la mía, doctor. Usted señaló que el Distrito Federal tiene un acelerado proceso de envejecimiento. ¿Esta información se maneja en base a compararnos con qué entidad federativa o con todo el resto de la República y esto a qué se debe? Seguramente tendrá que ver con el ajetreado ritmo de vida que llevamos en esta Ciudad.

Le cedo el micrófono para las respuestas.

EL DOCTOR VÍCTOR MANUEL GARCÍA GUERRERO.- Voy a comenzar primero por esta última, que sigue el mismo hilo que traía desde la pregunta pasada. ¿A qué se debe? A esta convergencia de factores demográficos, la disminución de la fecundidad que es propia de una demanda que cada vez se encuentra más satisfecha de métodos anticonceptivos por parte de la población; se debe en parte también a todas las iniciativas de ley que han sido propiciadas por los tomadores de decisiones en esta entidad, aunado al proceso de migración, mucha gente del Distrito Federal está emigrando hacia otras entidades federativas por distintos motivos, uno de los principales es la cuestión de la oportunidad de empleo, el Distrito Federal ya no es el generador de empleo que era antes, en los años 70, en los 80, ya se encuentran oportunidades de empleo en otras entidades como Querétaro, Cancún, Baja California, Tijuana, Puebla, muchos se van. Yo me pregunto, para cada quien dentro de su cabeza, cuántos no tienen un familiar en Estados Unidos ya viviendo. A eso se debe el proceso de envejecimiento de la población. Toda esa convergencia, toda esa dinámica con la que juegan las variables demográficas están llevando hacia el envejecimiento de la población.

Ahorita me viene a la mente algo que señalaba también el doctor Villaseñor sobre la cuestión del bono demográfico y lo mencionó como usualmente se menciona en muchos foros, un bono demográfico en donde se concentra la

mayor parte de la población joven. El bono demográfico no es algo inmediato, no es un bono, no es una riqueza que se genera de forma inmediata conforme la población se concentra en las edades trabajadoras y en eso tienen que tener mucho cuidado los tomadores de decisiones, porque el bono demográfico se puede aprovechar o se puede desaprovechar de muchas maneras y de ahí depende que el Estado genere capacidades de empleo para absorber ese bono demográfico. Si no las genera y no solamente generando capacidades de empleo, educación y salud, necesitamos gente bien capacitada, a lo mejor no a nivel superior, sino a nivel técnico, pero gente bien capacitada que tenga empleo y que esté saludable para ejercer ese empleo.

Esto puede generar un primer dividendo, yendo de los ejemplos más claros está en Corea del Sur, Corea del Sur se encontraba muy por debajo de los niveles de riqueza, de desarrollo, que México en los años 60; hoy en día ya nos superó pero por mucho, porque Corea del Sur sí aprovechó ese bono demográfico y el Distrito Federal es uno de los principales generadores de ese bono demográfico, ahí está el bono demográfico, pero se está aprovechando, quién sabe, y es ahí en donde muchos especialistas, no solamente en México, sino en otros países señalan que cuando se tiene una población joven muy importante y que no se le está otorgando esa oportunidad de empleo, genera violencia, genera crimen. Entonces es una gran área de oportunidades y en donde nosotros tenemos que ver hacia dónde queremos ir como entidad federativa y como país en general.

¿En comparación a qué entidad se tiene esta información? Siempre el Distrito Federal se compara a nivel nacional y con algunas otras entidades federativas. A nivel nacional siempre se ha encontrado, últimamente se ha encontrado por debajo del nivel nacional. Ahorita se estima que de acuerdo a la encuesta nacional de la dinámica demográfica que había 2.5 hijos en promedio por mujer en edad reproductiva a nivel nacional, el Distrito Federal se encuentra por debajo, alrededor del 1.6, 1.5 más o menos, hijos por mujer en promedio. Pero en cambio se encuentran entidades como Guerrero, Oaxaca, Chiapas en donde se tienen todavía 3 hijos por mujer. Entonces a esto se debe.

Con respecto a cuáles son los supuestos para proyectar la población sin seguridad social, la población no se proyecta de acuerdo a su grado de

derechohabiencia, sino se proyecta a nivel general. Los supuestos de acuerdo a las proyecciones del año 2005, se supone que la población va a converger en cuestión de la fecundidad a un nivel de 1.85 hijos por mujer, que es un nivel que ni siquiera tiene mucho que ver con la realidad de nuestro país, sino que tiene que ver con una cifra puesta por el centro latinoamericano de demografía, que proviene de la división de población de Naciones Unidas.

Antes de esto quiero decir que la población se proyecta por medio del método de las componentes, esto significa que por un lado se proyecta la fecundidad, por otro lado se proyecta la mortalidad, por otro lado se proyecta la migración y después todo eso se mete en la cuestión demográfica básica, y con esto nos vamos yendo hacia el futuro.

Entonces la mortalidad se proyecta de acuerdo a distintas cuotas, se establecen cuotas de acuerdo al éxito, suponiendo el éxito de los programas de salud pública a nivel nacional. ¿Esto es válido o no? Pues no es el papel nuestro el decirlo.

Con respecto a la migración, se supone que la migración va a descender de acuerdo a distintos supuestos, que el flujo migratorio hacia Estados Unidos va a descender si suponemos que el éxito de distintas políticas económicas, un emparejamiento en el nivel salarial entre mexicanos y estadounidenses, son supuestos.

Las proyecciones de población son tautológicas, son válidas por sí mismas, porque son simulaciones de escenarios de qué pasaría si pasa esto. Cualquier proyección de población es válida por sí misma, pero no nos pueden estar diciendo cuál es la realidad del sistema, cuál es la tendencia, qué es lo que nos está diciendo el pasado demográfico sobre el posible futuro de la población.

Con respecto a la seguridad social o si tienen seguridad social o no, eso sería muy interesante hacer una certificación por seguridad social y ver cuáles han sido las tendencias históricas y poderlo proyectar.

Con respecto a la brecha de estimación sobre el criterio para la asignación presupuestal, yo creo que esa una pregunta que se la pueden hacer a las personas que tienen las cifras en las manos respecto a los dineros.

LA MODERADORA.- ¿Alguna pregunta más?

Le damos las gracias al doctor Víctor Manuel García Guerrero por su intervención y por estar aquí con nosotros este día dándonos toda esta información que seguramente para muchos de nosotros es importante.

EL MODERADOR.- Le damos la más cordial bienvenida a la licenciada Briseida Labiel Sotomayor, quien es economista egresada de la UNAM, con diplomado en contabilidad y finanzas por el ITAM. Trabaja en Fundar desde el año 2000. Coordinó el área de presupuesto y políticas públicas de 2000 a 2005, ha coordinado diversos proyectos como el Índice latinoamericano de transparencia presupuestaria, ediciones 2001 y 2003; monitoreo de programas sociales en contextos electorales. Desde 2001 ha investigado temas relacionados con la salud, y actualmente es investigadora en el proyecto Salud, ciudadanía y derechos humanos del área de presupuestos y políticas públicas.

Le damos la más cordial bienvenida a la licenciada Briseida Labiel Sotomayor.

LA LIC. BRISEIDA LABIEL SOTOMAYOR.- Buenos días. Muchas gracias a la Comisión de Población y Desarrollo por brindarme la oportunidad de compartir con ustedes algunas reflexiones en torno a la asignación del presupuesto en salud, considerando una perspectiva de derechos humanos.

Si bien desde distintos sectores de gobierno, desde la sociedad se habla de una perspectiva de derechos humanos, en muchos casos se trata más de una cuestión de discurso que de hecho.

Es importante destacar que desde que en nuestro país fue incorporada la salud a la Constitución como una garantía en 1984, a partir de entonces ha habido una serie de propuestas, pero digamos en términos más bien discursivos y poco efectivos para hacer efectivo la realización del derecho de la salud a la población.

Para empezar, vale la pena reconocer que para el gobierno federal y para todos los gobiernos de los estados la salud es un derecho que está sustentado en la Constitución, está explícito en el 4º constitucional; además es un derecho que está garantizado por los diversos convenios y tratados que internacionalmente ha firmado nuestro país, como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la propia Declaración de los

Derechos Humanos, además de las legislaciones locales en el caso del Distrito Federal y la pertenencia también a la legislación federal.

Específicamente quiero incorporar el programa que recientemente se realizó en el caso del Distrito Federal que es el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal donde se recogen una serie de iniciativas, líneas de acción, estrategias basadas en un diagnóstico realizado con la participación de la sociedad civil y diversos actores.

Cuando hablamos que la salud es un derecho, es un derecho reconocido que debemos tener en cuenta y es una obligación del Estado tanto respetar este derecho como protegerlo y cumplir. Es decir, el Gobierno del Distrito Federal por múltiples razones tiene que poner atención en la salud, es una obligación.

Ahora, particularmente para efectos de lo que se discute en este foro, me gustaría referirme a la obligación del Estado para cumplir con el derecho a la salud. La propuesta es que los estados tienen que tomar medidas necesarias para que esto suceda. Significa que desde medidas legislativas, medidas administrativas, modificar lo que no esté funcionando para que se pueda cumplir el derecho a la salud, entre ellas medidas presupuestarias. Si tenemos presupuestos que dan poca prioridad a la cuestión social o a la salud, hay la capacidad y la obligación del Estado, en el caso del Gobierno del Distrito Federal y de la Asamblea, de modificar. O sea, no es un mal siempre si tenemos una mala estructura presupuestaria, entonces hay que modificarlo para hacer efectivo el derecho a la salud.

Ahora, ¿cuáles son los criterios para asignar el presupuesto con una perspectiva de derechos? En principio habría que tomar lo que son los principios transversales de todos los derechos humanos y la salud es un derecho humano, por lo tanto el máximo uso de recursos de que disponga el gobierno es un principio que se debe usar, es decir, la salud, el gobierno tiene que darle prioridad.

Hay otro principio que es la realización progresiva, significa esto de que año con año y a través del tiempo debe haber una mejora en el cumplimiento de este derecho y a su vez implica también que no haya una regresión, no es posible que un año de crisis que normalmente es cuando más se ataca a los

presupuestos de los programas sociales, haya una regresión. Esto desde la perspectiva de los derechos y en particular del derecho a la salud no debe suceder. Obviamente estamos hablando también del principio de no discriminación. Más adelante vamos a ver que por algún tipo de razones que pueden ser de etnia, de situación social, se presentan circunstancias en donde finalmente se excluye a un grupo de personas o de habitantes del derecho a la salud.

En ese sentido también estamos hablando de la igualdad, debe existir igualdad. En el pacto internacional se habla de establecer o de garantizar niveles mínimos de salud y se piensa también que debe haber una transversalidad entre todos los derechos.

Esto es particularmente para el caso de la salud, si estamos hablando no solamente de la atención médica, necesariamente tenemos que hablar de todas las condiciones que posibilitan la salud, las cuestiones de agua, medioambientales, económicas, están vinculadas con la salud; entonces, no se puede ver a la salud aislada, tiene que verse de conjunto.

Finalmente hay dos principios que tienen que ver con la participación de la población, que esto significa que la política pública tenga que ver y tome en cuenta la opinión y la perspectiva de la población misma, que es la que ejerce el derecho y finalmente la cuestión de una postura de rendición de cuentas de los gobiernos.

Si una política está fallando o no están teniéndose los resultados previstos, debe haber una cara pública de qué es lo que se está haciendo, información pública desagregada, oportuna. Todas estas son condiciones, principios para que se pueda cumplir el derecho a la salud.

En términos más específicos en cuanto a la salud, el gobierno lo que tiene que hacer es garantizar que haya disponibilidad de establecimientos y bienes y servicios sanitarios, para que pueda hablarse de que el gobierno está cumpliendo con su obligación con relación a este derecho tiene que tomar medidas y programas y específicamente poner atención en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Estos bienes y servicios también tienen que ser accesibles a toda la población sin discriminación, tienen que estar accesibles físicamente, circunstancia que es muy diferenciada en el caso del Distrito Federal por delegaciones, hay quienes tienen dos centros de salud cerca y hay quienes no lo tienen. También tienen que ser desde el punto de vista de la ética médica, tienen que ser accesibles, es decir tienen que estar estos servicios prestándose también con criterios científicamente probados, los más avanzados y tienen que ser también apropiados culturalmente.

Aún en el Distrito Federal sí podemos hablar que hay concentración de población indígena y hablando de la atención a estos grupos de población debiera estar orientando los servicios de salud, y finalmente desde el punto de vista de la calidad lo que se tiene que garantizar es que haya personal médico, altos niveles de atención científica, con equipo médico probado científicamente.

Desde el punto de vista del presupuesto y aquí retomo las ideas que se han presentado en el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, es que el presupuesto debe ser considerado como un instrumento para cumplir los derechos humanos.

¿Qué significa esto? El presupuesto se debe poner al servicio del cumplimiento del derecho, en este caso del derecho a la salud. Esto es muy importante porque normalmente en la lógica presupuestaria los criterios que se toman desde la lógica tradicional, son procedimientos y técnicas que en muchos casos están asociadas a cuestiones más bien de carácter técnico, de equilibrio presupuestario, de que no haya déficit y no tienen en la mira, no digo que esto no hay que tomarlo en cuenta, sino que no tienen en la mira para qué se está gastando, o sea al final estamos gastando no para tener un presupuesto equilibrado, sino para que la población pueda tener salud y se pueda cumplir el derecho a la salud, es un cambio de lógica que se debe incorporar en la asignación del presupuesto.

Entonces todo lo que tiene que ver con la técnica presupuestaria, la programación, la asignación del presupuesto, la evaluación de los recursos, incluso la fiscalización de los mismos, deben considerarse tomando en cuenta los elementos esenciales del derecho a la salud. Esto requiere y es un trabajo

que se empezó a hacer de una reformulación para empezar de la política de salud, o sea el presupuesto no es separado de la política, el presupuesto es el que nos permite llevar a la práctica toda una serie de lineamientos de una política pública y lo que debe hacerse con el presupuesto es atarlo a una política con perspectiva de derecho.

Es decir, estamos hablando aquí de una mancuerna, no puede haber un presupuesto con enfoque de derechos sin una política de salud que no tenga enfoque de derechos, entonces van de la mano.

En este mismo programa se plantean que toman como estrategia para el futuro asignar el máximo de recursos disponibles para que haya una plena realización del derecho a la salud, en particular de los derechos humanos, en este caso de la salud en el Distrito Federal, o sea retoman este principio general que existe, y en una de sus líneas de acción lo que plantean es establecer normativamente prioridad en la asignación presupuestal para determinados sectores que están en mayores condiciones de discriminación y exclusión. Esto es cierto para el Distrito Federal, encontramos brechas, distancias y desigualdades inaceptables, entonces si estamos pensando en la asignación del presupuesto un criterio tiene que ser cerrar estas brechas y el Programa de Derechos Humanos lo tiene planteado.

Ahora, en términos del derecho a la salud, para ir viendo cómo vamos a hacer converger el tema de derechos y el tema de presupuesto, entonces por un lado estamos hablando de máximo uso de recursos y en términos de salud estamos hablando de que en general se está pensando que el objetivo del derecho a la salud en este programa es que se respete, se protejan, se garantice la prestación de los servicios con principios básicos de igualdad, de no discriminación para toda la población que habita en el Distrito Federal y van más allá, para los que transitan también, o sea todo aquel que esté pisando territorio del Distrito Federal es acreedor del ejercicio de este derecho.

Voy a tomar como ejemplo uno de los temas relacionados para que este objetivo se pueda cumplir. Es decir, para que una persona pueda ejercer plenamente el derecho a la salud, ya hablábamos de que tiene que haber número suficiente de establecimientos sanitarios. Uno de los temas que toma este programa es que tiene que haber disponibilidad de establecimientos,

equipo médico, y cómo podemos ir vinculando la asignación del presupuesto con el tema del derecho.

Juntando estos dos puntos lo que tendríamos es que para que haya cumplimiento del derecho necesita haber, dada la deficiencia, construcción de nuevos centros de salud, tiene que haber compra y reemplazo de equipo, entonces ya tenemos de facto un criterio para la asignación del presupuesto, o sea hay que asignar el máximo de recursos disponibles para la construcción de establecimientos sanitarios y para equipamiento. Y una segunda cuestión que tenemos que hacer es incrementarlo de forma progresiva esta asignación presupuestal.

Entonces en ese sentido pensamos en Fundar lo que tiene que haber es voluntad política de los gobiernos para que esto suceda. Los criterios son claros, las necesidades de la población en un sentido, si bien hay problemas de información para tener estimaciones adecuadas y mucho más precisas, lo que es evidente y claro es que hay niveles, uno de desigualdad dentro de la Ciudad; dos, de escasez de rezago en materia de infraestructura y esto por una lógica que tiene varias décadas, en que los programas sociales y la atención a las necesidades de la población se dejaron de lado. Entonces si esto se quiere revertir se tiene que tomar medidas en ese sentido de mayor asignación de recursos y de una asignación progresiva.

¿Cómo si se están o no cumpliendo estos principios y si el gobierno está cumpliendo con su obligación?

Generalmente para esto lo que se hace es que se generan indicadores que nos permiten observar cuál es el nivel y el punto de partida y si nos estamos conduciendo hacia allá. Por ejemplo, uno es si los esfuerzos que se están emprendiendo van en la dirección correcta, si los resultados que se están obteniendo por estos esfuerzos son los adecuados y si esto está vinculado con el cumplimiento de los derechos.

Esto es importante porque al momento que se haga una proyección de presupuesto se tiene que tener esto en mente, o sea de dónde estamos partiendo, qué es lo que queremos hacer, cómo se vincula esto con el

cumplimiento del derecho a la salud y solamente en esa medida podemos garantizar con información objetiva que vamos en la dirección correcta.

Por ejemplo, en el caso del programa del Distrito Federal se planteó como un indicador del derecho a la salud el gasto público en salud como porcentaje del PIB del Distrito Federal, que esto es una medida generalmente utilizada en el tema de salud. Esto es, cuánto de la riqueza que se genera aquí se le dedica a la salud, y algunos otros indicadores que tienen en términos de la disponibilidad de establecimientos sanitarios, son cuántos centros de salud se han construido y cuántos hospitales, aunque no tienen precisado el indicador que van a utilizar, el número de camas por cada 100 mil habitantes, así como el número de consultorios por habitantes. Esto es, cuál es la oferta que está dando el Gobierno del Distrito Federal a su población.

Veamos cuál es el punto de partida, dónde estamos ahora en cuanto al porcentaje del gasto en salud, el gasto en salud como porcentaje del PIB.

Aquí lo que podemos observar en esta gráfica y partiendo de la lógica de que debe haber una máxima asignación de recursos, es que México, comparado con países similares a nosotros, está muy por debajo; el Distrito Federal si bien como porcentaje del PIB asigna el 3.1%, podemos observar que hay países y por ende ciudades, hay desigualdades dentro de los países, pero que hay inversiones mucho mayores. Esto no es nada nuevo, ese es un problema que existe en nuestro país, o sea muy poca disposición del gobierno a asignar recursos suficientes.

Entonces la lógica de ir asignando un máximo de recursos disponibles y que esto sea progresivo, nos va a llevar algunos años para alcanzar niveles mínimos. Ya el doctor ponía en perspectiva los problemas sanitarios a los que nos vamos a enfrentar, los problemas de rezago que tenemos. Entonces con estos niveles de gasto con los que estamos ahora, estamos fuera. Hace falta realmente tomar y dar un golpe de timón y darle realmente la importancia que se merece el tema de salud.

Los datos están ahí. Qué bueno que el programa del Distrito Federal se plantea este indicador y habría que estarlo revisando, y esto tiene que ver cada vez que se discute el presupuesto es cuánto le estamos asignando a salud.

La idea de incrementar en forma progresiva la asignación del presupuesto. Para el caso del Distrito Federal no tengo información disponible, tengo información federal, del Seguro Popular, que a la fecha es con mucho el mayor presupuesto que se destina en nuestro país a la salud para la atención de la población abierta, y lo que podemos ver, de acuerdo a la información disponible, es que desde la creación del Seguro Popular a la fecha, para la creación de nuevas clínicas y hospitales encontramos un incremento progresivo de la asignación presupuestaria, esto viene por la forma en que la Ley General de Salud estableció que se debería distribuir presupuesto.

Efectivamente, de 2004 a 2009 vemos que año con año los legisladores federales aprueban mayores recursos porque esto va atado al número de afiliados; sin embargo, lo que observamos es que el presupuesto que se transfiere a los estados, o sea si bien se aprueba, lo que se transfiere es muy bajo, eso significa alrededor del 30% de lo que se ha asignado de entonces para acá ha sido transferido a los estados, el resto, este 70% que sobra, que no se utilizó para la creación de clínicas y hospitales, se va a otro fondo, ciertamente, se va al fondo de gastos catastróficos, pero ese no es el problema, el mandato aquí de la ley es que lo que tiene que haber es inversión para revertir el rezago en infraestructura, entonces tiene que haber consistencia para cada uno de los rubros.

De por sí si vemos estos montos de presupuesto de acuerdo a la carencia que existe en nuestro país de hospitales y de clínicas es bajo y aún así en invertirlo pensamos que se está violando flagrantemente la obligación del Estado mexicano de cumplir con este derecho. Habría que revisar cuáles son los datos del Gobierno del Distrito Federal.

Como conclusión de esta lámina, lo que sacamos es que en la medida en que tenemos un presupuesto que no se enfoca al derecho, dada la precaria inversión que hay, lo que al final está generando es exclusión de los ciudadanos del ejercicio del derecho a la salud y esto es evidente por el comportamiento de este fondo que acabamos de ver en la lámina anterior.

Para el Distrito Federal, nada más quisiera dejar para la reflexión esta información, que es uno de los indicadores que el mismo Programa de

Derechos Humanos se propuso, es en cuántos consultorios tenemos para la población.

Aquí tenemos información para todas las delegaciones e información disponible para 2001 y 2008 y lo que vemos es que hay para todas ellas una disminución de la tasa de número de consultorios por habitantes sin seguridad social. Es decir, en lugar de ir para adelante vamos para atrás, esto obviamente tiene que ver con el crecimiento de la población, tiene que ver con la baja inversión en infraestructura, está ganando el crecimiento de la población, y conste que aquí no tenemos información a 2009 y 2010, que según indicaba el doctor, lo que tenemos es expulsión de las fuentes formales de trabajo a población que se va a atender en estos lugares y que están presionando aún más la oferta que existe hasta ahora. Como vemos, el reto es importante, es acelerado, o sea la inversión tiene que ir arriba de lo que es la dinámica poblacional porque tenemos un rezago.

La otra cuestión que nos muestra este gráfico es que hay una desigualdad entre delegaciones, tenemos la media nacional, muy mal dato que tenemos como país, es que tenemos .5 consultorios para cada mil habitantes, y aquí según los datos, por ejemplo, en Cuauhtemoc tenemos 2.5, una apreciación aceptable, está bien, pero tenemos lugares como Iztapalapa con .27; es decir, hay esta desigualdad y es la que nos está marcando ya criterios de facto para determinar cómo debe distribuirse y asignarse el presupuesto.

Finalmente, ¿qué se plantea, qué se puede hacer en esta cuestión?

El propio Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal se plantea con relación a este tema y tocan muchísimos temas, que para mejorar la disponibilidad de establecimientos, personal y equipo se plantea, entre otras, dos líneas que es importante destacar: que tiene que haber un diagnóstico situacional, es decir, hacer proyecciones para que haya programas y una visión de mediano plazo que contemple la construcción de nuevos centros de salud y hospitales, es decir, cómo estamos; y la segunda que plantean, que es una cuestión que habría que discutir, es que se debe etiquetar los recursos y que se deben de incrementar en forma progresiva para financiarlos.

En Fundar creemos, cuando se trata de discutir estos temas, es que precisamente hay que tomar la opinión de los diversos sectores que participan y que son afectados por las decisiones. Por supuesto hay que partir de un diagnóstico cómo estamos, pero este diagnóstico no puede llevarse mucho tiempo porque esto es casi urgente. La cuestión de la etiquetación de los recursos eventualmente es de utilidad pero si hay consenso con todas las delegaciones y con todos los actores participantes.

Nosotros lo observamos mucho cuando hacemos referencia a los recursos federales, que se etiquetan los recursos y eventualmente no ayudan a resolver los problemas. O sea, tiene que haber una combinación entre etiquetación de recursos y flexibilidad en el uso de los mismos. Lo que sí es definitivo es que debe haber un incremento progresivo de estos recursos.

Muchas gracias.

EL MODERADOR.- Agradecemos la ponencia de la licenciada Briseida Labiel Sotomayor.

Abrimos un espacio breve para preguntas y respuestas. Si alguien desea hacer alguna pregunta, están las papeletas para que nos las hagan llegar, por favor.

EL C. Además de agradecerle a la licenciada Briseida, quiero agradecer a la maestra Maribel Bello Mejía que nos acompaña, desde luego a los alumnos de la Universidad de las Tres Culturas que estén interesados en estos temas que son relevantes para la Ciudad.

Igualmente quiero agradecerle a la secretaría técnica el apoyo para la realización de este foro. A Santiago Torreblanca, a Luis Alberto Martínez, a José Antonio Patiño Pastrana, a Michel Salas y a Diana que estuvieron participando para organizar este foro.

EL MODERADOR.- Hay una pregunta para la licenciada Briseida. Dice ¿considera viable la estrategia y línea de acción de presupuesto y cuál es el procedimiento para lograr el objetivo y a cuánto tiempo se estima cumplirlo?

LA LIC. BRISEIDA LABIEL SOTOMAYOR.- A mí me parece que, no sé, supongo que han de hacer referencia a la estrategia, no sé exactamente a cuál se refiera, a la de disponibilidad, establecimientos o la de máxima asignación

de recursos, pero en su caso cualquiera de las dos por supuesto que son viables, y no sólo viables, sino deseables. Es cambiar el rostro y los criterios con los que se utiliza el dinero que los ciudadanos finalmente somos los que ponemos de nuestros impuestos.

Por qué no vamos a asignar más recursos a salud que a otro tipo de temas que no tienen que ver con el bienestar de la población. Esto es definitivamente un criterio y no sólo válido para nuestro país, es un criterio internacionalmente reconocido.

Ahora, cuánto tiempo, esto obviamente dependerá de la voluntad política de los gobiernos, o sea si estamos hablando de una decisión racional, si van a tomarse decisiones con relación, en el ejemplo que les traje, cómo le hacemos para mejorar la red hospitalaria, esto obviamente en un año se puede hacer un hospital, pero si necesitamos 20 hospitales, eventualmente no se pueden hacer los 20 en el mismo año. Esto tendría que estar regido también por otras necesidades urgentes como la educación, en fin. Pero lo que sí es que tiene que existir y darse año con año esta inversión, porque en años recientes ya encontramos que hay recursos para infraestructura, pero hacia atrás, varias décadas dejó de invertirse, entonces eventualmente este es un problema que ahora estamos enfrentando. Entonces el tiempo dependerá de qué tan ambiciosos sean los planes que se generan.

Por ejemplo, para el caso nacional existe el plan maestro de infraestructura, éste cuando lo diseñaron en 2003 se pusieron como horizonte el 2010, o sea es a 7 años y esto básicamente era como un primer corte para generar y tener las mejoras en el segundo nivel de atención, en fin. Puede ser como gradual, pero definitivamente es algo que no puede postergarse.

EL MODERADOR.- Una pregunta de Jaime Blanco, dice: Si tomamos en cuenta la gran cantidad de derechos humanos consagrados en la Constitución, ¿es viable establecer o fijar el PIB, incrementos anuales en todos tomando en cuenta que los recursos son limitados?

Y finalmente de Antonio Morales: En su opinión, con los resultados del ejercicio 2009, ¿cómo fue gastado el presupuesto de salud y si éste se puede mejorar?

LA LIC. BRISEIDA LABIEL SOTOMAYOR.- Con relación a la primera pregunta, por supuesto que el incremento progresivo no es al infinito, pero si partimos del piso que tenemos en México y en particular en el Distrito Federal, esta es una tendencia deseable para revertir las condiciones en que actualmente estamos, de exclusión de millones de personas del ejercicio del derecho a la salud, o sea eso ahorita no cabría ni la menor duda para hacerlo.

¿Cuál es el límite? Normalmente en estos casos no hay parámetros establecidos, lo que establecen son comparaciones con países. Por ejemplo, si vemos que aquí en el Distrito Federal estamos en 3.1 del PIB, pero hay lugares donde se invierte hasta el 7, 8%, con mucho vemos que estamos bastante lejos y que si hay países o ciudades donde se permite esta inversión, quiere decir que es viable y posible. O sea, no son automáticas las comparaciones porque hay condiciones diferenciadas. Pero llegar de aquí a un 7, un 6% del PIB invertido en salud es una meta que nos llevará yo creo que algunos años.

En el caso de educación es lo mismo. O sea, sí es posible hacerlo y, sobre todo, en este país de grandísimas desigualdades, en este país donde durante muchos años se ha dejado de invertir.

En el caso particular del Distrito Federal lo desconozco, pero en el caso del presupuesto federal, lo que vemos es que hay, por un lado, como muy baja recaudación, o sea se deja, se le dan créditos fiscales a las grandes empresas, es decir tenemos menos recursos y con esto no podemos incrementar el presupuesto; o sea, lo que estamos haciendo es con esta política económica es ampliando las brechas y las desigualdades. Entonces esto implica decisiones económicas y decisiones políticas.

Es decir, vamos a recaudar más impuesto porque la población necesita más hospitales y clínicas, por supuesto, esto es pensar con un enfoque de derechos. ¿Se puede? Por supuesto, estamos muy abajo en recaudación, podemos recaudar mucho más. Entonces los límites ya nos lo pondrá una estructura y el tipo de sociedad que queremos. Si queremos una sociedad donde la gente haga ejercicio de su derecho a la salud, vamos a invertir más en salud.

Finalmente la última pregunta, con relación al presupuesto de 2009, desconozco las particularidades del presupuesto del Distrito Federal, no tendría una opinión calificada para hablar de esto.

Gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Finalmente de María Elena, dice la crisis de influenza obligó a los gobiernos local y federal a invertir fuertes cantidades. ¿Esto realmente contribuyó en alguna medida a disminuir las necesidades de infraestructura?

LA C. .- Hasta donde entiendo, las inversiones para combatir y comprar la vacuna y para la emergencia sanitaria no se usaron para infraestructura, o sea usaron para esto, fue un gasto operativo. Entonces no, aunque salió a la luz que hay problemas de infraestructura, incapacidad para atender esto, no se invirtió en infraestructura, ese gasto más bien fue para guante, tapabocas, vacunas, en fin.

EL C. PRESIDENTE.- Yo quisiera también aprovechar antes de concluir y de dar la clausura formal, pues agradecer también a Yadit Nictéja Ruiz del Campo, quien ha estado colaborando con la Comisión de Población.

También agradecer la presencia de Rosa María Rodríguez, de Patricia Gregori, de Leticia Ramírez y de Rocío Camargo, quienes nos acompañaron en este foro y finalmente agradecerle también a Briseida la amabilidad y el esfuerzo con el que realizaron esta presentación.

Desde la Comisión de Población y Desarrollo vamos a estar impulsando este tema, vamos a estar presionando al Gobierno de la Ciudad, vamos a estar presionando pues a través de los medios que estén a nuestro alcance para que se invierta más en salud, el presupuesto de la Ciudad es de más de 129 mil millones de pesos, el déficit que se ha calculado en infraestructura de acuerdo a las cifras de la Secretaría de Salud, es de alrededor de 5 mil millones de pesos y sí existe margen para poder cubrir gradualmente este déficit, solamente para poner una comparación.

El déficit actualmente de infraestructura en salud equivale al gasto anual del Programa por ejemplo de Adultos Mayores o por ejemplo el 10 por ciento del gasto del déficit se podría cubrir con lo que para este año se asignó a los

programas de vivienda. Entonces hay margen de maniobra en el presupuesto. Lo que tenemos que hacer es presionar para que el gobierno, para que la opinión pública se sensibilice de la necesidad de darle prioridad a uno de los derechos fundamentales y evitar que se tomen otros programas prioritarios y no haya una política consistente de largo plazo para garantizar el derecho a la salud.

Creo que el Estado debe ver a largo plazo para que el ciento por ciento de la población pueda tener garantizado este derecho y que sabemos que no es un reto sencillo, pero se tienen que empezar a sentar las bases y ese es el compromiso que veo de los diputados de varios partidos políticos que integran esta Comisión y además celebro ese espíritu de comprometer a la ciudad a una puesta que no debe ser solamente un asunto retórico, sino que es una obligación del Estado, pero que ha faltado la voluntad política de verdad de garantizar este derecho a la salud y en ese compromiso estamos los diputados que integramos la Comisión de Población y Desarrollo, y agradecerle desde luego a la diputada Ana Estela Aguirre nuevamente su colaboración en este foro y al diputado Jorge Palacios.

Muchas gracias.

Siendo las 12:27 horas damos por clausurado este Foro más no los trabajos de la Comisión de Población y Desarrollo.

Muchas gracias.

