
Perspectiva de la salud: Algunos ejemplos

Pablo Kuri Morales

Pablo Antonio Kuri Morales: Muchas gracias al INAP y, desde luego a su Presidente por la invitación, es un honor compartir esta mesa con Bernardo Kliksberg. Después de su dosis de realismo crudo, pero absolutamente contundente, déjenme empezar con un poquitito de optimismo.

Y sí preparé algunas láminas que voy a compartir con ustedes y este es un dejito de optimismo. A pesar de la desigualdad que ahí está, a pesar de todos los problemas que ahí están, algo debe de estar pasando que un indicador extraordinariamente sensible que pueda hablar de cómo está viviendo, progresando la sociedad que es la esperanza de vida, sigue incrementándose.

Ahí están los datos, decía el doctor Kliksberg que le gustan los datos, yo por mi deformación epidemiológica, vivo de los datos, ahí está la información, esa es la esperanza de vida en México como lo pueden ver en la pantalla.

Y aquí la pregunta es ¿y qué pasaría, cuáles serían las cifras si no hubiera la desigualdad que hay? Porque esa sería la pregunta que uno habría que lanzar, o sea, si vamos bien y entonces aquí empezamos con estas cuatro excusas o cuatro coartadas. ¡Si vamos bien! Pero qué pasaría si no hubiera estas desigualdades que son una realidad que hay que enfrentar y que hay que resolver.

Otro dato, la tasa de mortalidad infantil en México. ¡Vamos rebien! Eso dice la gráfica. ¿Qué pasaría si esto que yo les mostré en las anteriores gráficas, son promedios cuando analizamos justamente los grandes diferenciales que hay al interior de nuestra sociedad y de nuestro país que reflejan lo que ya se dijo?: las grandes desigualdades.

Porque aquí son promedios, y esa es la ventaja de la estadística. Tenía un profesor de estadística que me decía: tú dame los datos, yo los torturo para que digan lo que tú quieras. Les acabo de presentar dos láminas que son logros, si los quiero presentar como logros son logros.

Habrá que hacer un análisis de dónde estamos. Y déjenme darles un dato de cómo estamos en salud. De eso que ven en la pantalla nos estamos muriendo los mexicanos y de eso nos estamos enfermado.

¿De qué nos estamos enfermado? Iras y no son corajes, son infecciones respiratorias agudas. Edas, que son enfermedades diarreicas; infecciones de vías urinarias, etcétera. Y puse en rojo a las enfermedades que son crónicas, porque fíjense ustedes que todas las demás son infecciones; sin embargo, cuando vemos las causas de mortalidad, fíjense, nos morimos de enfermedades crónicas, enfermedades del corazón, diabetes, tumores, enfermedades del hígado, EPOC, absoluta y totalmente relacionada con lo que ya se dijo aquí, que es el consumo del tabaco, igual que muchos de los tumores malignos, particularmente el cáncer de pulmón. Por ahí aparece la influenza y las neumonías, las del período perinatal.

Ese es el panorama de cómo estamos muriendo. Ahora me gustaría elaborar un poquito alrededor de cuáles son los procesos o las dinámicas que han hecho que esto cambie. Al menos habría que identificar cuatro, se pueden identificar muchas otras. Un cambio demográfico importante, un cambio en los riesgos, un cambio en la tecnología que finalmente se refleja en la transición epidemiológica, que sí hay logros, porque los hay, esos son innegables. Pero también hay grandes retos.

La transición demográfica. Ustedes vean dónde está México, la población de adultos mayores se va a cuadruplicar en nuestro país en los próximos 50 años y aquí vamos a ver cómo lo podemos abordar. Yo voy a lanzar una pregunta, no para que me la contesten, ustedes se la van a contestar.

¿Cuántos de los que estamos aquí alrededor de este auditorio, aquí en el presidium, no deberíamos de estar si no hubiera sido por una intervención de salud pública? Y les doy tres ejemplos de intervención de salud pública que probablemente nos salvaron la vida algunos de los que estamos aquí: una vacuna, un antibiótico, el uso, fíjense, del vida suero oral, que entre otras cosas, es una tecnología sencillísima, pero es la que más vidas ha salvado en el mundo.

Y hablando de desigualdades si hay algo que logre igualar por lo menos en un aspecto a los seres humanos es la vacunación, porque no importa de dónde estés, cómo estés, si vacunamos a todos logramos un asunto de equidad inmunológica, porque todos nos protegemos contra la enfermedad y ese es un factor de igualación o de evitar o disminuir un poquito la lacerante desigualdad. Esto es lo que nos está generando un gran reto.

Por otro lado, tenemos una exposición diferenciada de riesgos fundamentalmente matizada por los cambios en la composición de la estructura o de cómo nos congregamos los seres humanos.

En México en los últimos 50, 60 años hemos pasado de un país eminentemente rural y voy a usar la definición de rural del INEGI, aunque hay otras que son mucho mejores para fines de lo que podríamos analizar: 2 mil 500 habitantes más o menos, aunque se dice que realmente deberíamos hablar de 15 mil más o menos, porque es cuando ya puede haber una serie de servicios, etcétera.

Es que hay una exposición diferenciada de riesgos, dependiendo de esta condición. ¿A qué se expone la población rural habitualmente? a factores de riesgo que tienen que ver con mala higiene ambiental, con falta de disposición de agua apta para el uso humano, con la necesidad o alimento a veces escaso.

La población urbana se expone a otro tipo de factores: violencia, accidentes por vehículo de motor, adicciones, sedentarismo, etcétera. Y, por supuesto, que los grupos de población en situación de vulnerabilidad son los más sensibles a esta diferenciación en la exposición de los riesgos a la salud.

Y luego tenemos la transición tecnológica y ahí pongo desde el descubrimiento de la penicilina y el uso de vida suero oral hasta las ómicas que hay ahora, la robótica, la genómica, la proteómica, etcétera.

Porque justo la introducción de tecnologías enmascara las desigualdades. Y les voy a decir por qué. A fin de cuentas lo que está pasando es que hay cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad que ahí están reflejados y que conocemos como transición epidemiológica.

Pasamos de un predominio de la muerte por enfermedades infecciosas a un predominio de la muerte por enfermedades crónico-degenerativas. Pero hay tres fenómenos subyacentes al proceso de transición que hay que entender y que hablan de desigualdad.

Uno, el mosaico epidemiológico, la coexistencia de unas y otras; dos y el más importante que habla de desigualdad, la polarización epidemiológica. Aquellos segmentos de la sociedad que están en ese 1%, que tienen acceso, etcétera, viven más que los que no están en ese 1% que no tienen acceso y demás. Y esa es una polarización, o sea, cada vez la brecha se hace más larga.

Hay datos en México, por ejemplo, yo les dije el promedio de esperanza de vida, pero el municipio con más esperanza de vida tiene 15 años más de esperanza de vida que el municipio con menos esperanza de vida en nuestro país. Si esto no es un ejemplo de desigualdad ya que más les puedo yo decir.

Pero esto es muy importante. Para entender a cabalidad el desarrollo de una política pública en materia social o de salud hay que entender los determinantes sociales de la salud. Y yo vi por ahí en la biografía del doctor Kliksberg que él participó de esto y me da mucho gusto.

Y quienes no sepan qué es esto, hubo una encomienda de la Organización Mundial de la Salud al doctor Marmot, y usted me corregirá doctor Kliksberg, en el 2008, 2009 si mal no recuerdo, y se hizo todo un estudio que debo decir que no es nuevo, porque hay autores previos como Omran y otros que hablaban del vínculo, incluso desde épocas previas, se hablaba de la importancia del entorno para que se den las condiciones de desarrollo de una sociedad.

Y en el caso de salud está clarísimo, son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, o sea, ese es un pedacito como ustedes lo pueden ver en la pantalla, de todo ese andamiaje de condiciones que influyen en las cuestiones de salud.

Esto está bien, ahora el tema es cómo lo aborda uno desde la perspectiva de la política pública para reducir las brechas, hacer una

adecuada inversión en salud y yo coincido en salud no se gasta, en salud se invierte, porque bien dice el dicho: “la salud no es todo, pero sin salud no hay nada”. No es que yo venga del sector salud, pero díganme, y todos los que estamos aquí y les voy a hacer también otra reflexión para que la hagan ustedes.

¿Quién se acuerda que tiene un brazo a menos que le duela? ¿Quién se acuerda que tiene una cabeza a menos que le duela? ¿Quién se acuerda que tiene un estómago a menos que le duela? No hacemos conciencia de lo que es estar sano, hasta que perdemos la salud.

Y ese es un elemento que tiene que ver con todo esto. No voy a entrar obviamente en esto. Ahora denme una respuesta organizada. Esta Administración tiene un Plan Nacional de Desarrollo donde hay dos elementos que me parecen cruciales, que estén explícitamente señalados en el Plan Nacional de Desarrollo, que tienen que ver con asuntos de igualdad y desigualdad.

Uno es la perspectiva de género y el otro es el enfoque transversal, no se pueden hacer políticas públicas en ínsulas, tenemos que trabajar de manera coordinada. No voy a entrar ni voy a repetir, ya el subsecretario Lastiri ahondó mucho en ello, pero es un ejemplo claro de la instrucción del Presidente de la República de que nos sentemos quienes tenemos la responsabilidad por parte del Estado mexicano de generar las políticas públicas a coordinarnos, porque si no nos coordinamos no vamos a poder salir adelante ante los grandes retos y ante esa gran heterogeneidad que hay en el país que lo que marca, es justamente las desigualdades en todas las materias de la sociedad.

Hay un plan de acción en donde en México incluyente se busca integrar una sociedad con equidad –obviamente disminuyendo la desigualdad– cohesión social, e igualdad de oportunidades.

No voy a leer los objetivos, ustedes los pueden ver en el Plan Nacional de Desarrollo, está publicado en el Diario Oficial de la Federación; sin embargo, sí me interesa hablar un poquito de acceso a servicios de salud porque escuché, efectivamente CONEVAL nos dice en la evaluación que hizo y está publicado también en el Primer Informe de Gobierno del señor Presidente que 25 millones de personas tienen carencia de acceso a los servicios de salud.

Yo no discutiré las cifras, sólo quiero decir que hay que distinguir en acceso efectivo, afiliación, cobertura, porque una cosa es que yo esté en una lista como también dijo el subsecretario Lastiri, y otra cosa el que ya esté en una lista es que yo tenga acceso a la medicina, al médico, etcétera.

Efectivamente una proporción importante de nuestros connacionales no tiene eso segundo a lo que estoy haciendo referencia. Ahora, cuáles son las estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud que está en construcción aún: avanzar a un sistema de salud universal donde haya una verdadera integración funcional. Es un gran reto porque hay realidades operativas que hay que trascender.

Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario. Y ahora voy a hablar de algunos retos muy precisos y concretos que también abonan a lo presentado por Bernardo.

Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad; garantizar el acceso de los servicios de salud de calidad. Éste es un tema de verdad, la calidad no puede ser medida con que te tardes 25 segundos menos en un consultorio, o que te sonrían. Eso es un elemento de la calidad, pero calidad significa que esté la infraestructura adecuada; calidad significa que el personal tenga la pericia correcta para darte un diagnóstico y un tratamiento; y calidad significa que estén los insumos.

Y, por supuesto, que hay un lugar en donde te los den. No es nada más como en algún momento se pretendió, es que tenemos que sonreír, sí, qué bueno, sí es cierto que debe de haber calidez, pero a fin de cuentas yo estoy seguro que cuando alguien está enfermo, aparte de la solidaridad humana que uno requiere de vernos ojo a ojo con el médico para sentirse tranquilo, requiere que le resuelvan el problema, no basta nada más que lleguen, te vean bonito y te hablen bonito, lo cual está muy bien.

Pero tenemos un problema estructural y les doy un dato. Estamos haciendo un estudio para el tema de diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso, y en las clínicas de primer nivel en una prueba piloto que estamos haciendo, un porcentaje importante superior al 50% del

personal de salud entre médicos, enfermeras, etcétera, no han sido capacitados desde que salieron de la carrera. Eso es gravísimo.

Cómo podemos aspirar, aunque les pagues a través del Sistema de Protección Social en Salud, léase Seguro Popular, que les pagues el medicamento, un medicamento que salió hace tres años, cómo se les ocurre que lo van a recetar pues ni siquiera lo conocen. Tenemos que capacitar al personal para mejorar la calidad. Ésas son las cosas de política pública que van abonando a que al menos desde la perspectiva de salud haya mayor equidad o se disminuyan los rasgos de desigualdad.

Desde luego hay que garantizar el acceso efectivo, ya lo comentaba. Cuando hablo del acceso efectivo no es que estés en una lista o en un padrón, que además lo tenemos que decir y qué bueno que la reforma hacendaria, muchas de las cosas que trae la reforma hacendaria que propuso el señor Presidente, una de ellas que desde la perspectiva de salud ojalá se apruebe, es que ya no se les transfiera a las entidades federativas el dinero, que se les compre las medicinas y les transfieran las medicinas.

Porque es increíble, parte del tema de los padrones que como les pagan per cápita, yo agarro y meto a todo mundo para me llegue más dinero y luego no lo uso en salud, lo digo así, claro, y no hablo de ejemplos, ustedes conocen, están en el sureste donde hay mucha agua, ahí, por dar un ejemplo. Eso no puede ser.

Calidad que, reitero, va en capacitación, va en que haya insumos, va en mejora de infraestructura y prevención. Y para hacer prevención tenemos que pasar del discurso a los hechos y para pasar del discurso a los hechos tenemos que lograr financiamiento. Ya se decía: programa sin recursos, es demagogia.

Y les voy a dar un ejemplo porque alguien se me acercó en el receso a decirme: Oiga, doctor, el tamiz neonatal. Para los que no saben, el tamiz neonatal es que a todos los que nacen les toman una gota de sangre y a través del estudio de la gota de sangre o de una fracción de lo que le saquen, le determinen si trae algún problema metabólico, por ejemplo, hipotiroidismo que causa retraso mental. Ese es el más frecuente.

Hoy por hoy se puede hacer tamizaje neonatal hasta de más de cien padecimientos, algunos que tienen tratamiento, otros que lamentablemente, hoy por hoy, no hay tratamiento. Pero ese no es el tema.

No podemos emitir una ley, como se dio el caso, y luego no ponerle presupuesto. Yo le decía a la persona que se acercó. Ya tenemos el plan, sabemos quién lo puede hacer. ¿Cómo lo vamos a hacer? Nada más que se necesita el dinero, porque si no hay el dinero, y esperemos que en el Presupuesto de Egresos de 2014 se considere al menos parte de ese dinero.

Decía yo tenemos que fortalecer el primer nivel de atención. Si hubiéramos hecho caso a lo que se dijo en Alma Ata hace más de 25 años que era: atención primaria a la salud, para lograr salud para todos en el año 2000, las cosas serían distintas.

¿Qué es atención primaria de la salud? Es antes de que seas obeso te doy recomendaciones; antes de que tengas diabetes te doy recomendaciones. En el primer nivel de atención que es el primer contacto que es a donde además llega cerca del 90% de demanda de servicios de salud.

Hoy por hoy tenemos otro problema y tiene que ver con esto de la iniciativa privada. Los consultorios de las farmacias están dando casi el mismo número de consultas que nuestros centros de salud, pero aquí es donde la política de Estado es bien importante, ya los vamos a regular.

Está bien, esa es una realidad que ni modo que la canceles y la elimines ¿y qué haces? En parte de la regulación es que el médico tiene que estar capacitado, pero entre otras cosas que vamos a poner, y lo estamos trabajando con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y eso es política pública para mejorar calidad y demás, es que van a tener que pesar, medir y tomar la glicemia y la presión arterial a todos.

Que vamos a tener mensajes de prevención y además los vamos a obligar a que den información sobre cuestiones preventivas. Y

vamos a aprovechar, que ahora es un problema, lo vamos a convertir en una oportunidad para apuntalar.

Capacitar al personal de salud, razones obvias que ya les dije. Incidir en los factores de riesgo con atención integral durante el ciclo de vida. Bien importante, basado con un enfoque desde la perspectiva de los determinantes sociales con pertinencia cultural porque esa es la otra cosa. Luego hacemos unos programas maravillosos que sirven aquí, pero en la sierra tarahumara nada más no, en La Lacandona tampoco.

Hay que lograr que haya programas que tengan suficiente flexibilidad para que puedan ser adaptados a las realidades que son completamente heterogéneas. En México al menos, claro que hay muchas más, pero tenemos 32 realidades, ningún estado es igual.

A todo lo que he hecho referencia no es igual en Baja California que en Yucatán o en Quintana Roo y la Ciudad de México. Por supuesto que se pueden hacer conglomerados regionales de acuerdo a una serie de características de similitud, porque tampoco puede uno atomizar y casi que hacer un programa para cada localidad, pero hay que tener la capacidad de hacer programas que den esa facilidad.

Como ustedes ven ahí en la gráfica que no es gratuita, al centro está salud. Y aquí sí, sobre todo para algunas de las estrategias, sí estamos considerando, desde luego a la sociedad civil y a la iniciativa privada. Y, por supuesto, a los tres órdenes de gobierno.

No es posible que resolvamos problemas como el de la obesidad si no están los tres órdenes de gobierno, la iniciativa privada y la sociedad civil involucradas. Logramos algo que también se dijo aquí, la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de los individuos.

Miren ustedes, no voy a preguntar porque les daría pena con el doctor Kliksberg, pero estoy seguro que si pregunto quién fuma, van a levantar la mano. Todos los que están aquí, estoy seguro, saben de los daños que causa el tabaco, a lo mejor en otros lugares no, pero aquí estoy seguro que sí saben, o puedo presuponer que sí saben.

Todos los que están aquí, estoy seguro que saben que la obesidad es un problema de salud y que la diabetes no controlada los puede

matar, los va a llevar a la ceguera, a la insuficiencia renal, a una amputación y muchos no se cuidan.

Tiene que haber una corresponsabilidad, porque el que la gente esté informada no quiere decir que cambie su conducta. Por eso tenemos que trabajar desde todas las vertientes. Nosotros tenemos para el tema de obesidad y diabetes un enfoque fundamentalmente hacia los padres y hacia los niños, diciéndoles a los padres que no pueden dejar en manos de otros la alimentación de los hijos.

Diciéndole a los hijos que les reclamen a sus padres si a ellos les daban de comer como les están dando de comer a ellos. Esa es la parte de comunicación social que va, pero tenemos que resolver otros problemas: calidad de la atención, que haya los medicamentos, que la gente sepa.

Y la parte regulatoria que le toca al Estado Mexicano. Ayer ya vieron incluso en la reforma hacendaria que está el impuesto a las bebidas azucaradas, porque no es al refresco, no hay que confundir, en esos entran los refrescos, pero son todas las bebidas que tengan azúcar adicionada, incluso están exentas las que son azúcares naturales.

Pero vamos a cambiar el etiquetado para que la información sea muy clara y el consumidor la pueda tener, vamos a poner un sello de calidad. Aquellos productos que cumplan con los estándares en términos de carbohidratos, etcétera, van a tener un sello de calidad para que la gente pueda identificar y decidir.

Hay que hacer todo un tema de alfabetización en salud, que la gente aprenda y entienda, y eso no nos va a llevar un año, ni dos, ni tres, ni cinco. Aquí hemos sido muy claros, la doctora Mercedes Juan ha sido muy clara en decir: nos tardamos décadas en construir este problemón, nos va a llevar unas décadas resolverlo, pero tenemos que empezar con pasos firmes y asumiendo la responsabilidad del Estado.

Ejemplos rápidos. Mortalidad materna. Ahí vamos, pero no vamos como quisiéramos y, por supuesto, vamos a alcanzar el objetivo del Desarrollo del Milenio. Pero lo de menos es esta gráfica, el tema es

por qué. Fíjense el problema de analfabetismo y baja escolaridad le pega a la mortalidad materna, está demostrado que la escolaridad en la madre está directamente asociada con la muerte de la misma durante el embarazo y con la mortalidad infantil.

Oportunidades laborales en las mujeres. Está demostrado que aquellas que no tienen oportunidades laborales tienen un índice de mortalidad más alto.

Vías de comunicación. Me dirán ¿y las vías de comunicación qué tienen que ver con la muerte materna? Por supuesto, si no puedes bajar a una embarazada cuando tenga alguna complicación de la localidad a un centro de salud, va a haber problemas.

Población dispersa. Es uno de los grandes retos. Tenemos atomizada ese menos del 30% de la población que viven en zonas rurales, hay una gran cantidad de localidades de menos de 100 habitantes. ¿Cómo le haces para llegarles? Hay estrategias de política pública a través de unidades móviles para acercarle los servicios de salud, sino cómo le haces, ni modo que le pongas a cada localidad de cien habitantes, un centro de salud, eso es muy complicado.

El tema de violencia de género, tiene que ser atacado porque en el caso sobre todo en ciertas áreas de nuestro país, no permiten que las mujeres sean revisadas ni por médico, ni por médica.

Desde luego el tema de inseguridad. Como ven ustedes estas cuestiones, si no coordinamos y logramos un trabajo intersectorial, no vamos a resolver el problema. Por supuesto que hay cosas atribuibles al sistema de salud como por ejemplo que no haya una campaña de planificación familiar desde hace ya varios años, vamos a meter una nueva campaña de planificación familiar.

Insuficiente coordinación en el propio sector, programas en los estados con deficiencia y problemas de rechazo de las mujeres en el sistema de salud por cuestiones de carácter absolutamente administrativo.

¿Qué hay que hacer? Una fuerza de tarea, trabajo focalizado. Nos vamos a meter a cien municipios prioritarios que son repetidores, es

decir, que cada año hay muertes maternas. En 27 estados en donde ocurren cerca de la mitad de todas las muertes maternas del país, que por cierto, cuando uno ve la cifra en abstracto no es así como para asustar, es mil, pero el problema es que no había ocurrido ninguna de esas, casi todas son prevenibles. Ese es el tema.

Si no fueran prevenibles, como dicen, de algo nos vamos a morir, y esto tiene que ver con una de las coartadas. No es mi bronca, yo me voy a morir de algo, ahí que se muera; no, no podemos hacer eso.

Coordinación efectiva. Dengue es otro tema, no me meto mucho, pero aquí el trabajo comunitario que ya se mencionó es indispensable. Los criaderos de dengue ¿saben dónde se dan? En los floreros adentro de las casas, en las cubetas, en las llantas. La pregunta es, sí es cierto que el Estado Mexicano tiene la responsabilidad de controlar el dengue y andamos fumigando. ¿Pero quién tiene la responsabilidad de tirar el agua? Ni modo que entre a alguien a voltearle el agua del florero a las casas, hay que dar información y alfabetización en salud.

Diabetes, obesidad. No ahondo mucho, sólo les quiero decir que me parece irrelevante si nos catalogan en el primero o en el segundo o en el tercer lugar, es irrelevante porque con 70 % de prevalencia de sobrepeso u obesidad, o sea, 7 de cada 10 adultos. Qué más da si somos el primero, el segundo o el décimo o fuéramos el cien, si siete de cada 10 adultos tienen sobrepeso u obesidad, algo tenemos que hacer de manera urgente.

Es irrelevante si la FAO dice que somos el primero o el cuarto lugar, hay que hacer algo. Es lo de menos, ahí están los datos, ahí lo ven en la parte de abajo. Por cierto en diabetes tenemos un problema serio, uno de cada 10 adultos son diabéticos, un poco más de 10 millones diabéticos.

El problema de la diabetes, que además te lleva a ceguera por retinopatía diabética, te lleva a amputaciones por pie diabético y lo más grave es que causa una sobrecarga enorme al sistema de salud, es la insuficiencia renal que te lleva a diálisis.

Si estuvieran controlados eso se postergaría, porque el diabético no se va a curar, es de las enfermedades que llegan y no se quitan, pero

sí se pueden controlar. Pero vean el porcentaje de gente que está en control, sólo la cuarta parte de los que son diabéticos.

Les doy el tema de lo de adultos mayores. Ahora de manera esquemática, la estrategia. Tres pilares: salud pública, atención médica y política regulatoria, tres ejes y lo hemos completado con uno más, pero es la intersectorialidad, de la que ya hemos hablado aquí, corresponsabilidad que también lo hemos mencionado, evaluación y rendición de cuentas y hemos agregado otro más, investigación y evidencia científica.

¿Para qué? para incrementar la conciencia pública e individual sobre el problema, para orientar al sistema de salud a una detección oportuna en el primer nivel que ya les decía; resolver y controlar en el primer contacto como ya dije; y estabilizar la incidencia de estos problemas. Como dice ahí, la salud en todas las políticas y basada en los determinantes sociales de la salud.

Sólo algunas del financiamiento, porque ahí también dice: no es que no haya habido financiamiento, no, es que hay un tema de distribución, un tema de su financiamiento y un tema de responsabilidad. Lo que están viendo es el Producto Interno Bruto, no me meto mucho en esto. Me imagino que lo que están viendo en la pantalla es lo que más les llama la atención porque muchos de ustedes son economistas.

Ahí está el presupuesto en salud en términos reales y cómo ha contribuido a su incremento desde el 2003 que se generó el Sistema de Protección Social en Salud, justo el Seguro Popular. No estoy diciendo que sea suficiente, pero sí hay un cambio.

El tema es por qué en los indicadores de salud no estamos viendo reflejado ese cambio, tiene que ver con cómo se opera, tiene que ver con lo que les decía de que se manda el recurso y no se usa para lo que se tiene que usar, etcétera.

Aquí está por ejemplo la filiación de personas en las tres instituciones de salud, el IMSS más o menos se ha mantenido estable. El Sistema de Protección Social con incrementos que, ojo, es afiliación, no es acceso efectivo, son los que están registrados, son cosas distintas, quiero ser muy claro en ello.

Les voy a platicar por qué se cambió a individuos. ¿Saben qué hacían en algunos estados? metían a familias y como la familia daba un promedio de gente, inventaban familias para tener más dinero. Se hizo un cambio de la ley en 2009 para que fuera per cápita y por afiliado. Siguen haciendo en algunos lugares trampas porque hay duplicados, están afiliados en el Seguro Social.

Hay al menos que se hayan identificado hasta aproximadamente duplicidades y demás como 6 millones de registros. Lo que sí es importante es que cada vez más, y éstas son de las políticas públicas que van a disminuir la desigualdad, están incrementando aquellas intervenciones que, eventualmente, lo que se pretende es que lleguen a ser todas dentro del sistema de protección social en salud.

Atravesamos por grandes transiciones que nos han representado grandes retos, ya lo había comentado. La atención de los programas prioritarios de salud pública tiene que ser reforzada y sí es importante que pasemos del discurso de que se considera la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como grandes pilares al financiamiento adecuado.

Que por cierto debo decirles que con el Sistema de Protección Social en Salud, el Seguro Popular, siempre lo acoto, porque realmente el nombre correcto es Sistema de Protección Social en Salud, tenemos el 20% de todo el dinero en el Sistema de Protección Social en Salud, al menos es para prevención. O sea, hoy hay en prevención para la salud en México dinero que no había hace seis años, ahora el chiste es usarlo bien, que se aplique a lo que se tiene que aplicar.

Desde nuestra perspectiva y desde la perspectiva de la política pública elaborada, tiene que ser multisectorial, multidisciplinario y, sin duda, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Lo que están viendo ahora es la parte de la presentación formal y sólo quisiera, para terminar, el comentar que por más que invirtamos, por más que lo hagamos, sino generamos en la sociedad mexicana y en cualquier sociedad verdaderamente solidaridad y tomar conciencia de lo que me afecta a mí le afecta al de junto, no vamos a poder, esto

tiene que ver con algo que estaba diciendo el doctor Kliksberg y es muy real, somos todos, todos.

No sé si sea parte de la naturaleza humana el “Yo estoy bien, que se lo lleve el tren al de junto”. Sin embargo, yo creo que hay una esperanza en este país, hemos demostrado en los momentos de crisis una gran solidaridad, lo que tenemos que aprender es que no tuviera que llegar una crisis para demostrar esa solidaridad.

Baste que recuerde de cosas relativamente recientes que muchos quizá de aquí vivieron o vivimos, el sismo, las grandes inundaciones que hemos tenido, donde la sociedad se vuelca a ayudar, y está plagada de héroes anónimos.

El problema es por qué luego esos seres anónimos cuando la situación se tranquiliza se nos olvidan. Aquí los científicos sociales tendrán que investigar qué es lo que está pasando en nuestra sociedad, qué pasa con los valores por qué no nos importa, ¿por qué? porque es mucho más que eso.

Los que estamos en el área de la salud si perdemos de vista eso, perdemos de vista la razón de ser de quienes estudiamos esta carrera maravillosa que es la salud, que es la dignidad del hombre y del servicio del hombre al hombre.

Muchísimas gracias.

José R. Castelazo: Muchísimas gracias doctor Pablo Kuri, doctor Kliksberg. Aquí hay una cuestión que nos advierte el doctor Kuri que es la cultura de la salud, la corresponsabilidad, la solidaridad. En todo caso se empata con las preocupaciones del doctor Kliksberg que tienen que ver con la ética.

Hablando de valores, éstos quedan como fines y el dinero queda como medio. Las prioridades y las estrategias de salud que está abordando el sector salud en este momento, nos da mucho gusto, porque se refieren a lo más importante y, además, hacen prevención en muchos casos, ya no solamente de salud, sino de efectividad para lograr los objetivos que se proponen en el Plan Nacional de Desarrollo.

Tenemos cuatro minutos con 39 segundos para las preguntas, podemos ser más flexibles. Las compañeras ya habían pedido tres, si todavía están en el público.

Sesión de preguntas y respuestas

Leticia Cano Soriano, Directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM: Antes que nada felicito de verdad al señor Presidente de este Instituto, maestro Castelazo por esta extraordinaria oportunidad para estar en este ciclo de conferencias, por supuesto al doctor Kliksberg, al doctor Pablo Kuri, muchísimas gracias, es un placer escucharles.

Muy brevemente quisiera hacer algunas reflexiones y una pregunta que desde el ámbito de trabajo social ha sido una ocupación constante, y el tema de pobreza y desigualdad, por supuesto, y del desarrollo comunitario tiene que ver con ello.

En principio revisar, y estoy segura que es muy importante la posibilidad de reformular la política social y hablo en el caso de nuestro país y seguramente de América Latina, porque nos encontramos con una política social de corte asistencial, una política social focalizada, una política social que aspira a ser universal.

Me parece que hoy es una enorme oportunidad en este contexto, en donde se revisan efectivamente determinantes sociales y en donde también se tendrían que buscar y esta es una reflexión que estamos haciendo en trabajo social, lo hicimos en marzo de este año en un congreso que justamente llevó por nombre “Pobreza y desigualdad social”.

En este sentido me parece que uno de los retos es que la política pública en el ámbito de lo social tendría que buscar a corto y mediano plazo salidas terminales, es decir, que el pobre no vuelva a ser pobre jamás. Sé que ese es un reto enorme, pero tendríamos que visualizar una política pública que coadyuvara en ese sentido y estar preparados en torno a las diferentes variables macroeconómicas, sociales, entre otras.

Por otro lado, efectivamente, desarrollo social comunitario es fundamental. Pero también me permito plantear que los perfiles profesionales especializados de quienes están a cargo o tienen a su cargo el desarrollo, el diseño, la elaboración de las políticas públicas y sociales es fundamental.

Si no contamos con los perfiles profesionales especializados que coadyuvan justamente a que –como bien lo dice el doctor Kuri– no solamente es sonreír, va más allá de una sonrisa, es la calidad en los servicios y la satisfacción de necesidades básicas fundamentales.

Por otra parte, están los procesos sociales. Efectivamente tenemos que aspirar a un cambio y tenemos que aspirar a la prevención de nuevos y más complejos problemas sociales. No tendría ahora la respuesta para poder plantear con claridad cuáles van a ser esos nuevos y más complejos problemas cuando ya enfrentamos muchos, que derivan justamente de un entorno de desigualdad, de un entorno de pobreza, del narcotráfico, en fin, de una serie de componentes que ya se han mencionado.

Pero que sí tendríamos que estar muy atentos para prevenir nuevos y complejos problemas sociales. Y pensamos, evidentemente, en los grupos socialmente denominados, vulnerables, niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

En este sentido, doctor Kliksberg, particularmente, me gustaría mucho escuchar su opinión respecto de otros conflictos sociales intracomunitarios, que justo en ocasiones las políticas de corte focalizado han propiciado, es decir, la discusión en las comunidades ahora, lamentablemente, es quién es más pobre entre los pobres, y quién tiene más derecho a contar con un beneficio o con una transferencia social, o con algún apoyo en especie.

Eso me parece de verdad alarmante y por eso me encantaría de verdad su opinión. Cierro con lo siguiente que, efectivamente, es la perspectiva de género. En la medida en que podamos igualar las oportunidades entre hombres y mujeres, evitar la discriminación, ser tolerantes, en ese sentido poder aspirar a una sociedad altamente solidaria, en esa medida claro que hay optimismo, claro que hay

posibilidades de cambiar, pero esto tiene que ver justamente con los cambios sociales que permitan mejorar la calidad de vida. Lo hemos dicho en la UNAM, lo ha dicho nuestro señor Rector y lo digo yo: discurso sí, pero hechos y acciones que nos permitan mejorar en todos los sentidos. Muchísimas gracias, muy amables.

Alma Álvarez, Directora de Comunicación Social de Províctima: Buenas tardes me sumo a los reconocimientos y a las felicitaciones. Províctima es una nueva procuraduría del Gobierno Federal, nueva y a punto también de desaparecer para convertirse en algo más.

Aplaudo el sustento estadístico y científico de ambos expositores, me encantó, me siento muy feliz y agradecida de haber podido asistir a esta conferencia. Concluiría también en la línea de mi antecesora en las preguntas, que la mejor inversión social entonces, porque quizá nos daría un 80-20, es en las mujeres.

Me parece que es importantísimo sumar los indicadores, a los indicadores desagregar el tema de las mujeres. Una de las diapositivas que recuerdo ahora en la exposición del Subsecretario, es que estamos en todo como específicamente mujeres, no como seres humanos, sino como las mujeres.

El tema de enfermedades de mortalidad, de cultura, de la salud, etcétera. Esto me lleva a preguntarles a ambos, si la asociación pobreza-desigualdad no tendría que añadir dos conceptos fundamentales que son derechos humanos y género. Gracias.

Silvia Sánchez Rivera, doctora en Ciencias de la Educación: Igual, me sigo sumando a la gratitud por lo que hoy nos han compartido los ponentes. Mi cuestionamiento lo quiero enfocar en el municipio. Finalmente aquí hemos visto los puntos más importantes de la pobreza y cómo ésta está muy ligada a la desigualdad.

Sin embargo, en el caso que yo advierto, que tendríamos también que observar qué pasa con el municipio. El municipio de pronto me da la impresión, he tenido la oportunidad de trabajo en particular muy de cerca con el municipio de Ocoyoacac, con el ayuntamiento y nos da la impresión de pronto que el municipio se vuelve más como

receptor de las políticas públicas de carácter federal, de carácter estatal.

En este caso, por ejemplo, de la Cruzada contra el Hambre y de algunos otros programas federales, el problema al que se enfrentan algunos municipios es, primero, la falta de recursos económicos. Por su propia captación y luego también porque cuando no son municipios altamente marginados están como en el inter, no tienen acceso a una cantidad de programas de carácter federal o estatal, porque no son marginados, pero quisiéramos ver qué se puede hacer al respecto.

La pregunta un poco va enfocada a qué tiene que hacer el municipio, cómo tendría que participar en estos procesos y, sobre todo, aquellos municipios que se encuentran en un nivel inter, que se puedan integrar y que también hagan algo en favor de disminuir la desigualdad social y que afecta a grandes grupos sociales.

De pronto decimos: tenemos 5, 10 discapacitados y los estamos atendiendo, pero hay miles, cada vez están creciendo más ¿y qué hacemos? no tenemos capacidad de respuesta. Es por ahí la pregunta.

José R. Castelazo: Le damos primero la palabra al doctor Kliksberg y después al doctor Kuri, si están de acuerdo.

Bernardo Kliksberg: Las preguntas son excelentes. Tenemos muy poco tiempo, pero mañana si Dios quiere seguiremos reflexionando, mañana a las 10:00 aquí mismo.

En primer lugar, yo soy absolutamente optimista, por eso estoy con plena energía, con pocas horas de sueño, nosotros podemos enfrentar absolutamente los problemas. Las cosas que he escuchado hoy en la mañana de los dos subsecretarios renuevan totalmente el optimismo, pero además mañana lo vamos a dedicar exclusivamente a soluciones y van a ver, no a soluciones teóricas, sino a soluciones que están funcionando actualmente.

Sobre las tres preguntas. En dos preguntas estaba presente el tema de género. Para mí el tema es totalmente central, yo lo llamo en un

trabajo que escribí hace poco, el grupo más discriminado de todo el planeta, porque es el 50% del planeta.

La discriminación continúa. Se han hecho avances significativos, pero las cifras dicen que estamos a enorme distancia en cualquiera de los planos que tomemos. La mujer ha ingresado masivamente al mercado de trabajo, eso es absolutamente positivo, pero en qué lugares del mercado de trabajo y con qué sueldos.

Recibe 30% menos que el hombre a igual responsabilidad. Está concentrada masivamente en los lugares de línea y no en los puestos ejecutivos. En América Latina en los consejos directivos de las empresas hay un 4 % de mujeres, en Europa menos de un 12% de mujeres.

Las mujeres están superando en niveles de educación a los hombres. La matriculación de mujeres en carreras universitarias hoy supera a la de los hombres, pero eso no les es reconocido, ni en términos de responsabilidades, ni en términos de remuneraciones, o sea, la discriminación laboral continúa y hay otras infamantes.

México, como otros países, tiene tasas altísimas de violencia doméstica. En América Latina se calcula que el 30 al 50% de las mujeres son objeto de violencia doméstica. Y continúan los femicidios, es decir, matar a las mujeres sólo por ser mujeres.

Desde Ciudad Juárez conocido hasta cualquier país de América Latina que tomemos, desgraciadamente la cantidad de excónyuges o exmaridos o exparejas que matan a sus mujeres es absolutamente significativa. Yo me he internado en el tema y la causa central fundamental que aparece como común en los asesinatos, es el machismo más ancestral, porque la idea de que una mujer puede separarse de su pareja para buscar una vida mejor, después de haber sido golpeada o maltratada, etcétera, confronta totalmente la idea de que la mujer es posesión total del hombre.

Los asesinos en la Argentina, en Perú que tiene una tasa altísima, en Brasil, no dan razón en esos términos. Un juez dictó una sentencia totalmente antológica hace poco tiempo en la Argentina, hay

similares jueces dictando sentencias parecidas en España, en México y en otros lugares diciendo: la mató de 25 puñaladas cuando ella le dijo que lo iba a dejar, porque tiene una atenuante muy importante, le redujo la pena en dos terceras partes: lo hizo en estado emocional alterado.

El tema de la violencia doméstica, el machismo está en la policía, en la justicia, en las instituciones públicas, y el machismo está muy fuertemente arraigado en la cultura. Es una lucha larga y les agradezco que la hayan traído a este escenario, porque desde ya todo debe de desagregarse, todas las cifras, en mis trabajos las desagrego siempre, aquí no hemos tenido el tiempo.

En el libro de ética está desagregado prolijamente hasta dónde llega el techo de cristal, lo llamo yo. Las mujeres son menos del 10% de los alcaldes en América Latina. En los países donde se ha logrado cambiar la situación, es en los países en donde la política pública la ha buscado expresamente.

Varios de los países tienen actualmente cuotas obligatorias de mujeres parlamentarias y eso ha introducido un cambio significativo. En mi país la Argentina el 40% de todas las parlamentarias tienen que ser mujeres, ello lo ha renovado totalmente. Pero la lucha continúa porque algunas de mis amigas personales, parlamentarias notables, se quejan permanentemente de que los hombres son los que dan la palabra adentro del parlamento, en consecuencia, siguen discriminándolas a través de no darles la palabra, partiendo de la discriminación.

Les agradezco por haber traído el tema, es un tema fundamental y desde ya en pobreza hay muchísimo al respecto porque las mujeres son las que cargan el peso mayor de la pobreza, en América Latina el 35 los hogares pobres son mujeres las jefas de hogar. El hombre se fue y la mujer quedó a cargo del hogar, porque la mujer nunca abandona el hogar, la mujer sigue adelante.

La CEPAL ha calculado que si no fuera por la heroica responsabilidad de las mujeres que siguen al frente del hogar, la tasa de pobreza de América Latina sería por lo menos un 10% mayor. Esas mujeres tienen una existencia absolutamente durísima.

Las mujeres, al mismo tiempo, mañana lo voy a desarrollar en detalle, son parte de la solución. Los programas sociales más exitosos a nivel internacional son los que confían en las mujeres. Muhammad Yunus, al que me voy a referir mañana en detalle, dice que el 98 % de sus préstamos son para mujeres.

La Presidenta de la Argentina introdujo una innovación muy importante, el programa que está ayudando a 3 millones 500 mil niños pobres en la Argentina tiene una cláusula central que dice: el titular de los derechos es sólo la mujer, no es el hombre, o sea, los recursos van a la familia, pero el hombre no puede apropiarse de los recursos, ni disputarlos, ni utilizarlos para ningún otro fin, el titular es la madre. Ese es uno de los primeros precedentes que hay de reconocimiento expreso del rol de la mujer, que ha mostrado ser infinitamente más exitosa en la gestión de los recursos en familias pobres que los cónyuges masculinos. Así es que ahí hay un gran tema y les agradezco que lo hayan traído y mañana vamos a volver sobre él.

Está la pregunta sobre el municipio. La clave es en el municipio, diría yo, porque en definitiva, en los municipios se concentra buena parte de la pobreza, es rural, en México la confrontación de las cifras de pobreza rural y pobreza urbana lo indican, y en América Latina en general. Hay que lograr que esos municipios pequeños y medianos sean los actores centrales en la lucha contra la pobreza.

En la Organización Panamericana de la Salud, con Mirta Roses a la que asesoré muchos años, Directora ejemplar de esa institución, razonábamos el tema de la salud y decía cómo atacar los determinantes sociales de la salud.

Efectivamente yo fui una de las siete personas que diseñó el congreso mundial de determinantes sociales de salud en Río de Janeiro hace dos años atrás. Cómo se ataca lo que tan bien ha expuesto nuestra amiga, los determinantes sociales de la salud.

La Directora de la Organización Mundial de la Salud dice que el 80% de las enfermedades vienen por carencias en los determinantes sociales, no por temas intrínsecos a la salud de las personas, o sea, si

hay acceso a agua potable, acceso a instalaciones sanitarias, atención durante el embarazo del parto, niveles de educación, etcétera, se baja el 80%, en un estimado grueso, de los problemas de salud.

Nosotros en las estrategias que se diseñaron desde la Organización Panamericana de la Salud decíamos que el actor más importante en mejorar los determinantes sociales de la salud es el alcalde. Es muy importante trabajar con los ministerios de salud en todos los lugares, sus delegaciones, etcétera, pero el alcalde es la figura clave en articular esfuerzos de lucha contra la pobreza.

Ahora la sociedad en que se desenvuelve el alcalde se mueve como todas las sociedades. La base es la democratización, la participación y la organización comunal. El nivel de calidad de los alcaldes y de las políticas públicas en general está fuertemente determinado por el nivel de movilización de las sociedades.

En Brasil millones salieron a la calle millones a protestar hace algunos días, en un gobierno absolutamente exitoso que ha logrado sacar a 40 millones de personas de la pobreza ¿Y esto qué ha implicado en la agenda pública de Brasil? La Presidenta de inmediato reaccionó, hizo suyas todas las demandas y las enriqueció, y ese apoyo popular le permite en este momento profundizar mucho más e ir más rápido en el proceso de reforma social.

En el municipio hay que trabajar, al mismo tiempo con la capacitación de los alcaldes, en muchos casos no se tienen los elementos. Ese es un trabajo central que el INAP está haciendo hace muchos años, pero aquí hay que reforzar cada vez más. El alcalde es el verdadero gerente de salud y de educación del municipio. Ahí hay que profundizar cada vez más, hay que trabajar movilizando el capital social, así lo llamo en mis trabajos.

Eso significa todas las formas de participación de la comunidad, propiciarlas, incentivarlas. Mi experiencia personal hace algunos años, dado que tocamos el tema de la mujer, una mujer excepcional Sila Calderón, la primera gobernadora en la historia de Puerto Rico, me pidió que la asesora para montar el mayor programa de lucha contra la pobreza que ha tenido Puerto Rico.

Decidió que su gestión iba a ser la gestión de lucha contra la pobreza. Logró robarles a los políticos conservadores y a los ministros de economía, mil millones de dólares, que para Puerto Rico es muchísimo dinero, que puso en el fideicomiso, exclusivamente para la lucha contra la pobreza y dijo que quería hacer todo bajo el modelo Kliksberg.

Yo tuve una oportunidad única. Apostamos con la gobernadora todo al capital social de la comida. Todo el programa estuvo basado en dirigirse a los 500 mil más pobres de Puerto Rico, que vivían en los que se llaman comunidades especiales. Puerto Rico tiene una tasa de pobreza que es peor que la de México todavía, supera el 50%, que viven en comunidades especiales para empoderarlos.

Los mil millones se destinaron completos a construir infraestructura adentro de las zonas pobres desde bibliotecas hasta mejorar los hogares, autogestionados por las comunidades, o sea, tenían que organizarse, crearon ONGs, tener reconocimiento jurídico y se les entregaban los recursos. Y la UNESCO evaluó todo el programa, se publicó un libro que se llama “Movilizando el capital social”, ustedes lo pueden conseguir.

Después de cuatro años de funcionamiento del programa mejoró significativamente las condiciones de vivienda y de infraestructura, pero sobre todo se formó una generación de líderes vecinales. Un eje del programa fue que creamos una escuela de formación de líderes vecinales.

Una generación de líderes vecinales que se convirtió en uno de los factores políticos de Puerto Rico y que peleó por los pobres mucho más efectivamente que los actores tradicionales, etcétera.

La gobernadora sigue ahora, después de que terminó su gestión, creó el “Centro por Puerto Rico”, la principal ONG de Puerto Rico que se dedica a formar líderes vecinales todos los días.

En los municipios trabajar abajo, digamos, escuelas de líderes vecinales, canales de participación, al mismo tiempo que educación de los alcaldes.

Y la última pregunta en derechos humanos y pobreza. Cuando estamos hablando de pobreza no estamos hablando solamente de un tema económico, o de un tema social, si es un tema económico y un tema social, pero ante todo para mí son el tema ético más radical de todos.

Si la gente vive en pobreza, la vida es una sola, estamos coartando totalmente sus derechos humanos más básicos. La pobreza es una violación escandalosa de los derechos humanos. En la Biblia, la primera figura en la historia del género humano que se alzó para defender a los pobres fueron los profetas: Isaías, Jeremías, Oseas, Amós.

Los profetas no eran personas que decían lo que va a pasar, esa es una concepción equivocada, los profetas decían lo que debería pasar. No tenían partidos políticos, no tenían dinero, no tenían nadie quien los respaldara, tenían un llamado de la divinidad. Iban a la plaza pública, increpaban a los poderosos para defender a los pobres, muchos fueron torturados y asesinados. Una de sus expresiones centrales está en la Biblia textualmente, los profetas decían: No habrá pobres entre vosotros, dirigiéndose al pueblo y dirigiéndose a los poderosos. Con ello querían decir que la divinidad nos entregó un mundo donde están dadas todas las posibilidades para que no haya pobres.

Depende de lo que las sociedades hagan. Los profetas decían: No habrá pobres entre vosotros, no hay ninguna justificación. Carlos Fuentes lo puso en sus propios términos: “Se han agotado los pretextos para justificar la pobreza”.

Con políticas públicas a favor de los pobres, con presupuestos direccionados, efectivamente a favor de los pobres, con políticas universales, si el Presidente va a lograr que el Congreso le apruebe que todos los mayores de 65 años de edad vayan a tener protección, es un paso gigantesco adelante, porque actualmente las cifras son horribles en México y en la mayor parte de los países, son algunas de las víctimas mayores de todo el sistema, las edades mayores.

Con políticas públicas de buena calidad que para mí significa políticas a favor de los pobres, con gerencia de buena calidad, cero

corrupción. Con alianzas con responsabilidad social de la empresa privada y movilización de la sociedad civil, con universidades preocupadas e inmersas en la agenda social, con organizaciones ejemplares como el INAP que lleva tantos años de defender la política pública, los periodos más difíciles donde la política pública era una especie de paria, declarada paria por los sectores, por el 1% más rico de la sociedad, la que no le conviene la política pública para poder seguir enriqueciéndose sin regulaciones que molesten y sin Estado que pueda competir en una serie de mercados.

Si se combina todo eso se puede convertir la profecía en realidad. Hay países que lo han logrado, los nórdicos encabezan todas las tablas mundiales de cualquier tipo, son los países con mejor convivencia con la naturaleza, han desterrado la pobreza, hay acceso total a oportunidades y, además, son los países que tienen el mayor igualitarismo en género, son los que han alcanzado los mayores logros.

Se puede hacer, en América Latina los pueblos están exigiendo eso, están cada vez más apoyando a los líderes que vayan en esa dirección. Pero no se trata sólo de líderes, se trata de que cada uno y personalmente en sus áreas, desde sus organizaciones empuje en dirección de que no habrá pobres entre nosotros. Muchas gracias.

José R. Castelazo: Ahora le pedimos al doctor Pablo Kuri su intervención final. Vamos a hacer una reunión en las próximas semanas del Sistema INAP que se llama “Municipio Socialmente Productivo”. Y vamos a publicar un libro con todo lo que estamos aquí hablando. El doctor Kuri ya fue generoso para compartir su presentación, que es muy buena. Le damos la palabra al doctor Pablo Kuri.

Pablo Antonio Kuri Morales: Me van a agradecer la intervención, estoy totalmente con lo que dijo el doctor Kliksberg. Muchas gracias.

Moderadora: Muy buenos días a todos ustedes. Bienvenidos a esta segunda jornada del Ciclo de Conferencias Magistrales del doctor Bernardo Kliksberg. Agradecemos la presencia del maestro Ignacio Pichardo ex Presidente del INAP. Se encuentra con nosotros el

maestro José R. Castelazo, Presidente del INAP, lo acompañan el doctor Bernardo Kliksberg y el licenciado Héctor Ramírez del Razo, de la Secretaría de Educación Pública.

La mayoría de ustedes estuvo con nosotros el día de ayer en la primera jornada, pero para los que nos pudieron acompañar desde el día de hoy daré una breve reseña del doctor Bernardo Kliksberg.

Él es el padre de la gerencia social y de la ética para el desarrollo, es pionero de la responsabilidad social empresarial. Doctor en Economía, Doctor en Gestión. Asesor especial de diversos organismos como la ONU, el PNUD, la UNESCO, UNICEF, OIT, OPS, OMC y otras organizaciones internacionales. Autor de 52 obras y de centenares de artículos.

Doctor Honoris Causa de numerosas universidades, entre ellas se encuentran la Universidad Hebrea de Jerusalén, la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, la Universidad San Marcos de Perú y la Universidad de Nuevo León en México.

Es profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, su país de origen. Su último libro “People First” fue escrito en colaboración con el Premio Nobel Amartya Sen, quien lo llama uno de los pensadores más prominentes de nuestro tiempo.

El cardenal Jorge Bergoglio, hoy Papa Francisco, ha resaltado su labor incansable en favor de los valores éticos como sustentos de las políticas económicas y sociales.

Ha asesorado líderes públicos, empresariales y de la sociedad civil de más de 30 países. Su más reciente obra se titula: “Ética para Empresarios ¿Por qué las empresas y los países ganan con la responsabilidad social empresarial?”.

Leeré una breve semblanza del licenciado Héctor Ramírez del Razo. Es licenciado en Economía por la Facultad de Economía de la UNAM, tiene diversos diplomados, por ejemplo, en Evaluación de la Gestión Pública por el Tecnológico de Monterrey; en Finanzas, por la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM; en Diseño

y Realización de Encuestas por la UAM; en Comercio Internacional por la Facultad de Economía de la UNAM.

Es profesor de la asignatura en la Facultad de Economía de la UNAM, autor y coautor de artículos y ensayos sobre temas económicos y de economía de la educación, publicados por la Facultad de Economía y el Instituto de Investigaciones de la UNAM Campus Milenio, Macroeconomía, la Asociación de Universidades e instituciones de educación superior, entre otros.

Ha ocupado diversos cargos en áreas del gobierno federal y estatal relacionadas con análisis económico y financiero, planeación institucional, desarrollo de proyectos y programación, así como evaluación de la gestión pública.

Entre otros cargos ha sido Director de Informática y Estadística de los gobiernos de los estados de Oaxaca y Michoacán, Director de Estudios Técnicos y Financieros de la Secretaría Técnica del Gabinete del gobierno del Estado de México.

Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Desarrollo Político de la Secretaría de Gobernación; Coordinador de Estudios y Proyectos del Consejo de Planeación de la UNAM; Coordinador de Asesores de la Secretaría de Planeación y Reforma Universitaria de la UNAM; Coordinador de Asesores de la Secretaría Técnica del Consejo de Planeación de la UNAM.

Actualmente es Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas de la Secretaría de Educación Pública.

Enseguida le doy la palabra al doctor Bernardo Kliksberg con su conferencia magistral “La pobreza es derrotable. Experiencias ejemplares, lecciones de la realidad, recomendaciones para la acción”. Adelante doctor.